

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 44 • numéro 9 • septembre 2024

Numéro spécial : La prescription sociale au Canada : une approche émergente en matière de santé et de bien-être, partie II

Rédacteurs invités : Sandra Allison, Kiffer G. Card et Kate Mulligan

Éditorial

- 393 La prescription sociale au Canada : lier la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé à l'Objectif quintuple pour l'amélioration des soins de santé en vue d'une approche collaborative en santé

Recherche quantitative originale

- 397 La prescription sociale dans le contexte des services intégrés pour la jeunesse : une étude de cas sur les Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario

Recherche qualitative originale

- 407 Besoins et priorités des aînés en matière de prescription sociale au Canada : une analyse qualitative

Recherche originale par méthodes mixtes

- 418 Renforcer les capacités des aînés et de la collectivité : résultats d'une évaluation de l'élaboration des programmes de prescription sociale conçus par Centraide Colombie-Britannique à l'intention des aînés

Exposé de politique fondé sur des données probantes

- 428 Utilisation des déterminants du vieillissement en bonne santé pour guider le choix des prescriptions sociales pour les aînés

Commentaire

- 436 Intégration de la prescription sociale dans un système de santé régional canadien pour favoriser le vieillissement en santé

Aperçu

- 442 Guides visant à faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de la prescription sociale : leçons tirées du modèle « Accès aux ressources communautaires »

Annonce

- 446 Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques
- 448 Corrigendum – Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0
- 453 Autres publications de l'ASPC

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Margaret de Groh, Ph. D.
Rédactrice scientifique en chef déléguée

Tracie O. Afifi, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Minh T. Do, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Justin J. Lang, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Alexander Tsertsvadze, M.D., Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

Sylvain Desmarais, B.A., B. Ed.
Responsable de la production

Nicolas Fleet, B. Sc. Soc.
Adjoint à la production

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Joanna Odrowaz, B. Sc.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Anna Olivier, Ph. D.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Dawn Slawecki, B.A.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Agence de la santé publique du Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

Martin Chartier, D.M.D.
Agence de la santé publique du Canada

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Leonard Jack, Jr, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

Howard Morrison, Ph. D.
Agence de la santé publique du Canada

Jean-Claude Moubarac, Ph. D.
Université de Montréal

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.
Université de Montréal

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC
University of Calgary

Mark Tremblay, Ph. D.
Institut de recherche du Centre hospitalier
pour enfants de l'est de l'Ontario

Joslyn Trowbridge, M.P.P.
University of Toronto

**Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats,
à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.**

— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0.

ISSN 2368-7398

Pub. 230542

HPCDP.journal-revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html>

Éditorial

La prescription sociale au Canada : lier la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé à l'Objectif quintuple pour l'amélioration des soins de santé en vue d'une approche collaborative en santé

Kate Mulligan, Ph. D. (1); Kiffer G. Card, Ph. D. (2); Sandra Allison, M.D. (3)

Éditorial par Mulligan K et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

La prescription sociale offre un mécanisme concret par lequel les systèmes de santé publique et de soins de santé peuvent collaborer pour un avenir où le bien-être sera une priorité, où l'équité en matière de santé sera prise en compte et où les individus et les collectivités s'épanouiront. Les articles de cette seconde partie du numéro spécial de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* sur la prescription sociale explorent les moyens par lesquels la prescription sociale au Canada soutient les actions liées à deux cadres importants pour la santé publique et les soins de santé : la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé – qui met l'accent sur l'élaboration de politiques publiques favorisant la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des compétences personnelles et la réorientation des services de santé – et l'Objectif quintuple pour l'amélioration des soins de santé – qui met l'accent sur l'amélioration de la santé de la population, l'équité en matière de santé, l'expérience du patient, le bien-être de l'équipe soignante et la réduction des coûts.

Mots-clés : *prescription sociale; Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé; Objectif quintuple pour l'amélioration des soins de santé*

Introduction

La prescription sociale continue de progresser rapidement au Canada, s'ajoutant aux forces existantes et permettant d'améliorer la façon dont nous abordons les questions relatives à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques au Canada. La [première partie](#) du présent numéro spécial de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* (PSPMC) sur la prescription sociale (publiée en juin 2024) décrivait la pratique de la prescription sociale en fonction de divers contextes, populations et interventions, en mettant

l'accent sur le rôle des collectivités et des organismes communautaires.

Cette seconde partie s'adresse principalement au milieu de la santé publique et à celui des soins de santé, qui sont respectivement guidés par deux cadres fondamentaux, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé¹ et l'Objectif quintuple pour l'amélioration des soins de santé². La Charte d'Ottawa, établie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, définit la promotion de la santé comme un processus visant à donner aux individus et aux collectivités les moyens de mieux maîtriser leur santé et ses

Points saillants

- La prescription sociale renforce la collaboration entre la santé publique et les services de soins de santé en leur fournissant un mécanisme par lequel agir en respectant la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et l'Objectif quintuple pour l'amélioration des soins de santé.
- À l'échelle individuelle, les personnes développent des compétences personnelles (Charte d'Ottawa) et les expériences en matière de soins sont meilleures pour les participants, les patients et les travailleurs de la santé (Objectif quintuple).
- À l'échelle locale, la réorientation des services de santé renforce l'action des collectivités, crée des environnements favorables et réduit les coûts des soins aigus en déplaçant les soins en amont.
- À l'échelle de la population, la présence de données précises sur les soins de santé et les soins sociaux favorise l'établissement des priorités et la prise de décision, ce qui conduit à des politiques publiques favorisant davantage la santé et à une meilleure équité en matière de santé.

Rattachement des auteurs :

1. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Kiffer G. Card, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, 8888 University Drive West, Burnaby (Colombie-Britannique) V5A 1S6; tél. : 778-782-9917; courriel : kcard@sfu.ca

déterminants. Elle définit cinq domaines d'action relatifs à la promotion de la santé : l'élaboration de politiques publiques favorisant la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des compétences personnelles et la réorientation des services de santé. L'Objectif quintuple, élaboré par l'Institute for Healthcare Improvement, prend appui sur l'objectif triple pour de meilleurs soins de santé (expérience des patients ou des participants, santé de la population et réduction des coûts) en y ajoutant le bien-être des cliniciens ou des équipes de soins et en abordant la question de l'équité en matière de santé. Les articles de cette seconde partie de notre numéro spécial sur la prescription sociale explorent la manière dont la recherche, les politiques et les pratiques en matière de prescription sociale au Canada s'alignent sur ces cadres, comme nous allons le voir ci-dessous.

Développement des compétences personnelles (Charte d'Ottawa) et amélioration de l'expérience des patients (Objectif quintuple)

La prescription sociale est une approche qui met l'accent sur les forces des personnes, en les aidant à affiner et à utiliser leurs habiletés personnelles, qu'il s'agisse de connaissances financières, de compétences culinaires, de compétences en matière de défense des droits ou de leadership. Elle favorise l'autodétermination, un aspect essentiel de la promotion de la santé, en encourageant l'autonomie personnelle et collective, les compétences, l'interconnexion et la bienveillance³. Ces compétences sont variables en fonction des populations, des zones géographiques et des parcours de vie, comme l'illustre l'analyse qualitative réalisée par Yu et ses collaborateurs sur les besoins et priorités en matière de prescription sociale exprimés par les aînés⁴. De plus en plus, la recherche fait la preuve que les relations établies avec les agents de liaison en prescription sociale – souvent des pairs issus d'une même communauté – sont importantes pour le développement de ces compétences et sont corrélées à une amélioration de l'expérience⁵. La connexion avec un agent de santé communautaire contribue à soutenir et à accompagner les personnes et est au cœur de ce qui distingue la prescription sociale des approches moins personnalisées, axées avant tout sur la recherche de services ou de soins : en effet, les agents de liaison ne se contentent pas d'orienter les participants vers

des services sociaux, ils ont en outre des relations cordiales avec eux et offrent de l'empathie devant la détresse dont ils sont les témoins⁵.

Renforcement de l'action communautaire (Charte d'Ottawa) et équité en matière de santé (Objectif quintuple)

Les programmes de prescription sociale peuvent contribuer à combler l'écart entre les résultats de santé des différents groupes de population, à la fois en les aidant à identifier leurs besoins en matière de santé et à y répondre et en mettant les patients en contact avec des ressources auxquelles ils n'auraient peut-être pas eu accès autrement⁶. La [première partie](#) de notre numéro spécial sur la prescription sociale a présenté un exemple de développement communautaire afrocentrique⁷ et un exemple fondé sur la réconciliation⁸. Dans ce numéro, l'analyse par méthodes mixtes de Kadowaki et ses collaborateurs montre comment la prescription sociale en Colombie-Britannique a amélioré l'accès aux services chez les aînés et elle fait également clairement ressortir que l'on a besoin de ressources plus solides et plus stables pour les programmes communautaires déjà en place et pour les nouveaux⁹.

Réorientation des services de santé (Charte d'Ottawa) et réduction des coûts (Objectif quintuple)

La prescription sociale est un mécanisme qui permet une collaboration significative entre les organismes de soins de santé et les organismes communautaires pour répondre aux besoins sociaux liés à la santé¹⁰. Il a également été prouvé que la prescription sociale favorise la déprescription, qu'elle permet d'améliorer l'efficacité des dépenses en matière de santé en déplaçant les soins en amont et qu'elle réduit les répercussions environnementales des soins de santé en évitant les cas où l'on a inutilement recours à des soins de santé¹¹. La contribution de Saluja et Dahrouge à propos du projet « Accès aux ressources communautaires » à Ottawa fournit des conseils détaillés sur la manière de réorienter les services au sein des soins de santé¹², tandis que le commentaire de Lin et de ses collaboratrices de l'Autorité sanitaire de Fraser (Colombie-Britannique) illustre la valeur d'un financement de longue durée et d'un soutien solide au sein des organismes de soins de

santé pour ce qui est de mettre en œuvre et de maintenir à long terme des initiatives de prescription sociale menées en partenariat avec la communauté¹³.

Création d'environnements favorables (Charte d'Ottawa) et amélioration du bien-être de l'équipe soignante (Objectif quintuple)

La prescription sociale crée et soutient des liens et des ressources pour des milieux sociaux et des espaces physiques sains (qu'il s'agisse par exemple de jardins communautaires ou de centres culturels), qui favorisent le sentiment d'appartenance, les interactions sociales et la connexion avec la nature¹⁴. Ces effets se font même sentir sur le bien-être des ressources humaines du secteur de la santé, qui sont mises à rude épreuve, en offrant aux cliniciens un sentiment de connexion, de raison d'être et d'appartenance¹⁵. L'étude quantitative de Turpin et ses collaborateurs à propos des Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario montre les avantages d'une approche axée sur les centres de services¹⁶, où l'on fournit, habituellement dans un même espace communautaire, de multiples services destinés au bien-être des jeunes, facilitant ainsi la coordination des équipes de soins multidisciplinaires et des services cliniques et non cliniques.

Élaboration de politiques publiques favorables à la santé (Charte d'Ottawa) et amélioration des résultats en matière de santé de la population (Objectif quintuple)

La prescription sociale peut améliorer la santé de la population à grande échelle en encourageant les comportements sains, les liens sociaux et l'accès aux ressources communautaires pour tous les utilisateurs des services de santé et des services sociaux¹⁷. Surtout, elle peut orienter les priorités et les décisions relatives aux politiques publiques favorisant la santé, grâce à la collecte de données précises permettant de déterminer de quelles ressources communautaires les participants ont le plus besoin¹⁸. La plupart des initiatives de prescription sociale sont bien ancrées dans le processus d'élaboration de politiques de leur région respective, comme l'illustre l'exposé de politique de Mansell et ses collaboratrices¹⁹, qui établit un lien entre l'évaluation de la prescription sociale

et l'élaboration de politiques connexes en fonction du Healthy Aging Asset Index de l'Alberta.

Conclusion

La prescription sociale offre une avancée importante dans la réalisation des objectifs énoncés dans la Charte d'Ottawa et l'Objectif quintuple. Elle favorise une approche holistique des soins de santé, qui reconnaît l'interconnexion des facteurs sociaux, environnementaux et individuels ayant une influence sur la santé. L'investissement dans les programmes de prescription sociale permettra aux systèmes de santé publique et de soins de santé d'évoluer vers un avenir où le bien-être est une priorité, où l'équité en matière de santé est prise en compte et où les collectivités ainsi que les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux s'épanouissent. Dans notre quête d'un Canada en meilleure santé, la prescription sociale apparaît comme un instrument puissant et concret qui peut éclairer notre chemin.

Conflits d'intérêts

KM, KGC et SA ont agi comme rédacteurs invités pour ce numéro de la revue PSPMC mais ils se sont retirés du processus décisionnel associé à la publication de ce manuscrit.

Avis

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. World Health Organization (WHO). Ottawa charter for health promotion. Genève (CH) : WHO; 1986. 2 p. En ligne à : <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>
2. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *JAMA*. 2022; 327(6): 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
3. Bhatti S, Rayner J, Pinto AD, Mulligan K, Cole DC. Using self-determination theory to understand the social prescribing process: a qualitative study. *BJGP Open*. 2021;5(2):BJGPO.2020.0153. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2020.0153>
4. Yu C, Lail S, Allison S, Biswas S, Hebert P, Hsiung S, et al. Besoins et priorités des aînés en matière de prescription sociale au Canada : une analyse qualitative. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(9): 407-417. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.03f>
5. Westlake D, Wong G, Markham S, Turk A, Gorenberg J, Pope C, et al. "She's been a rock": the function and importance of "holding" by social prescribing link workers in primary care in England—findings from a realist evaluation. *Health Soc Care Community*. 2024;2024(1):2479543. <https://doi.org/10.1155/2024/2479543>
6. Mulligan K. Social prescribing in Canada: coproduction with communities. Dans : Bertotti M, directeur. *Social prescribing policy, research and practice: transforming systems and communities for improved health and wellbeing*. Cham (CH) : Springer International Publishing; 2024. p.131-145.
7. Ramirez S, Beaudin N, Rayner J, Price N, Townsend D. Prescription sociale à l'intention des personnes noires : l'importance d'une approche afrocentrique. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):324-327. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.07f>
8. Vaillancourt A, Barnstaple R, Robitaille N, Williams T. Prescription d'exposition à la nature : nouvelles perspectives sur les approches fondées sur la réconciliation et l'inclusivité culturelle dans un centre de santé communautaire triculturel. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6): 314-318. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.05f>
9. Kadowaki L, Symes B, Lalji K, Park G, Giannasi W, Hystad J, et al. Renforcer les capacités des aînés et de la collectivité : résultats d'une évaluation de l'élaboration des programmes de prescription sociale conçus par Centraide Colombie-Britannique à l'intention des aînés. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(9): 418-427. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.04f>
10. Mulligan K, Hsiung S, Bloch, et al. Social prescribing in Canada: a tool for integrating health and social care for underserved communities. *Healthc Q*. 2023;25(4):17-22. <https://doi.org/10.12927/hcq.2023.27022>
11. UK Department of Health and Social Care. Good for you, good for us, good for everybody. A plan to reduce over-prescribing to make patient care better and safer, support the NHS, and reduce carbon emissions. Londres (UK) : Government of the United Kingdom; 2021. En ligne à : <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/614a10fed3bf7f05ab786551/good-for-you-good-for-us-good-for-everybody.pdf>
12. Saluja K, Dahrouge S. Guides visant à faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de la prescription sociale : leçons tirées du modèle « Accès aux ressources communautaires ». *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024; 44(9):442-445. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.07f>
13. Lin, MC-M, Park G, Ashe MC. Intégration de la prescription sociale dans un système de santé régional canadien pour favoriser le vieillissement en santé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(9):436-441. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.06f>
14. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, Tierney S, Polley M, Chiva Giurca B, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022; 7:e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
15. Kung A, Cheung T, Knox M, Willard-Grace R, Halpern J, Nwando Olayiwola J, et al. Capacity to address social needs affects primary care clinician burnout. *Ann Fam Med*. 2019;17(6):487-494. <https://doi.org/10.1370/afm.2470>

-
16. Turpin A, Chiodo D, Talotta M, Henderson J. La prescription sociale dans le contexte des services intégrés pour la jeunesse : une étude de cas sur les Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(9): 397-406. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.02f>
 17. Bertotti M, Dias S, Gama A, et al. Conclusion: the present and future of social prescribing. Dans : Bertotti M, directeur. *Social prescribing policy, research and practice: transforming systems and communities for improved health and wellbeing*. Cham (CH) : Springer International Publishing; 2024. p. 161-183.
 18. European Commission. Mapping metrics of health promotion and disease prevention for health system performance assessment. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. Luxembourg : Publications Office of the European Union; 2023. En ligne à : https://health.ec.europa.eu/publications/mapping-metrics-health-promotion-and-disease-prevention-health-system-performance-assessment_en
 19. Mansell B, Summach A, Molen S, O'Rourke T. Utilisation des déterminants du vieillissement en bonne santé pour guider le choix des prescriptions sociales pour les aînés. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(9):428-435. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.05f>

Recherche quantitative originale

La prescription sociale dans le contexte des services intégrés pour la jeunesse : une étude de cas sur les Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario

Aaron Turpin, Ph. D. (1,2); Deb Chiodo, Ph. D. (1); Maria Talotta (1); Jo Henderson, Ph. D. (1,3)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Article de recherche par Turpin A et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

Introduction. Les services intégrés pour la jeunesse offrent une occasion unique d'inclure des stratégies de prescription sociale au sein de ce modèle de services par la mise en place d'un réseau multidisciplinaire étroitement connecté, composé de fournisseurs de services cliniques et communautaires, afin de s'attaquer aux inégalités en matière de santé et d'améliorer l'accès aux services et l'état de santé des jeunes. Dans cet article, nous présentons une étude de cas sur les Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (CBEJO), au Canada, un regroupement d'organismes de services jeunesse intégrés et interreliés, qui fonctionnent à la manière d'un système de santé apprenant pour la mise en œuvre des services de prescription sociale. L'étude visait principalement à documenter la façon dont les carrefours de CBEJO intègrent la prescription sociale à leur offre de services.

Méthodologie. Nous avons adopté une approche d'étude de cas intégrée. Les données ont été recueillies auprès de 6361 jeunes de 12 à 25 ans qui ont fait appel aux services d'un carrefour des CBEJO. Nous avons généré, à partir des données sur les services, des analyses descriptives, dont des fréquences associées aux diverses catégories, pour la raison de la visite, les besoins abordés et le service fourni.

Résultats. Une analyse comparative des services demandés et fournis a révélé qu'au cours de leurs visites aux CBEJO, les jeunes interagissaient avec de multiples services et fournisseurs, un large éventail de besoins étant abordés sur le plan de la santé physique et mentale et du soutien social.

Conclusion. Les CBEJO offrent des services de prescription sociale qui visent à améliorer la résilience en santé mentale, grâce à la satisfaction des besoins liés à l'emploi, aux études et à la socialisation, chez les jeunes qui reçoivent des services intégrés pour la jeunesse dans ces centres.

Mots-clés : *prescription sociale, services intégrés pour la jeunesse, services pour les jeunes, bien-être des jeunes*

Introduction

L'utilisation des services de santé mentale reste faible chez les jeunes^{1,2} et le traitement des troubles liés à la consommation de substances s'est révélé insuffisant pour

répondre aux besoins des jeunes³. Les jeunes qui font appel aux services présentent souvent un ensemble de problèmes intériorisés (symptômes dépressifs, anxiété, stress, etc.) et externalisés (inattention, usage de substances, hyperactivité,

etc.)³⁻⁶ qui risquent de compromettre leur développement s'ils ne sont pas pleinement pris en compte⁷. Si de nombreuses sources attestent de la nécessité d'agir simultanément sur ces disparités sanitaires au moyen de services intégrés de qualité^{2,5,8-11}, dans les faits, peu de cadres de services suivent une telle approche⁹.

Rattachement des auteurs :

1. Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada
2. Département des services sociaux et de l'apprentissage des jeunes enfants, Université MacEwan, Edmonton (Alberta), Canada
3. Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Deb Chiodo, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 80, Workman Way, Toronto (Ontario) M6J 1H4; tél. : 226-378-7199; courriel : debbie.chiodo@camh.ca

Devant cette lacune, les services intégrés pour la jeunesse constituent une approche de soins novatrice, par laquelle des équipes multidisciplinaires de professionnels travaillent ensemble à répondre aux besoins concomitants des jeunes et de leurs familles^{4,9,10}. Les services intégrés pour la jeunesse établissent une vision commune de la prestation de services aux jeunes au sein d'un réseau intégré de fournisseurs^{9,11}, ce qui leur confère une capacité supérieure à celle des programmes individuels et leur permet de tirer parti de la force d'un réseau collectif offrant un soutien holistique et réduisant la fragmentation des soins¹⁰⁻¹³. Par un accès facilité aux services et de meilleures connexions entre services, les services intégrés pour la jeunesse favorisent des soins de santé physique et mentale efficaces, offerts aux jeunes au moment où ces derniers en ont besoin². Ils réduisent ainsi les disparités en matière de santé au sein de cette population^{7,8}.

Une composante centrale des services intégrés pour la jeunesse consiste à recourir aux pratiques de prescription sociale dans le but d'améliorer les interactions des jeunes avec les services^{4,10}. La prescription sociale consiste à orienter, dans le cadre d'une intervention, les usagers vers des services de santé physique et mentale en milieu communautaire axés sur la personne¹⁴. Ces services ont pour but d'aider la personne à satisfaire ses besoins sociaux et sanitaires par l'établissement de liens communautaires¹⁵, en facilitant l'aiguillage depuis un milieu clinique vers des services communautaires non cliniques¹⁶. À mesure que les services intégrés pour la jeunesse s'implantent au Canada^{4,9,11,13,17,18}, il devient possible d'élargir le recours à la prescription sociale dans les services de mieux-être pour les jeunes¹⁵. Les réseaux locaux, régionaux et pancanadiens de services intégrés pour la jeunesse, comme YouthCan IMPACT¹³, mettent en œuvre des modèles favorisant un accès pertinent et rapide à des services de bien-être pour les jeunes. Bien qu'un ensemble substantiel de données probantes étaye le modèle des services intégrés pour la jeunesse⁹⁻¹¹, il reste à décrire ses composantes et l'utilisation des services dans des écrits fondés sur la pratique pour que ce modèle soit reproductible¹¹. Pour combler ce besoin, nous avons mené cette étude qui, à l'aide d'une méthode d'étude de cas, explore la manière dont les carrefours bien-être pour les jeunes intègrent la prescription sociale à leur offre de services.

Services intégrés pour les jeunes et prescription sociale

Au Canada, les réseaux de services intégrés pour la jeunesse fonctionnent selon un modèle de carrefour de services : ainsi, en règle générale, différents services de mieux-être sont fournis aux jeunes dans un même lieu communautaire^{9,19,20}. Ces carrefours répondent habituellement à des besoins complexes de nature sociale, psychologique et physique. Ils offrent des services destinés aux jeunes et à leurs familles par l'entremise d'équipes de soins intégrés qui utilisent des approches rapides de continuum de soins dans un environnement adapté aux jeunes^{2,9}. La participation des jeunes et des familles à la conception et à la prestation des services constitue un aspect central du fonctionnement de ces carrefours, tout comme la volonté de faire connaître les services aux membres de la collectivité, d'établir des réseaux communautaires, d'offrir des soins fondés sur des mesures et de procéder à l'évaluation des programmes⁹. La mise en œuvre des services intégrés pour la jeunesse peut toutefois différer d'un centre à l'autre, en raison de la participation active des intervenants locaux au développement du centre, à la fois les jeunes, le personnel, les familles et les organismes externes^{9,11,12,21}.

La prescription sociale est un outil qui se veut complémentaire aux soins de santé mentale et aux soins primaires²² et qui cadre bien avec le modèle des services intégrés pour la jeunesse, puisque les deux partagent l'objectif d'aiguiller les jeunes vers des sources communautaires de soutien social¹⁸, ce qui implique souvent une évaluation des besoins et un soutien actif pour faciliter l'accès aux services¹⁷. En outre, l'un des piliers clés de la prescription sociale dans le contexte des services intégrés pour la jeunesse est l'adoption d'une approche centrée sur la personne, les interventions étant conçues pour que chaque individu ait la capacité d'améliorer sa santé²¹. De même, la prescription sociale et les services intégrés pour la jeunesse facilitent tous deux des relations solides entre les praticiens en mettant à profit les forces du réseau, en améliorant le suivi des services offerts et en favorisant le bon déroulement des activités entre les services¹⁹. Les données montrent que les jeunes qui désirent recourir à des services rencontrent souvent des difficultés liées aux déterminants sociaux de la santé (accès à des traitements,

sécurité alimentaire, emploi, éducation et ressources financières)²². Les modèles de services intégrés pour la jeunesse offrent des trajectoires de service intégrées qui permettent d'agir sur l'ensemble des difficultés vécues par les jeunes^{9,16}.

Réduire les disparités en santé

Les carrefours offrent une solution aux problèmes persistants de fragmentation du système en facilitant l'accès des jeunes à différents services de manière concomitante et en offrant l'accompagnement d'un intervenant-pivot lorsque des services plus intensifs ou des services externes sont nécessaires¹⁶. Les liens étroits qui unissent les fournisseurs de services d'un même réseau facilitent la prestation d'interventions adaptées aux besoins des jeunes en temps opportun⁴. Les services intégrés pour la jeunesse visent à éliminer les obstacles qui empêchent couramment les jeunes de bénéficier des services dont ils ont besoin, comme le manque de connaissances ou de confiance envers les services offerts¹². Pour ce faire, on favorise l'établissement de relations pertinentes et suivies entre les fournisseurs et les jeunes, de même qu'entre les différents organismes et professionnels offrant des services aux jeunes²³.

Des recherches ont montré que les programmes qui adoptent des approches de services intégrés pour la jeunesse et de prescription sociale auprès des jeunes parviennent à réduire les disparités en matière de santé. Par exemple, l'approche de suivi intensif dans le milieu (SIM) intègre des modalités de soins rapides et par étapes, incluant des services d'orientation communautaire, et il a été prouvé qu'elle réduisait les difficultés psychosociales ainsi que les symptômes dépressifs et psychotiques subcliniques chez les jeunes, tout en améliorant les interactions sociales et la qualité de vie²⁴. De même, un programme de traitement familial intégré offert dans des centres communautaires de santé mentale aux adolescents ayant des problèmes de consommation de substances a utilisé plusieurs techniques de prescription sociale, comme la prestation de plusieurs services dans un seul lieu et l'adoption d'une approche séquentielle de la prestation de services⁶. Un essai contrôlé randomisé a révélé des résultats positifs en ce qui a trait à la consommation de substances lorsque le programme était comparé au traitement habituel⁶. Enfin, le recours aux techniques de prescription sociale dans le cadre de services

intégrés de santé comportementale a permis de renforcer la littératie en santé mentale et l'engagement à servir les jeunes chez des praticiens et a favorisé l'autoefficacité de ces derniers et le perfectionnement de leurs compétences⁸.

Dans un contexte où des travaux de recherche et d'évaluation des services sont nécessaires en matière de prescription sociale auprès des jeunes si l'on veut soutenir sa mise en œuvre et une pratique fondée sur des données probantes, nous présentons une description de la prescription sociale au sein d'un modèle particulier de services intégrés pour la jeunesse mis en œuvre et évalué en Ontario (Canada).

L'étude de cas : Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario

Les Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (CBEJO) forment un réseau ontarien de carrefours de services qui offrent aux jeunes des services intégrés conçus en collaboration avec des jeunes et leur famille. À l'heure actuelle, le réseau regroupe 22 carrefours impliquant 31 collectivités diversement réparties dans la province et desservant les jeunes de 12 à 25 ans. Les CBEJO offrent un continuum de services répondant aux besoins des jeunes en matière de santé mentale, d'usage de substances, de soins primaires, de soutien par les pairs, de formation, d'emploi, de logement et de mieux-être ainsi que divers autres services communautaires et sociaux⁹. Accessibles à la fois virtuellement et en personne, les CBEJO constituent des points d'accès locaux où les jeunes peuvent obtenir des services de soutien de grande qualité, offerts sans rendez-vous selon un modèle intégré privilégiant l'équité et l'accessibilité. Chaque carrefour est tenu d'offrir des services fondés sur des données probantes en santé mentale, en santé liée à la consommation de substances, en soins primaires et en soutien social et communautaire. Cependant, la nature exacte des services offerts dans chacun de ces volets dépend de la disponibilité locale des services et des démarches de consultation et de conception conjointe entreprises avec les jeunes et les membres de la collectivité qui forment le comité de gouvernance du carrefour.

Autre composante commune aux divers points de contact du réseau, des équipes de mieux-être des jeunes contribuent à l'intégration des services tout au long du parcours de services cliniques (santé

physique, santé mentale et consommation de substances). Ces équipes sont formées de cliniciens en santé mentale et en usage de substances; de professionnels de la santé comme des infirmières praticiennes, des prestataires de soins primaires et des psychiatres; d'intervenants de soutien par les pairs; d'intervenants-pivots et enfin d'intervenants en mieux-être des jeunes qui facilitent la mobilisation et l'obtention de soins fondés sur des mesures. Chaque catégorie de services des CBEJO offre un continuum de soins d'intensité variable pour les jeunes, ce qui facilite l'adaptation des services en fonction des besoins, des objectifs et des préférences de chaque jeune.

Comme le préconisent les jeunes et leurs familles, les services des CBEJO sont accessibles sans recommandation ni évaluation ou diagnostic préalable. Les jeunes y accèdent directement, avec ou sans rendez-vous, à leur convenance, à des heures pratiques pour eux (incluant le soir et les fins de semaine). Les démarches d'obtention ou d'arrêt des services sont peu contraignantes pour les jeunes et s'adaptent à leurs besoins changeants au fil de leur développement. Une description complète du modèle des CBEJO et de leurs valeurs et caractéristiques fondamentales a déjà été publiée ailleurs⁹.

Méthodologie

Approbation par un comité d'éthique

Ce projet a été approuvé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale dans le cadre d'un examen éthique de projet lié à la qualité (n° QPER42).

Procédure

Ce projet visait à décrire une nouvelle stratégie de prescription sociale grâce à la réalisation d'une étude de cas intégrée²⁵ à l'aide des données sur les services offerts dans les CBEJO. Les études de cas fournissent des analyses approfondies portant sur un seul exemple de phénomène social et permettent d'en faire ressortir des caractéristiques inédites et subtiles²⁵, qui passent souvent inaperçues dans les études portant sur plusieurs échantillons de cas. Les études de cas intégrées diffèrent des études de cas typiques en ce sens que les chercheurs participent activement aux activités organisationnelles et font souvent partie de la structure organisationnelle (par exemple, en tant que membres du personnel)²⁶. Dans le cadre

de notre étude, nous avons réalisé une analyse descriptive des données transversales quantitatives sur l'utilisation des services dans un vaste échantillon d'utilisateurs des CBEJO. En comparant les raisons du recours aux CBEJO et les besoins que visaient à combler les services offerts, on peut mieux saisir les difficultés que vivaient les jeunes et la façon dont les CBEJO ont contribué à résoudre ces difficultés. De plus, les analyses descriptives des services fournis font ressortir les modalités d'intervention employées auprès des jeunes.

Échantillon et recrutement

Les participants étaient des jeunes (n = 6361) de 12 à 25 ans ayant reçu des services dans 14 carrefours entre avril 2020 et mars 2023.

Les CBEJO recueillent des données sur les services et sur les caractéristiques socio-démographiques des jeunes depuis avril 2020. Cette collecte s'inscrit dans la démarche de soins fondés sur des mesures qu'entreprennent le personnel et les jeunes au cours des visites. Au début d'une visite, les jeunes répondent en privé à des questions sur leurs besoins, leurs objectifs, leurs symptômes, leur fonctionnement et leurs caractéristiques sociodémographiques à l'aide d'une tablette programmée pour l'évaluation de mesures. De plus, ils lisent et remplissent un formulaire de consentement qui décrit les services intégrés offerts par le carrefour et les modalités de communication des données à l'intérieur du cercle de soins. Les jeunes reçoivent du soutien pour le consentement et l'utilisation des instruments de mesure s'ils le désirent mais il n'est pas obligatoire de procéder aux mesures pour accéder aux services. À la fin de la visite, les fournisseurs de services remplissent un formulaire électronique avec des questions sur les interventions effectuées, les besoins abordés et les prochaines étapes du plan de soins. Des outils électroniques de mesure de l'expérience et de la satisfaction des jeunes à l'égard des services sont également utilisés. Les données sont stockées sur une plateforme infonuagique sécurisée, avec une partition par site, et le personnel peut accéder aux données du carrefour dont il relève. Certains employés du bureau provincial des CBEJO ont accès aux données des différents carrefours.

Mesures et analyse

Les données liées à trois variables ont été analysées : « raison de la visite », « besoins

abordés » et « type de fournisseur de services ». La « raison de la visite » est une question à laquelle les jeunes répondent au début de chaque visite avant que les services soient fournis. On demande aux jeunes d'indiquer la raison pour laquelle ils viennent au carrefour ce jour-là et plusieurs catégories de réponse correspondant aux besoins mentaux, physiques, culturels et sociaux leur sont proposées. La variable « besoins abordés » repose sur une liste de besoins à l'aide de laquelle le fournisseur indique, à la fin de la visite, les besoins qui ont été abordés au cours de la séance. La variable « type de fournisseur de services » sert à indiquer qui a participé à la prestation des services et elle est renseignée par les fournisseurs de services à la fin de la visite.

Des réponses multiples sont permises pour toutes les variables. Les fréquences associées aux différentes catégories de réponse pour chaque variable sont présentées dans un tableau fournissant les données sur les services. Le nombre de sélections (n) et le pourcentage du nombre total de visites (%) ont été calculés. Pour affiner l'analyse des données sur les services, nous avons stratifié les catégories de raison de la visite en fonction de l'âge et du genre. Cette analyse visait à générer des renseignements supplémentaires sur les sous-groupes sociodémographiques prédominants dans chaque catégorie de service. La raison de la visite a été retenue parce qu'il s'agit de la seule variable relative aux services qui est fournie par les jeunes, et la stratification d'autres variables relatives aux services dépassait la portée de cet article. L'analyse a été effectuée à l'aide de SPSS Statistics pour Windows, version 27.0 (IBM Corp., Armonk, New York, États-Unis).

Résultats

Statistiques sociodémographiques

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des jeunes de notre échantillon. Cet échantillon présente une distribution similaire à celle de la population du même âge au Canada²⁷. Les catégories de réponse pour l'identité de genre, l'identité sexuelle, la situation en matière de handicap et de logement ont été regroupées en catégories générales pour accroître la taille du groupe et préserver la confidentialité des données sur les jeunes. (L'annexe 1 contient une liste complète des regroupements de variables sociodémographiques.) Dans l'échantillon, 31,8 %

des jeunes ont indiqué être des filles ou des femmes, 25,2 % des garçons ou des hommes et 7,5 % des personnes transgenres ou d'autres identités de genre. Pour la catégorie de l'identité sexuelle, 29,7 % des jeunes ont indiqué être hétérosexuels et 19,6 %, 2ELGBTQI+. Une liste complète des variables sociodémographiques est fournie dans le tableau 1.

La proportion de données manquantes allait de 4,2 % (âge) à 46,9 % (emploi). Les jeunes ne sont pas tenus de fournir des données sociodémographiques (ils peuvent omettre de répondre à ces questions), mais on les encourage fortement à fournir des données pour qu'on puisse mieux comprendre leurs besoins. Il s'agit d'un choix intentionnel de la part des jeunes, dans la mesure où ils ne sont pas forcément à l'aise de fournir des données relatives à leur identité. De plus, les catégories de réponse ne sont pas mutuellement exclusives, ce qui permet aux jeunes de choisir plus d'une option par question sociodémographique et, ainsi, de mieux rendre compte de la façon dont ils se perçoivent. Par conséquent, il se peut que les chiffres et les pourcentages associés aux caractéristiques sociodémographiques et aux variables relatives aux services ne correspondent pas à la taille de l'échantillon.

Services demandés et services fournis

Le tableau 2 synthétise les résultats se rapportant à 6361 jeunes et 22 153 visites (soit une moyenne de 3,5 visites/jeune), les besoins indiqués par les jeunes, la raison de la visite fournie avant le service et les besoins abordés mentionnés par le fournisseur après le service. Dans l'ensemble, les jeunes ont d'abord indiqué « santé mentale » comme raison de leur visite (47,3 %), puis « école/formation » (13,0 %), « relations » (13,0 %), « santé physique » (6,8 %) et « alimentation/nutrition » (5,6 %). Les autres catégories rassemblaient moins de 5,5 % des réponses. Pour ce qui est des besoins abordés, les fournisseurs de services ont indiqué que la « santé mentale » était le besoin le plus courant (72,7 %), puis « l'école/la formation » (13,7 %), les « relations » (12,1 %), la « santé physique » (8,3 %), la « consommation de substances » (6,8 %) et l'« emploi » (5,7 %). Les autres catégories rassemblaient moins de 5,5 % des réponses. Les fournisseurs de services étaient plus enclins que les jeunes à sélectionner plusieurs catégories de réponse en ce qui a trait aux besoins abordés, avec un

écart correspondant à 6942 besoins supplémentaires (29,5 % de plus que chez les jeunes).

Les tableaux 3 et 4 présentent une stratification des données sur la raison de la visite selon les catégories sociodémographiques en fonction respectivement de l'âge (tableau 3) et du genre (tableau 4). Les jeunes de 15 à 17 ans sont le principal groupe d'âge représenté dans les trois premières catégories (« santé mentale », « école/formation » et « relations »). Les fréquences et les pourcentages étaient similaires dans les autres groupes d'âge. Les jeunes qui ont indiqué être une fille ou une femme cumulaient le plus grand nombre de visites pour « santé mentale », « école/formation » et « relations », et les jeunes qui ont indiqué être un garçon ou un homme ont eu plus de visites pour « santé mentale » que les jeunes d'autres identités de genre. Les fréquences et les pourcentages des autres catégories étaient sensiblement les mêmes pour les différents groupes d'identité de genre.

Type de fournisseur de services

Pour ce qui est de la fréquence des types de fournisseurs de services (tableau 5), le type le plus courant est « clinicien/travailleur en santé mentale ou en usage de substances » (41,7 %), suivi par « intervenant-pivot/coordonnateur des soins » (13,4 %), « travailleur de soutien en éducation/formation » (6,5 %) et « responsable des soins fondés sur des mesures » (5,7 %). Toutes les autres catégories rassemblaient moins de 5 % des réponses.

Analyse

On trouve dans la littérature peu de données décrivant la prescription sociale dans le cadre de services intégrés pour la jeunesse et, globalement, peu d'analyses approfondies ont été publiées à propos de modèles particuliers intégrant la prescription sociale. À l'aide d'une approche d'étude de cas intégrée, nous avons cherché à décrire un modèle de prescription sociale novateur actuellement mis en œuvre par les services intégrés pour la jeunesse en Ontario, et nous avons analysé les données sur l'utilisation des services pour comprendre la complexité et le recouvrement des besoins des jeunes qui bénéficient de services intégrés pour la jeunesse. Nos résultats donnent un aperçu des besoins des jeunes en matière de services et des services qui leur sont offerts

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques des jeunes qui ont reçu des services intégrés
pour la jeunesse dans les CBEJO d'avril 2020 à mars 2023

Variable	n (%)
Nombre total de visites	22 153
Nombre de jeunes	6 361
Âge (ans)	
12 à 14	1204 (18,9)
15 à 17	2086 (32,7)
18 à 20	1445 (22,7)
21 ou plus	1414 (22,2)
Renseignements manquants	269 (4,2)
Identité de genre	
Garçon/homme	1606 (25,2)
Autre identité de genre	484 (7,5)
Fille/femme	2025 (31,8)
Ne sait pas, en questionnement, autre ou préfère ne pas répondre	214 (3,3)
Renseignements manquants	2062 (32,4)
Identité sexuelle	
Hétérosexuel	1889 (29,7)
2ELGBTQI+	1247 (19,6)
N'utilise pas d'étiquette, ne sait pas, en questionnement, autre ou préfère ne pas répondre	549 (8,6)
Renseignements manquants	2868 (45,1)
Né(e) au Canada	
Oui	3199 (50,3)
Non	251 (3,9)
Ne sait pas/ne souhaite pas répondre	30 (0,5)
Renseignements manquants	2900 (45,6)
Handicap	
A une maladie chronique	145 (34,7)
A un handicap	1351 (21,2)
Aucun handicap	1601 (25,2)
Ne sait pas/ne souhaite pas répondre	745 (11,7)
Renseignements manquants	2048 (32,2)
Logement	
En situation d'itinérance	92 (1,4)
A un logement	3370 (53,0)
Autre/préfère ne pas répondre	125 (1,9)
Renseignements manquants	2779 (43,7)
Études	
Fréquente un établissement scolaire	2513 (39,5)
Ne fréquente pas d'établissement scolaire	892 (14,0)
Renseignements manquants	2957 (46,5)
Emploi	
A un emploi	1289 (20,3)
N'a pas d'emploi	2086 (32,8)
Renseignements manquants	2983 (46,9)

Abréviation : CBEJO, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario.

lorsqu'ils s'adressent aux carrefours de services intégrés.

En ce qui concerne les catégories d'identité de genre, environ le tiers des jeunes de l'échantillon ont indiqué être des filles ou des femmes, ce qui reflète les résultats de recherches antérieures selon lesquels les filles et les femmes demandent plus couramment de l'aide en santé mentale et d'autres services^{28,29}. Les jeunes en transition vers la vie adulte (groupe d'âge des 18 à 25 ans) forment la plus grande part des usagers des CBEJO, ce qui rejoint les constatations faites à propos d'autres modèles internationaux de services intégrés pour la jeunesse et laisse penser que des obstacles fréquents à la recherche d'aide chez les jeunes adultes ont été éliminés^{4,22,23}.

Les modèles de services intégrés pour la jeunesse sont conçus pour combler les failles dans les systèmes classiques de services relatifs à la santé mentale et à la consommation de substances chez les jeunes (obstacles à la recherche d'aide, fragmentation, obstacles liés à l'âge, etc.). Nos données montrent que les jeunes qui souhaitent obtenir des services de santé mentale ont de meilleurs services et un meilleur accès lorsque ces services sont offerts dans des contextes intégrés.

Les jeunes qui, dans notre échantillon, ont choisi la santé mentale comme raison de leur visite voulaient peut-être manifester par là leur besoin en différents services offerts par le centre (comme le counseling de groupe et individuel) et la « santé mentale » indiquée comme raison de la visite peut également avoir englobé des besoins similaires connexes, comme le soutien par les pairs, les relations et la santé physique. Sachant qu'il existe une association entre la santé mentale et des déterminants sociaux de la santé comme les finances, l'emploi, la sécurité alimentaire et le logement^{22,30}, nos données révèlent à la fois des besoins en matière de soins professionnels multidisciplinaires dans le cadre des services aux jeunes et la capacité des CBEJO à répondre aux besoins de prescription sociale. Ces résultats corroborent en outre l'observation selon laquelle les jeunes ont accès dans les centres à différents services qui répondent à un ensemble élargi de besoins lorsqu'une approche de prescription sociale est adoptée.

TABEAU 2
Fréquence des demandes de service par rapport aux services fournis pour l'ensemble des visites (n = 22 153) aux CBEJO d'avril 2020 à mars 2023

Service	Raison de la visite n (%)	Besoins abordés n (%)
Santé mentale	10 475 (47,3)	16 098 (72,7)
École/formation	2873 (13,0)	3039 (13,7)
Relations	2891 (13,0)	2685 (12,1)
Santé physique	1506 (6,8)	1838 (8,3)
Alimentation/nutrition	1242 (5,6)	1171 (5,3)
Emploi	1 099 (5,0)	1274 (5,7)
Consommation de substances	950 (4,3)	1506 (6,8)
Soutien par les pairs	893 (4,0)	953 (4,3)
Logement	842 (3,8)	804 (3,6)
Culture	270 (1,2)	495 (2,2)
Total	23 041	29 863

Abréviation : CBEJO, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario.

Les catégories « école/formation » et « relations » arrivent au deuxième rang des raisons les plus fréquentes de visite (13 %). Les jeunes se rendent couramment dans les CBEJO pour faire leurs travaux scolaires et obtenir de l'aide en lien avec ces travaux, ce qui met en évidence la multifonctionnalité des carrefours et leur importance pour les jeunes en tant que lieux accessibles sans rendez-vous. La fréquence de la raison « relations » dans les données sur les services rappelle l'importance du développement interpersonnel pour les jeunes, les pairs et les familles

dans le cadre des services de santé mentale, et la place essentielle de ces liens dans les soins destinés aux jeunes. Les liens sociaux, ou leur absence, sont considérés comme un déterminant social de la santé et ont des conséquences avérées sur la santé, en particulier un mauvais état de santé et un faible statut socioéconomique³¹. On a dit des services de prescription sociale qu'ils favorisaient le sentiment d'appartenance et, par extension, le bien-être mental, les comportements de santé et la santé physique^{32,33}. Les services intégrés sont censés offrir aux jeunes un

TABEAU 3
Raison de la visite selon le groupe d'âge des jeunes qui ont fait appel aux CBEJO d'avril 2020 à mars 2023

Service	12 à 14 ans (n = 1204) n (%)	15 à 17 ans (n = 2086) n (%)	18 à 20 ans (n = 1445) n (%)	21 à 25 ans (n = 1414) n (%)
Santé mentale	1225 (5,5)	3155 (14,2)	2232 (10,1)	2092 (9,4)
École/formation	361 (1,6)	946 (4,2)	423 (1,9)	302 (1,3)
Relations	319 (1,4)	851 (3,8)	583 (2,6)	603 (2,7)
Alimentation/nutrition	157 (1,0)	342 (1,5)	232 (1,0)	208 (1,0)
Emploi	25 (< 1)	165 (1,0)	220 (1,0)	252 (1,1)
Consommation de substances ^a	59	211	178	232
Soutien par les pairs ^a	65	182	113	157
Logement ^a	67	161	169	147
Culture ^a	11	32	29	68

Abréviation : CBEJO, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario.

Remarque : Nombre total de visites, n = 22 153.

^a n pour toutes les catégories est ≤ 1 %.

espace sûr où divers intervenants peuvent répondre à leurs besoins globaux sans qu'ils aient à répéter leur histoire plusieurs fois³⁴. De plus, les jeunes peuvent bénéficier de services sans que leurs pairs connaissent la nature exacte de ces services³⁵. Les CBEJO ont adopté une plateforme de données intégrée à l'échelle de leur réseau de fournisseurs de services grâce à laquelle ils recueillent et stockent de l'information sur les besoins, les objectifs et les préférences des jeunes qu'ils servent en matière de services. Les fournisseurs de services qui font partie du cercle de soins ont accès aux antécédents des jeunes et peuvent leur offrir des soins personnalisés fondés sur des mesures.

Enfin, la présence des divers types de fournisseurs de services présents dans les CBEJO reflète l'importance accordée au fait de réunir dans un même lieu différents professionnels aptes à répondre aux besoins et aux objectifs variés des jeunes qui s'y présentent. L'intervenant-pivot et le coordonnateur des soins arrivent au deuxième rang parmi les fournisseurs les plus souvent sollicités (13,4 %). Cela montre l'importance des soins multifonctionnels, comme ceux que facilite le personnel qui soutient la démarche de prescription sociale dans les CBEJO en assurant l'orientation au sein des systèmes de santé, les communications avec d'autres fournisseurs, les demandes de services et la continuité des soins. Ces intervenants sont une source de soutien utile pour les jeunes, font le pont entre les services et favorisent un accès fluide aux différents services par une meilleure communication entre les fournisseurs. Par conséquent, le rôle des intervenants-pivots et des coordonnateurs des soins doit être considéré comme un élément essentiel de la prescription sociale et des services intégrés pour la jeunesse. De même, les données montrent que d'autres membres du personnel de soutien social sont essentiels aux services intégrés pour la jeunesse, notamment les intervenants en éducation et formation, en logement, en revenu et en emploi, fournissant ensemble plus de 10 % des services.

Points forts et limites

Plusieurs points forts contribuent à la généralisabilité du travail présenté dans cet article. La taille de l'échantillon est considérable pour une étude utilisant des données sur les jeunes, tout comme le nombre de visites pour lesquelles nous

TABLEAU 4
Raison de la visite par catégorie d'identité de genre des jeunes qui ont fait appel aux CBEJO d'avril 2020 à mars 2023

Service	Fille/femme (n = 2025) n (%)	Garçon/homme (n = 1606) n (%)	Autre identité de genre (n = 484) n (%)	Ne sait pas, en questionnement, autre ou préfère ne pas répondre (n = 214) n (%)
Santé mentale	3443 (15,5)	1621 (7,3)	802 (3,6)	264 (1,2)
École/formation	967 (4,4)	369 (1,6)	238 (1,1)	103 (< 1)
Relations	1066 (4,8)	384 (1,7)	308 (1,4)	99 (< 1)
Alimentation/nutrition	451 (2,0)	135 (1,0)	133 (< 1)	59 (< 1)
Emploi	246 (1,1)	148 (1,0)	80 (< 1)	34 (< 1)
Consommation de substances ^a	189	207	84	27
Soutien par les pairs	239 (1,1)	84 (< 1)	92 (< 1)	27 (< 1)
Logement ^a	228	103	169	147
Culture ^a	48	33	42	8

Abréviation : CBEJO, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario.

Remarque : Nombre total de visites, n = 22 153.

^a n pour toutes les catégories est ≤ 1 %.

disposons de données. L'échantillon intègre des personnes de plusieurs groupes, dont des jeunes 2ELGBTQI+ et de diverses identités de genre. De même, les données ont été recueillies à l'échelle de la province de l'Ontario, dans des centres de population de nature différente (grands, moyens et petits). Nous considérons que les données d'autoévaluation constituent une force de notre étude, car le point de vue des jeunes est souvent négligé dans les recherches similaires. Il s'agit du premier ensemble de données de ce genre obtenues à grande échelle chez les jeunes au Canada.

Notre étude n'est toutefois pas dépourvue de limites. Les données associées aux

résultats sont de nature descriptive, ce qui empêche d'établir des relations entre les variables. L'absence d'analyses inférentielles rend impossible la détermination d'interactions causales et corrélationnelles. De ce fait, l'interprétation des résultats étant fondée sur des conjectures, leur confirmation nécessiterait une étude approfondie à l'aide d'un modèle multivarié. L'ensemble de données est associé à des taux élevés de données manquantes sur les caractéristiques sociodémographiques, les services fournis et les fournisseurs de services. La modalité de collecte des données explique cette situation : la plupart des questions posées aux jeunes et au personnel ne sont pas obligatoires, et les répondants peuvent s'abstenir de fournir

des données pour diverses raisons légitimes (que ce soit par exemple car un jeune n'est pas à l'aise de répondre ou car il n'est pas disposé à fournir de données au cours d'une visite).

De même, le personnel peut négliger de répondre aux questionnaires s'il a oublié de saisir les données ou s'il n'a pas aiguillé un jeune vers un service. Quoi qu'il en soit, obtenir les réponses correspondant aux données manquantes aurait pu modifier la nature des résultats mais il demeure impossible de déterminer si ce fut le cas. La validité des données aurait pu être renforcée dans notre étude par des mesures garantissant que les jeunes fournissent toutes les variables. De telles mesures assureraient une continuité entre les services demandés et les services fournis grâce à l'intégration complète du point de vue des jeunes.

TABLEAU 5
Fréquence des types de fournisseurs de services pour l'ensemble des visites (n = 22 153) aux CBEJO d'avril 2020 à mars 2023

Service	Visites n (%)
Clinicien/travailleur en santé mentale ou usage de substances	9241 (41,7)
Intervenant-pivot ou coordonnateur des soins	2966 (13,4)
Travailleur de soutien en éducation/formation	1454 (6,5)
Responsable des soins fondés sur des mesures	1259 (5,7)
Intervenant de soutien par les pairs	1060 (4,8)
Intervenant en soutien social (logement, revenu ou autre)	625 (2,8)
Intervenant en aide à l'emploi/au placement	409 (1,8)
Renseignements manquants	7546 (34,1)

Abréviation : CBEJO, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario.

Conclusion

En matière de données de recherche, nous disposons de très peu de comptes rendus décrivant en détail la prescription sociale offerte dans le cadre de services aux jeunes, grâce auxquels on aurait accès à des exemples détaillés de l'élaboration, de la mise en œuvre et des résultats des activités auxquelles cette prescription est reliée. L'approche de prescription sociale novatrice adoptée par les CBEJO permet aux services intégrés pour la jeunesse d'offrir une méthode d'aiguillage rapide et

efficace au sein d'un ensemble multidisciplinaire de services répondant aux besoins des jeunes. Dans notre étude, une analyse comparative des données sur les services a révélé que le personnel offrant les services aux jeunes tendait à sélectionner plusieurs besoins après la prestation des services, ce qui corrobore l'idée selon laquelle les approches de prescription sociale associées à des services intégrés pour la jeunesse aident efficacement les jeunes à bénéficier de multiples services. La forte proportion de jeunes en transition vers la vie adulte dans l'échantillon laisse penser que les services intégrés pour la jeunesse éliminent les obstacles habituels qui entravent l'accès aux services chez les jeunes plus âgés. Les données révèlent également un chevauchement considérable entre services cliniques et non cliniques, ce qui illustre bien la nécessité d'une coordination entre équipes de soins multidisciplinaires. La diversité des besoins en services observés dans cet échantillon souligne par ailleurs l'importance d'un accompagnement pertinent en matière de soins.

Dans l'ensemble, cette étude présente le cas des CBEJO comme un modèle de prescription sociale pour les jeunes dont pourraient s'inspirer d'autres milieux de services intégrés pour la jeunesse et de services de santé. Les intervenants qui souhaitent offrir des services intégrés pour la jeunesse pourraient envisager une approche similaire de collecte de données pour consigner l'utilisation des services et déterminer les tendances relatives aux interactions des jeunes avec ces services. La mise en œuvre d'un système de services intégrés pour la jeunesse serait facilitée par la création d'équipes de soins interprofessionnels qui assureraient une transition harmonieuse entre services afin de répondre aux besoins globaux des jeunes en matière de santé, de santé mentale et de soutien social. Les recherches à venir pourraient contribuer à l'accumulation de données probantes sur les services intégrés pour la jeunesse au moyen de devis inférentiels et longitudinaux aptes à mesurer l'évolution de la santé physique et mentale des jeunes au fil du temps.

Remerciements

Les auteurs souhaitent souligner les contributions de tous les membres du bureau provincial des Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario, tant aujourd'hui que par le passé, ainsi que du personnel

de l'ensemble des CBEJO. Les auteurs tiennent particulièrement à remercier les jeunes et les membres de leur famille qui ont contribué ou contribuent aux Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario par leur enthousiasme, leur leadership, leurs idées, leur temps et leur dévouement.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs et avis

AT, DC : conception, analyse.

AT, DC : rédaction de la première version du manuscrit.

MT, JH : relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Ben-David S, Vien C, Biddell M, et al. Service use decision-making among youth accessing integrated youth services: applying the unified theory of behavior. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(1):4-17.
2. Henderson JL, Cheung A, Cleverley K, et al. Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2017;7(2):e014080. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014080>
3. Broersen M, Frieswijk N, Kroon H, Vermulst A, Creemers D. Young patients with persistent and complex care needs require an integrated care approach: baseline findings from the Multicenter Youth Flexible ACT study. *Front Psychiatry*. 2020;11:609120. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.609120>
4. Lachance L. Youth and community engagement in integrated youth services. *Int J Integr Care*. 2021; 21(S1):302. <https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC2015>

5. McInerney K, Marchand K, Buckley J, et al. Informing youth-centred opioid agonist treatment: findings from a retrospective chart review of youths' characteristics and patterns of opioid agonist treatment engagement in a novel integrated youth services program. *Early Interv Psychiatry*. 2023; 17(10):1028-1037. <https://doi.org/10.1111/eip.13446>
6. Sheidow AJ, Zajac K, Chapman JE, McCart MR, Drazdowski TK. Randomized controlled trial of an integrated family-based treatment for adolescents presenting to community mental health centers. *Community Ment Health J*. 2021;57(6):1094-1110. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00735-z>
7. Newman S, McLoughlin J, Skouteris H, Blewitt C, Melhuish E, Bailey C. Does an integrated, wrap-around school and community service model in an early learning setting improve academic outcomes for children from low socioeconomic backgrounds? *Early Child Dev Care*. 2022;192(5):816-830. <https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1803298>
8. Mancini MA, Maynard B, Cooper-Sadlo S. Implementation of an integrated behavioral health specialization serving children and youth: processes and outcomes. *J Soc Work Educ*. 2020;56(4):793-808. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1661905>
9. Henderson JL, Chiodo D, Varatharasan N, Andari S, Luce J, Wolfe J. Youth Wellness Hubs Ontario: development and initial implementation of integrated youth services in Ontario, Canada. *Early Interv Psychiatry*. 2023; 17(1):107-114. <https://doi.org/10.1111/eip.13315>
10. Halsall T, Manion I, Henderson J. Examining integrated youth services using the bioecological model: alignments and opportunities. *Int J Integr Care*. 2018;18(4):10. <https://doi.org/10.5334/ijic.4165>
11. Chiodo D, Lu S, Varatharajan T, Costello J, Rush B, Henderson JL. Barriers and facilitators to the implementation of an integrated youth services network in Ontario. *Int J Integr Care*. 2022; 22(4):19-29. <https://doi.org/10.5334/ijic.6737>

12. McGorry PD, Mei C, Chanen A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry*. 2022;21(1):61-76. <https://doi.org/10.1002/wps.20938>
13. Henderson J, Hess M, Mehra K, Hawke L. From planning to implementation of the YouthCan IMPACT project: a formative evaluation. *J Behav Health Serv Res*. 2020;47(2):216-229. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09658-4>
14. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(10):5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
15. Wakefield JR, Kellezi B, Stevenson C, et al. Social prescribing as “social cure”: a longitudinal study of the health benefits of social connectedness within a social prescribing pathway. *J Health Psychol*. 2022;27(2): 386-396. <https://doi.org/10.1177/1359105320944991>
16. Nowak DA, Mulligan K. Social prescribing: a call to action. *Can Fam Physician*. 2021;67(2):88-91. <https://doi.org/10.46747/cfp.670288>
17. Parker N, Salt V, Scott AN, Scott C, Lau J. The impact of linked administrative data on community development of integrated mental health hubs: a case study. *Int J Popul Data Sci*. 2018;3(4):336. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v3i4.927>
18. Halsall T, Manion I, Iyer SN, Mathias S, Purcell R, Henderson J. Trends in mental health system transformation: integrating youth services within the Canadian context. *Healthc Manage Forum*. 2019;32(2):51-55. <https://doi.org/10.1177/0840470418808815>
19. Settipani CA, Hawke LD, Cleverley K, et al. Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: a scoping review. *Int J Ment Health Syst*. 2019;13:52. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0306-7>
20. Glowacki K, Affolder J, Macnab B, et al. Infusing wellness opportunities into integrated youth services. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):403. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04809-6>
21. Polley M, Whiteside J, Elnaschie S, Fixsen A. What does successful social prescribing look like? Mapping meaningful outcomes. London (UK): University of Westminster; 2020. En ligne à : https://42b7de07-529d-4774-b3e1-225090d531bd.filesusr.com/ugd/14f499_5f193389d80c4503a4c800e026189713.pdf
22. Settipani CA, Hawke LD, Virdo G, Yorke E, Mehra K, Henderson J. Social determinants of health among youth seeking substance use and mental health treatment. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(4): 213-221.
23. Mathias S, Tee K, Helfrich W, Gerty K, Chan G, Barbic SP. Foundry: early learnings from the implementation of an integrated youth service network. *Early Interv Psychiatry*. 2022;16(4): 410-418. <https://doi.org/10.1111/eip.13181>
24. Broersen M, Creemers DH, Frieswijk N, Vermulst A, Kroon H. Effects of Youth Flexible Assertive Community Treatment: outcomes of an 18-month observational study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;59(5):745-758. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02508-x>
25. Guetterman TC, Fetters MD. Two methodological approaches to the integration of mixed methods and case study designs: a systematic review. *Am Behav Sci*. 2018;62(7):900-918. <https://doi.org/10.1177/0002764218772641>
26. Yin RK. Case study research: design and methods. 5th ed. Los Angeles (CA): Sage Publications; 2014.
27. Statistique Canada. Portrait des jeunes au Canada : Rapport statistique [Internet]. Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 13 juillet 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/42-28-0001/422800012021001-fra.htm>
28. Rickwood D, Van Dyke N, Telford N. Innovation in youth mental health services in Australia: common characteristics across the first headspace centres. *Early Interv Psychiatry*. 2015; 9(1):29-37. <https://doi.org/10.1111/eip.12071>
29. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry*. 2013;54:s30-s35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119214>
30. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005; 365(9464):1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
31. Wiens K, Bhattarai A, Pedram P, et al. A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e115. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000281>
32. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017;7(4):e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
33. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJ. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts Health*. 2018;10(2):97-123. <https://doi.org/10.1080/17533015.2017.1334002>
34. Metzger IW, Turner EA, Jernigan-Noesi MM, et al. Conceptualizing community mental health service utilization for BIPOC youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2023;52(3):328-342. <https://doi.org/10.1080/15374416.2023.2202236>
35. Hawke LD, Mehra K, Settipani C, et al. What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):257. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4066-5>

Annexe 1

Variables sociodémographiques : catégories de regroupement des variables

Intitulé de la variable de l'étude	Variables de l'échantillon correspondantes
Autre identité de genre 2ELGBTQI+	Femme trans; homme trans; personne non binaire; personne bispirituelle; queer; au genre fluide; androgyne Gai; lesbienne; bisexuel; asexuel; queer; pansexuel; omnisexuel; demisexuel; bispirituel
A un handicap	Trouble du développement; trouble d'apprentissage; handicap physique; déficience sensorielle; autre
A un logement	Domicile familial; logement personnel; vit avec des amis; foyer de placement familial; logement subventionné; garde en milieu ouvert; chambre individuelle dans la maison de quelqu'un d'autre
En situation d'itinérance	Vit dans un refuge; vit dans la rue; hébergement temporaire chez des connaissances

Recherche qualitative originale

Besoins et priorités des aînés en matière de prescription sociale au Canada : une analyse qualitative

Cindy Yu, M. Sc. (1,2); Simran Lail, B.A. (2); Sandra Allison, M.D. (3); Srija Biswas, M. Sc. S. (4); Paul Hebert, M.D. (5); Sonia Hsiung, M.T.S.D. (4); Kate Mulligan, Ph. D. (6); Michelle L. Nelson, Ph. D. (7,8); Marianne Saragosa, Ph. D. (7); Vivian Welch, Ph. D. (9,10); Kiffer G. Card, Ph. D. (2)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Article de recherche par Yu C et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

Introduction. La prescription sociale est une approche holistique et collaborative qui vise à aider les individus à avoir accès aux mesures de soutien et aux services communautaires nécessaires pour combler leurs besoins sociaux non médicaux. Cette étude visait à évaluer les besoins et les priorités des aînés canadiens (55 ans et plus), en portant une attention particulière à l'optimisation des programmes de prescription sociale à l'intention des personnes qui sont systématiquement défavorisées et socialement marginalisées.

Méthodologie. Des groupes de discussion semi-structurés (N = 10 groupes, 43 participants) ont été organisés en ligne sur Zoom avec des participants de l'ensemble du Canada. La transcription des données et l'analyse thématique ont été réalisées à l'aide du logiciel NVivo. Les analyses s'appuient sur la théorie de l'autodétermination.

Résultats. D'après nos résultats, les aînés souhaitent avoir accès à des programmes de prescription sociale qui respectent leur capacité à maintenir leur autonomie et leur indépendance; qui favorisent le développement de liens et d'un sentiment d'appartenance; qui sont fondés sur la confiance et l'établissement de relations solides dans les interactions avec les fournisseurs et les agents de liaison communautaires et qui donnent la priorité à la personne, personnalisant ainsi la prescription sociale en fonction des besoins spécifiques de chacun.

Conclusion. Les programmes de prescription sociale doivent être fondés sur les valeurs des aînés. Alors que des travaux sont actuellement en cours pour formaliser et étendre la prescription sociale au Canada, la personnalisation de ces programmes en fonction de la situation, des besoins et des priorités spécifiques des participants devrait être une priorité majeure.

Mots clés : *prescription sociale, recherche qualitative, aînés, déterminants sociaux de la santé, besoins sociaux*

Points saillants

- Les aînés structurellement défavorisés et socialement marginalisés souhaitent avoir accès à des programmes de prescription sociale qui respectent leur autonomie et leur indépendance, renforcent leurs liens sociaux et les aident à retrouver un sentiment d'appartenance à leur collectivité.
- Il est primordial d'établir un lien de confiance et une relation solide avec un agent de liaison ou un fournisseur de soins de santé.
- Chaque aîné est unique et a besoin de ressources et de mesures de soutien personnalisées, en particulier s'il est structurellement marginalisé et socialement défavorisé.
- Pour être efficace, la mise en œuvre de la prescription sociale au Canada doit viser à répondre aux besoins d'autonomie, d'affiliation sociale et de compétence des aînés.

Rattachement des auteurs :

1. Projet GenWell, Toronto (Ontario), Canada
2. Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
4. Institut canadien de prescription sociale de la Croix-Rouge canadienne, Mississauga (Ontario), Canada
5. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
6. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
7. Science of Care Institute, Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute, Science Health System, Toronto (Ontario), Canada
8. Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
9. Institut de recherche Bruyère, Ottawa (Ontario), Canada
10. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Kiffer G. Card, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, 8888, University Drive, Burnaby (Colombie-Britannique) V5A 1S6; courriel : kcard@sfu.ca.

Introduction

La prescription sociale en tant qu'intervention holistique

La prescription sociale est une approche holistique visant à améliorer la santé et le bien-être en répondant aux besoins sociaux non médicaux liés à la santé des participants, tels qu'une mauvaise intégration sociale, l'insécurité en matière de logement et d'alimentation et une mauvaise santé mentale^{1,2}. Pour y arriver, la prescription sociale fournit un cadre formel permettant aux fournisseurs de soins de santé et aux fournisseurs interprofessionnels de la collectivité d'orienter les clients vers des services et du soutien locaux, communautaires et non médicaux aptes à répondre au bien-être, aux intérêts et aux besoins personnels de chaque client par le biais d'une approche centrée sur la personne et fondée sur la collaboration. La prescription sociale crée ainsi une forte intégration entre les soins médicaux et les systèmes de soins communautaires, tout en donnant aux clients les moyens de prendre part à des activités dans leur collectivité et de participer activement à l'amélioration de leur santé³. La mise en œuvre réussie d'un programme de prescription sociale suppose un suivi afin de réduire les obstacles à l'accès et de s'assurer que les mesures de soutien sont appropriées et apportent des bénéfices au client. Une évaluation minutieuse des interventions de prescription sociale est également essentielle pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins des participants⁴⁻⁶.

Historique et adaptation locale des programmes de prescription sociale

L'idée de la prescription sociale a vu le jour et a été mise en œuvre en Angleterre entre le milieu des années 1980 et le début des années 1990 afin d'orienter les patients vers des services locaux non cliniques. Depuis lors, la prescription sociale suscite de l'intérêt dans de nombreux pays⁷. Au Canada, la prescription sociale a également pris de l'ampleur, stimulée par un ensemble croissant de données probantes soulignant l'importance d'aborder les déterminants sociaux de la santé pour assurer la santé et le bien-être en général^{8,9}. La façon dont la prescription sociale est mise en œuvre dépend du contexte et varie d'une administration à l'autre. Ces différences portent sur l'échelle et la portée des services offerts et la manière dont les services sociaux et de santé sont

intégrés⁷. Il est donc important d'identifier les besoins des participants aux programmes locaux lors de la mise à l'échelle des programmes de prescription sociale.

Besoins des aînés en matière de prescription sociale

Bien que l'isolement social et la solitude soient préjudiciables au bien-être et à la santé de toutes les populations, ils constituent un risque particulier, sous-estimé, pour les aînés^{10,11}. Les aînés sont plus susceptibles de présenter des facteurs de risque qui aggravent de manière bidirectionnelle l'isolement social et la solitude, comme une maladie chronique, la perte de membres de la famille et le fait de vivre seul¹². Il est prouvé que l'isolement social est également lié à des risques majeurs pour la santé, notamment un décès prématuré¹³. Les aînés des populations marginalisées et mal desservies sont particulièrement touchés par les effets néfastes de l'isolement social et de la solitude sur leur bien-être général et leur qualité de vie^{12,14}.

Afin de s'assurer que les parcours de prescription sociale, ainsi que les mesures de soutien et les services qu'ils permettent d'offrir aux clients, puissent profiter aux personnes qui ont le plus besoin de ces programmes, il est essentiel de comprendre les priorités des aînés qui subissent des désavantages structurels et une marginalisation sociale, c'est-à-dire les aînés dont les privilèges pourraient être limités dans le système et la structure sociale actuels en raison de leur race, de leur sexe, de leur sexualité, de leur âge, de leur handicap, de leur isolement ou de leur statut socio-économique¹⁵. Compte tenu de la nature centrée sur la personne de la prescription sociale, la participation du client à la conception et à la production (c'est-à-dire la création d'activités de service grâce à une compréhension et à un accord mutuels entre les utilisateurs de services [aînés] et les fournisseurs de services [fournisseurs de soins de santé et fournisseurs de services communautaires]) fait partie intégrante de la viabilité à long terme de la prescription sociale¹⁶.

Selon les travaux de recherche sur le sujet, la prescription sociale est apte à aider les aînés à répondre à leurs besoins en matière de santé et de bien-être^{11,17}. Bhatti et ses collaborateurs ont étudié la façon dont la prescription sociale facilite l'obtention de résultats positifs chez des patients (de 26 à 81 ans) de 11 centres de

santé communautaires de l'Ontario et ils ont pu constater que les patients déclaraient que la prescription sociale répondait à leurs besoins psychologiques d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale¹⁸. Dans leur revue de la littérature, Rothe et Heiss ont conclu qu'il était nécessaire que les agents de liaison jouent un rôle actif et de soutien auprès des personnes ayant des besoins psychosociaux et pour certaines personnes souffrant de maladies physiques ou mentales¹⁹.

En outre, la plupart des études indiquent qu'il est important d'orienter les participants vers des activités qui répondent à leurs préférences personnelles et à leurs besoins identitaires. Wildman et ses collaborateurs ont interviewé des participants (de 40 à 74 ans) vivant dans une zone socio-économiquement défavorisée du nord-est de l'Angleterre²⁰. Bien que les participants aient fait état d'une amélioration de leurs liens sociaux et de la prise en charge de leur état de santé, ils ont également éprouvé des difficultés liées à leur multimorbidité, à leur situation familiale et à des facteurs sociaux, économiques et culturels, ce qui souligne l'importance d'interventions plus complexes en matière de prescription sociale pour les personnes devant faire face à une multitude de désavantages sociaux et à une marginalisation structurelle. Le rôle d'une relation de soutien solide avec un agent de liaison accessible s'est révélé particulièrement important pour les participants à cette étude.

Buts et objectifs de l'étude

Il existe actuellement peu d'études sur les besoins, les attitudes et les croyances en matière de prescription sociale des aînés ayant des parcours variés²¹. La compréhension de ces éléments joue un rôle important lorsqu'il s'agit d'introduire et de promouvoir la prescription sociale au Canada. Notre étude exploratoire a eu pour but d'explorer les besoins et les priorités spécifiques des aînés subissant des désavantages systémiques et une marginalisation sociale. Notre étude a visé plus particulièrement à recueillir des points de vue sur les éléments suivants : 1) les expériences et l'intérêt des aînés à l'égard de la prescription sociale; 2) la mesure dans laquelle les aînés se sentent à l'aise avec leur fournisseur de soins primaires; 3) la mesure dans laquelle les aînés se sentent à l'aise avec d'autres fournisseurs de services communautaires; 4) les qualités qu'ils recherchent chez un agent de

liaison et 5) les obstacles pouvant entraîner leur participation.

Méthodologie

Approbation en matière d'éthique

Les procédures de l'étude ont été approuvées par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Simon Fraser (CER 30001382).

Cadre théorique

Cette étude s'appuie sur la théorie de l'autodétermination, qui avance l'idée que les personnes qui ont la possibilité de décider de leurs actions sont davantage susceptibles d'éprouver un bien-être plus important et une plus grande motivation à l'égard du changement. La théorie postule que l'autodétermination passe par la satisfaction de trois besoins psychologiques : 1) l'autonomie (c'est-à-dire le sentiment de maîtriser ses comportements, ainsi que d'avoir le choix et le pouvoir de prendre des décisions concernant des éléments importants), 2) la compétence (c'est-à-dire la capacité à réaliser efficacement ce que l'on entreprend et à avoir une influence sur les résultats) et 3) l'affiliation sociale (c'est-à-dire les liens sociaux et le sentiment d'appartenance, ainsi que le sentiment d'être compris, pris en charge et apprécié par les autres)²². La théorie de l'autodétermination a déjà été mise en œuvre dans la recherche sur le vieillissement en bonne santé chez les aînés²³ ainsi que pour comprendre et améliorer la prescription sociale^{18,24,25}.

Recrutement des participants et collecte des données

Cette étude qualitative repose sur des groupes de discussion semi-structurés et une

analyse thématique pour explorer les attitudes et les expériences des aînés en matière de prescription sociale. Un groupe de discussion constitue une forme particulière d'entretien qui encourage la discussion entre participants et où l'intervieweur joue le rôle d'animateur chargé de guider cette discussion²⁶. Nous avons organisé des groupes de discussion sur Zoom, chaque séance de discussion durant entre 60 et 90 minutes et rassemblant, outre l'animateur, entre 3 et 7 participants par groupe. Les animateurs (CY, SL) ont suivi, avec des collègues de laboratoire, une formation portant sur la pratique des groupes de discussion qui accorde la priorité à la pratique des compétences d'animation ouverte et à la sensibilisation aux enjeux délicats.

Les questions posées aux groupes de discussion ont été élaborées avec la participation de tous les auteurs et sont présentées dans le tableau 1. Toutes les discussions se sont déroulées en anglais.

Tous les participants ont donné leur consentement éclairé. Les aînés ont été recrutés par le biais d'une enquête en ligne menée précédemment sur les besoins en matière de soins de santé et leur utilisation ainsi que sur les attitudes des personnes de 55 ans et plus résidant au Canada à l'égard de la prescription sociale. La promotion de l'enquête en ligne a été effectuée au moyen de publicités payantes sur Facebook, Instagram, Twitter et Google Ads, ainsi que par le biais des services de soins de santé de première ligne, et tous les participants ont été inscrits à un tirage au sort permettant de gagner 200 \$ canadiens en argent comptant. L'enquête en ligne a présenté aux participants le concept de la prescription sociale et a souligné les

différences importantes dans les résultats en matière de santé et de bien-être général en fonction des caractéristiques individuelles et de l'expérience vécue.

Seuls les aînés ayant subi au moins une des formes suivantes de marginalisation sociale et de désavantage structurel pouvaient participer, la priorité étant accordée à ceux qui en avaient signalé plusieurs formes : un état de santé médiocre ou mauvais; un handicap; l'appartenance à un groupe racisé, le fait d'être nouvel arrivant ou une identité autochtone; le fait de s'identifier comme une personne 2ELGBTQI+ ; un revenu du ménage faible (< 30 000 dollars canadiens par an) et enfin l'isolement social ou le fait d'être confiné à la maison. Il convient de noter que ces facteurs peuvent désavantager et marginaliser les individus à des degrés divers, et que chaque participant à cette étude subissait ou avait subi au moins une forme de désavantage ou de marginalisation.

Après l'invitation par courriel, les participants se sont rencontrés sur Zoom et ont participé aux groupes de discussion semi-structurés sur les expériences et les attitudes à l'égard de la prescription sociale. Avant la discussion, des informations sur la prescription sociale leur ont été présentées pour s'assurer qu'ils comprenaient en quoi consistait l'intervention et ce qu'elle supposait de façon générale. Les données ont été recueillies au moyen des fonctions d'enregistrement vidéo et de transcription audio de Zoom pour les enregistrements dans le nuage. Des inexactitudes mineures dans la transcription ont été corrigées grâce à la vérification manuelle des enregistrements vidéo de ces groupes de discussion.

TABLEAU 1
Questions des groupes de discussion sur les besoins et les priorités des aînés en matière de prescription sociale au Canada

Questions	
1.	Avez-vous déjà fait l'expérience de quelque chose de similaire à la prescription sociale? Par exemple, vos médecins vous ont-ils dirigé vers une ressource ou du soutien pour un besoin social non médical lié à la santé?
2.	Seriez-vous intéressé(e) et disposé(e) à participer à des activités de prescription sociale et à les mener à terme? Quels sont les types d'activités de prescription sociale qui vous intéresseraient le plus?
3.	Dans quelle mesure seriez-vous à l'aise de parler de vos besoins non médicaux et sociaux à votre fournisseur de soins primaires?
4.	Quelle a été votre expérience avec d'autres fournisseurs de services communautaires? Seriez-vous à l'aise de recevoir des prescriptions sociales de la part de fournisseurs de services communautaires autres que votre fournisseur de soins primaires?
5.	Selon vous, quelles sont les qualités d'un bon agent de liaison?
6.	Y a-t-il des obstacles auxquels vous pourriez devoir faire face dans le cadre de votre participation à la prescription sociale?

Analyse des données

L'analyse des données, réalisée à l'aide de la version 11 du logiciel NVivo²⁷, a fait appel à une approche thématique élaborée par Braun et Clarke²⁸ et à l'application de la théorie de l'autodétermination²². Le processus d'analyse thématique a démarré par de multiples lectures des transcriptions afin d'obtenir une compréhension globale des données. Des codes ont été créés sur la base des tendances, des idées et des thèmes qui sont ressortis des données. Ces codes ont ensuite été organisés en thèmes plus généraux au cours de plusieurs cycles de mise en correspondance et de connexion des codes initiaux. Ces thèmes généraux ont ensuite été revus et peaufinés au moyen de processus d'analyse itératifs jusqu'à l'établissement des thèmes définitifs. L'analyse des données a été considérée comme terminée lorsque le point de saturation des thèmes et des données a été atteint. Nous avons sélectionné certaines citations à partir des transcriptions pour mettre en évidence les points essentiels afin de les inclure dans l'analyse.

Résultats

Les caractéristiques sociodémographiques des participants aux groupes de discussion sont présentées dans le tableau 2.

Une analyse thématique des résultats des groupes de discussion semi-structurés a permis de dégager plusieurs thèmes clés : 1) l'importance de prendre en compte le sentiment d'autonomie et d'indépendance des aînés, 2) le sentiment d'affiliation sociale et d'appartenance, la confiance et l'établissement de relations avec les fournisseurs et 3) la spécificité de l'identité personnelle de chaque personne et la manière dont cette identité joue sur ses besoins et ses désirs ainsi que sur les obstacles auxquels elle se heurte en matière de prescription sociale. Ces thèmes sous-tendent notre compréhension des cinq catégories de discussion, à savoir :

- 1) les expériences et l'intérêt des aînés à l'égard de la prescription sociale;
- 2) la mesure dans laquelle les aînés se sentent à l'aise avec leur fournisseur de soins primaires;
- 3) la mesure dans laquelle les aînés se sentent à l'aise avec d'autres fournisseurs de services communautaires;
- 4) les qualités qu'ils recherchent chez un agent de liaison;

TABEAU 2
Caractéristiques sociodémographiques des aînés participant aux groupes de discussion

Caractéristiques sociodémographiques	N	%*
Total	43	100
Âge (ans)		
55 à 59	13	30
60 à 69	20	47
70 à 79	7	16
80 à 89	3	7
Sexe		
Homme	11	26
Femme	32	74
Province		
Colombie-Britannique	12	28
Alberta	4	9
Saskatchewan	2	5
Manitoba	4	9
Ontario	15	35
Québec	3	7
Nouveau-Brunswick	1	2
Nouvelle-Écosse	1	2
Terre-Neuve-et-Labrador	1	2
Origine ethnique		
Groupe racisé	21	48
Autochtone	7	
Asiatique de l'Est	5	
Latino-américain	3	
Moyen-Oriental	3	
Noir africain	1	
Asiatique du Sud	1	
Asiatique du Sud-Est	1	
Blanc	22	51

Collectivité	N	%
Grand centre urbain	18	42
Ville de taille moyenne	3	7
Petite ville	10	23
Zone rurale	12	28
Revenu (\$ CA)		
< 10 000	2	5
10 000 à 19 999	16	37
20 000 à 29 999	5	12
30 000 à 39 999	6	14
40 000 à 49 999	4	9
50 000 à 99 999	5	12
100 000 et plus	3	7
n.d.	2	5
Emploi		
Sans emploi	34	79
Temps plein	2	5
Temps partiel	7	16
Personne vivant seule		
Personne vivant seule	23	54
Personne ne vivant pas seule	20	47
Autonomie		
Autonome	39	91
Ne peut pas quitter son domicile sans assistance	4	9
Handicap		
Tout handicap	38	88
Aucun handicap	5	12

Abréviations : \$ CA, dollar canadien; n.d., non disponible.

* Les chiffres étant arrondis, il se peut que la somme des pourcentages ne soit pas égale à 100 %.

5) les obstacles pouvant entraver leur participation.

Chacune de ces catégories est analysée plus en détail ci-dessous, avec des exemples de citations des participants aux groupes de discussion.

1. Expériences et intérêt des aînés à l'égard de la prescription sociale

Les expériences et l'intérêt des aînés à l'égard de la prescription sociale se sont révélés très variés. Très peu connaissaient la prescription sociale ou en avaient fait l'expérience, que ce soit de manière formelle ou par le biais de pratiques comportant des éléments de prescription sociale.

Les personnes qui connaissaient la prescription sociale ou qui en avaient fait l'expérience avaient souvent entendu parler de mesures de soutien non médicales offertes par le biais de divers fournisseurs, par exemple des médecins ou des agents de santé communautaire, pour des problèmes liés à la santé (par exemple après une intervention chirurgicale), mais aussi en cas de changements et de transitions dans la vie (par exemple la perte d'un conjoint, un divorce) et pour favoriser la santé mentale et réduire le stress en général. Les interventions de prescription sociale relevaient des catégories suivantes : groupes sociaux, santé et bien-être, ressources communautaires et soutien professionnel et financier. Il est à noter que la plupart

des expériences de prescription sociale n'avaient pas été appelées « prescription sociale » mais, de façon plus générale, consistaient en un aiguillage d'une personne vers des ressources ou des mesures de soutien non médicales centrées sur la personne. Ces résultats donnent à penser qu'il est nécessaire de sensibiliser les gens à la prescription sociale et de formaliser le concept de prescription sociale.

La volonté de participer à la prescription sociale variait également beaucoup d'un participant à l'autre. Les personnes qui n'avaient aucun intérêt pour la prescription sociale ont souvent mentionné qu'elles étaient satisfaites de leurs relations interpersonnelles et de leurs groupes d'appartenance actuels (liens familiaux, amis proches et connaissances) et qu'elles préféraient la solitude. Il faut souligner que ces deux points dépendaient de deux facteurs essentiels : ces personnes étaient en bonne santé et autonomes. Les aînés étaient nombreux à indiquer que, si l'un de ces deux facteurs se détériorait, ils envisageraient de recourir à la prescription sociale. Il convient également de noter que l'état de santé et l'autonomie n'étaient pas fortement dépendants de l'âge, dans la mesure où plusieurs octogénaires se percevaient comme ayant une bonne santé physique et cognitive :

Je suis très reconnaissante de ma bonne santé, car je n'ai pas de problèmes de santé majeurs et je suis capable d'être très active physiquement et au sein de la communauté. (femme, 81 ans, résidente d'une petite ville)

Chez les personnes intéressées par la prescription sociale, les catégories d'activités de prescription sociale suscitant l'intérêt étaient la santé holistique, le bien-être et la forme physique, les arts et la culture, l'éducation et le développement personnel, les groupes sociaux et la collectivité ainsi que la nature et les activités de plein air. La diversité des activités de prescription sociale, dont certaines étaient même à l'opposé l'une de l'autre (comme une activité en ligne comparativement à une activité hors de la maison), semble indiquer qu'il faut adopter une approche individualisée et centrée sur la personne. Comme l'a fait remarquer une participante, « chaque personne est unique et ses besoins sont uniques » (femme, 64 ans, résidente d'une zone rurale).

Dans le cas des personnes souhaitant participer à la prescription sociale, un thème dominant est apparu : le désir de rester actif sur le plan physique et mental ainsi que sur le plan social. Ces personnes ont exprimé un grand besoin d'établir des liens sociaux et d'avoir de la compagnie, souvent en raison de l'absence de réseau social ou de liens familiaux. Certaines personnes préféraient entretenir des liens avec des personnes ayant un parcours ou des intérêts similaires, tandis que d'autres souhaitaient avoir des interactions diverses, comme des liens intergénérationnels et la compagnie d'animaux. Leur désir de « renouer avec la vie » est clairement ressorti dans les raisons qui les inciteraient à participer à la prescription sociale :

Oui, je souhaiterais participer et essayer de trouver davantage d'activités favorisant les relations humaines. Nous pouvons mener une vie assez solitaire, et le fait de réintégrer une communauté nous serait bénéfique. (femme, 72 ans, résidente d'une petite ville)

2. Mesure dans laquelle les aînés se sentent à l'aise avec les fournisseurs de soins primaires

Puisque les fournisseurs de soins primaires et les agents de liaison jouent un rôle essentiel dans le processus de prescription sociale, la relation entre les aînés et leurs fournisseurs et agents de liaison est un facteur essentiel à prendre en compte. Nous avons demandé aux aînés dans quelle mesure ils se sentaient à l'aise avec leur fournisseur de soins primaires et quelles étaient les qualités les plus appréciées chez un éventuel agent de liaison. Le degré d'aisance des personnes à discuter avec leurs fournisseurs de soins de santé de leurs besoins sociaux non médicaux liés à la santé était très variable. Dans les groupes de discussion, les participants ont souvent discuté de leur relation générale avec leur fournisseur de soins plutôt que de parler directement de leur degré d'aisance à discuter de leurs besoins sociaux avec leur fournisseur de soins de santé. Cela souligne l'importance de la relation générale entre le client et le fournisseur dans l'élaboration des processus de prescription sociale.

Les aînés qui entretenaient des relations positives ont cité l'attention sincère, la confiance et les bons rapports comme des facteurs essentiels. Leurs fournisseurs de soins de santé ne s'en tenaient pas

uniquement au modèle médical, mais étaient prêts à travailler en dehors de celui-ci, posant des questions sur les émotions et la vie, ce qui fait que les aînés avaient l'impression que leur fournisseur de soins de santé se souciait réellement d'eux et avait de bonnes intentions, comme en témoigne le fait qu'il n'était pas pressé, qu'il écoutait, qu'il assurait un suivi et qu'il était avenant. Il s'agissait de relations de longue date reposant sur une base de confiance :

Je fais confiance à mes médecins. J'ai la chance d'avoir un très bon médecin de famille et un très bon médecin spécialiste de la douleur. Mon médecin spécialiste de la douleur n'a pas peur de sortir du cadre médical, vous savez, il m'a recommandé la pleine conscience, et il est toujours à la recherche de nouvelles idées qui n'exigent pas nécessairement la prise de médicaments. (femme, 69 ans, résidente d'une petite ville)

Les aînés ayant des relations négatives avec leurs fournisseurs de soins de santé ont mentionné que l'absence de ces mêmes facteurs (c'est-à-dire une attention sincère, de la confiance et de bons rapports) avait un effet néfaste sur leur degré d'aisance avec leurs fournisseurs de soins de santé. Leurs fournisseurs de soins de santé ne s'intéressaient souvent qu'à des questions médicales (par exemple le renouvellement des ordonnances), ne tenaient pas compte de préoccupations émotionnelles et ne posaient pas de questions pour déceler des problèmes plus profonds et sous-jacents. Dans ces situations, il n'y avait pas de confiance ou de connexion entre l'aîné et son fournisseur de soins, peut-être parce que ce dernier était trop occupé (par exemple un seul motif de consultation par visite, rendez-vous téléphonique d'abord), ne semblait pas se soucier réellement du problème de santé de l'aîné (a souvent renoncé à essayer de régler le problème, a semblé impersonnel et intimidant, n'a pas assuré de suivi ou a manqué d'empathie) ou s'est montré autoritaire (attitude paternaliste) :

Toutefois, certains panneaux indiquent précisément que les médecins ne peuvent vous aider que pour une seule question par visite et par jour. C'est intimidant. Et puis nous ne nous sentons pas à l'aise de nous imposer lorsque nous ne sommes pas autorisés à le faire. (femme, 58 ans, résidente d'une petite ville)

Même parmi les personnes ayant des relations positives, certaines ne se sentaient pas à l'aise de parler de leurs besoins sociaux parce qu'il s'agissait d'un sujet peu habituel dans le contexte des soins de santé. Ce constat donne à penser qu'il est nécessaire de normaliser ces conversations. Comme l'a fait remarquer une participante, « je vois un médecin traitant à la clinique et je le considère comme mon médecin; mais il est également soumis à des contraintes de temps et il a un horaire surchargé. Donc, il ne m'interroge pas à ce sujet, et je ne lui dis rien » (femme, 55 ans, résidente d'un grand centre urbain).

Dans le cas d'autres aînés, des facteurs externes ont également influé sur leurs relations avec leur fournisseur de soins de santé, comme le fait de ne pas avoir de fournisseur de soins primaires du tout, d'avoir un fournisseur effectuant des consultations entièrement à distance et n'étant donc pas au courant des ressources et du soutien à l'échelle locale ou encore de n'avoir établi une relation avec ce fournisseur que récemment. Les aînés ayant noué une relation avec un nouveau fournisseur de soins ont souvent indiqué qu'ils avaient entretenu une relation de longue date avec leur ancien fournisseur de soins, qui avait pris sa retraite, et qu'ils avaient besoin de plus de temps pour établir une relation de confiance.

Quant aux personnes vivant en milieu rural, elles ont fait état soit de relations positives parce que leur fournisseur était avenant et impliqué dans leur collectivité, soit de relations négatives parce que leur fournisseur exerçait dans leur ville dans le cadre d'un contrat à court terme (par exemple deux ans) : « Le taux de roulement des médecins est si élevé [dans des milieux ruraux] que j'ai l'impression que dans deux ans, j'aurai encore un nouveau médecin. Je devrai alors bâtir une relation totalement nouvelle » (femme, 61 ans, résidente d'une petite ville).

Certaines personnes estimaient que la prescription sociale ne faisait pas partie du cadre du système médical, étant donné que les fournisseurs de soins de santé et le système médical étaient déjà surchargés, mais aussi parce que ce n'était pas leur domaine d'expertise.

Ces résultats semblent indiquer qu'il est essentiel qu'une relation positive et solide soit établie entre les aînés et les fournisseurs

avant même que des questions de prescription sociale puissent être abordées. En l'absence de relation positive, le fait d'aborder des sujets nouveaux et peu familiers comme la solitude, plutôt que des sujets purement médicaux, risque de ne pas conduire aux résultats souhaités.

3. Mesure dans laquelle les aînés se sentent à l'aise avec des fournisseurs de services communautaires

Les aînés étaient généralement plus à l'aise de discuter de leurs besoins sociaux non médicaux liés à la santé avec des fournisseurs de services communautaires plutôt qu'avec leurs fournisseurs de soins primaires. Le degré d'aisance dépendait de l'expérience personnelle et variait en fonction du type de fournisseur (par exemple travailleurs communautaires en santé mentale, travailleurs sociaux). Les principales raisons expliquant l'aisance étaient l'expérience personnelle, la confiance et la familiarité, l'accessibilité et la disponibilité, ainsi que la perception de l'intégration au sein de la collectivité.

Des préoccupations ont été exprimées quant au professionnalisme et à l'expertise de ces fournisseurs de services communautaires, compte tenu de la diversité des formations et des antécédents professionnels de ces éventuels fournisseurs de services de prescription sociale. Certains participants ont indiqué préférer que tous les fournisseurs de services communautaires reçoivent une formation officielle ou une accréditation particulière en matière de prescription sociale et que les fournisseurs de services communautaires aient une compréhension claire des limites de leur pratique, de leur champ d'activité et des restrictions applicables : « Le fait de consulter des fournisseurs de services communautaires ne me pose aucun problème, à condition qu'ils aient un certain niveau de formation ou d'expérience leur permettant de répondre à mes besoins particuliers » (femme, 58 ans, résidente d'un grand centre urbain).

En outre, certains participants des zones rurales n'avaient pas eu à consulter souvent de fournisseurs de services communautaires puisque les ressources locales et les fournisseurs vers lesquels ils auraient pu être dirigés étaient peu nombreux dans leur collectivité rurale.

4. Qualités des agents de liaison

Par rapport aux thèmes concernant l'intérêt pour la prescription sociale et les

relations avec les fournisseurs, les qualités essentielles recherchées chez un agent de liaison sont ressorties plus clairement. Dans toutes les discussions, les qualités essentielles d'un agent de liaison, à savoir l'attention, l'empathie et les bonnes compétences en matière de communication, ont émergé. Les participants souhaitaient interagir avec un agent de liaison ne portant pas de jugement sur leurs préoccupations, ouvert d'esprit et s'intéressant réellement à eux. Cette empathie pouvait se manifester chez un agent de liaison par l'amabilité, une curiosité sincère, une écoute attentive, des questions judicieuses et la participation à la conversation :

Je veux être entendue. Je veux être écoutée. J'ai besoin que la personne vérifie si elle a bien compris en cours de route, car j'ai beaucoup plus de respect pour une personne qui dit : « Donc, si je vous comprends bien, vous dites que [...] ». Je veux avoir un échange véritable et constructif qui me permettra de savoir que cette personne a été réceptive à ma situation. Je peux alors me détendre et être reconnaissante en me disant : « Je peux enfin compter sur quelqu'un qui m'écoute! ». (femme, 59 ans, résidente d'une petite ville)

L'empathie et la créativité, ainsi que la connaissance de la prescription sociale et des ressources d'aiguillage et de soutien se sont révélés également des critères clés. Les participants souhaitaient que l'agent de liaison soit en mesure de sortir des sentiers battus, d'aller au-delà d'une grille ou d'une ligne directrice établie et de prendre en compte leurs besoins spécifiques. Ils souhaitaient également que l'agent de liaison soit très proche de la collectivité locale, qu'il fasse preuve de compétence et d'ingéniosité et qu'il soit capable de comprendre les divers besoins des aînés. Idéalement, l'agent de liaison devrait également être un expert dans le domaine et posséder une formation et des compétences professionnelles lui permettant d'exercer cette fonction avec sérieux :

L'agent de liaison doit avoir une compréhension globale de la collectivité dans laquelle il travaille... qui n'est parfois pas la collectivité dans laquelle il vit. Il doit avoir reçu une formation qui lui permettra de communiquer ces renseignements sans porter de jugement, en faisant preuve d'une grande ouverture d'esprit et d'une

grande sensibilité. Il doit également avoir une formation et de l'éthique. (femme, 66 ans, résidente d'une zone rurale)

Les participants aux groupes de discussion étaient d'avis que l'accessibilité et la disponibilité étaient des qualités essentielles chez un agent de liaison. Les participants ont indiqué qu'ils souhaitaient pouvoir compter sur un agent de liaison facilement joignable (c'est-à-dire qui répond aux appels ou aux courriels), avec qui il est possible de prendre rendez-vous rapidement (sans devoir attendre plusieurs semaines ou mois) et qui offre un suivi et une relation à long terme. Les participants ont indiqué qu'ils ne voulaient pas devoir raconter de nouveau leur histoire et rencontrer un nouvel intervenant à chaque rendez-vous, et qu'ils préféraient établir une relation de longue durée avec un agent de liaison ou une équipe stable d'agents de liaison.

La plupart des gens ne veulent pas attendre une semaine et demie ou six semaines pour obtenir un rendez-vous avec un agent de liaison. Si quelqu'un pouvait nous rappeler dans la journée, puis organiser un rendez-vous plus long ou un séjour plus long et, voyez-vous, mieux nous servir d'une manière ou d'une autre. Sans la disponibilité, on n'a aucun service. Vous manquez à vos obligations si vous faites attendre les gens trop longtemps. (femme, 70 ans, résidente d'une petite ville)

Enfin, les participants ont déclaré qu'il était essentiel que les agents de liaison privilégient une approche centrée sur la personne. Les participants ont indiqué qu'ils souhaitaient que l'agent de liaison soit prêt à essayer de comprendre l'ensemble des circonstances de leur vie, à comprendre comment ils ont pu en arriver là et quels sont les besoins spécifiques susceptibles d'en découler. Ils souhaitaient que l'agent de liaison respecte également leur dignité et leur autonomie en matière de prise de décisions personnelles. Ils ne voulaient pas que quelqu'un leur dise ce qu'ils devraient faire ou tire des conclusions à leur sujet sans d'abord essayer de les comprendre. Logiquement, un agent de liaison qui privilégie une approche centrée sur la personne s'efforcera également de donner la priorité à des soins individualisés.

Il faut comprendre que l'agent de liaison est là pour nous aider, pas pour nous sauver ni pour nous secourir. J'ai besoin qu'on me présente des options et d'être libre de décider de la suite des choses. Et ce n'est pas un échec pour moi ni pour eux si je n'aime pas ce qui m'est proposé. (homme, 64 ans, résident d'un grand centre urbain)

Certaines personnes ont indiqué qu'elles préféreraient s'adresser à une personne ayant des expériences de vie similaires, en particulier une personne d'âge similaire. D'autres, en revanche, se disaient satisfaites d'un agent de liaison faisant preuve de compréhension, quel que soit son âge ou son expérience de la vie. Comme l'a déclaré une participante, « je ne pense pas qu'il s'agisse d'un poste de débutant. Je pense que cela exige une certaine profondeur » (femme, 64 ans, résidente d'une zone rurale).

5. Obstacles à la participation

Les principaux obstacles à la participation à la prescription sociale étaient le transport, l'accessibilité et les contraintes financières. L'absence d'un réseau de transport public fiable, les problèmes associés au fait de conduire, les longs trajets et une mobilité réduite ont été cités comme obstacles à l'accès aux services de prescription sociale, sans parler du rendez-vous initial : « Je ne peux pas aller très loin, car je me déplace à pied. C'est un obstacle énorme pour moi. Le simple fait de me rendre à un rendez-vous chez le médecin est une expérience difficile, parce que je dois organiser mes déplacements et ce genre de choses » (femme, 66 ans, résidente d'une zone rurale). Beaucoup de retraités ont constaté que le coût de nombreuses activités suscitant leur intérêt risquait de limiter leur participation, même si elles étaient subventionnées.

La disponibilité des services, en particulier dans les zones rurales, constitue un obstacle externe évident :

Il n'y a pas grand-chose ici. Là où j'habite et dans d'autres régions en dehors des zones urbaines, les programmes sont en quelque sorte négligés, parce qu'il n'est pas possible de les mettre en œuvre, étant donné que la population n'est pas assez nombreuse. (femme, 69 ans, résidente d'une petite ville)

Les barrières linguistiques pour les personnes dont l'anglais n'est pas la langue maternelle ou qui s'appuient davantage sur des styles de communication non verbale (comme les personnes atteintes de démence) ont également été évoquées.

Les aînés s'inquiètent du manque de continuité des soins dans les programmes de prescription sociale. Ils ont souligné l'importance de faire en sorte que les fournisseurs de soins soient joignables, disponibles pour un suivi et accessibles, et que la prescription sociale soit fournie d'une manière qui soit aussi utile et fiable que possible :

Lorsqu'une personne tend la main et demande de l'aide, il faut l'aider pendant qu'elle est prête à se donner une chance. Sur-le-champ. Il ne faut pas attendre, car c'est peut-être la seule fois où elle vous demandera de l'aide. Si vous n'agissez pas sans tarder, vous risquez de la perdre. (femme, 65 ans, résidente d'une petite ville)

Les critères rigides d'admissibilité à certains programmes et services constituent un autre obstacle à la participation. Par exemple, certains seuils établis en fonction de l'âge ne permettent pas de répondre aux besoins réels et limitent la capacité des aînés à accéder aux services.

Les participants ayant des problèmes de santé ou un handicap ont éprouvé des difficultés en raison de tous les obstacles susmentionnés. Cependant, certaines personnes gravement handicapées ont souvent cité des obstacles précis, comme l'atteinte à leur dignité que représente le fait de demander continuellement de l'aide, et la nécessité pour les fournisseurs de comprendre et d'être sensibles aux changements quotidiens spécifiques dans la capacité de ces personnes à s'acquitter même des activités les plus simples.

Il y a des événements auxquels j'aimerais participer, mais je ne peux pas me le permettre. Et j'ai cessé de demander des dérogations parce que c'est trop difficile et trop embarrassant. Vous permettez en quelque sorte à quelqu'un d'exercer un contrôle sur ce que vous voulez faire. C'est comme si vous demandiez la permission et ce n'est pas un sentiment agréable. (homme, 58 ans, résident d'une petite ville)

D'autres obstacles internes, notamment l'isolement vécu et le sentiment d'anxiété sociale qui en découle, ont également été évoqués comme d'énormes obstacles qui ont empêché les personnes de rechercher des options de prescription sociale, même si elles savaient que la prescription sociale pouvait les aider. Par exemple, le fait de se sentir gêné et « différent » parce qu'on a besoin de services de prescription sociale peut constituer un obstacle important. Comme l'a exprimé une participante, « il peut être difficile de demander de l'aide si votre problème est gênant ou n'est pas accepté par la société » (femme, 61 ans, résidente d'une zone rurale).

La stigmatisation vécue par les participants et l'âgisme de la part des fournisseurs et des agents de liaison dans le processus de prescription sociale ont également été mentionnés comme des obstacles. Certains participants ont l'impression que les fournisseurs de soins les ont, dans leur esprit, catégorisés ou intégrés dans un modèle, et que les fournisseurs ont manqué des occasions de tisser des liens avec eux et de comprendre véritablement leurs expériences de vie, leurs besoins et leurs désirs :

Mon expérience avec mon médecin est qu'elle est jeune et qu'elle fait des suppositions sur la personne que je suis en raison de mon âge, mais elle se trompe complètement. Elle me considère comme une vieille dame. Et c'est le cas. Mais je ne me résume pas à cela. Et je pense que, les jeunes, c'est tout ce qu'ils voient. Ils voient mes cheveux blancs et font des suppositions sur qui je suis et ce que je pourrais aimer. Je veux pouvoir compter sur quelqu'un qui comprenne mes intérêts, mes capacités, et qui ne met pas tous les aînés dans le même panier simplement parce que nous sommes tous des aînés. (femme, 81 ans, résidente d'une petite ville)

Enfin, les participants ont souligné qu'ils doivent constamment défendre leurs intérêts, ce qui a permis de mettre en évidence deux préoccupations majeures : 1) les personnes incapables de défendre leurs intérêts risquent d'être négligées et oubliées et 2) pour ceux qui sont en mesure de faire, le fait de devoir constamment défendre ses intérêts peut être épuisant :

Les personnes les plus patientes sont les plus susceptibles de passer entre les mailles du filet, car ce sont les plus discrètes et les plus timides; je ne sais pas ce que le système de prescription sociale va permettre d'accomplir, mais nous devons surmonter la réticence de ces personnes parce qu'elles ne se sentent tout simplement pas à l'aise de parler à des étrangers ou d'accabler les gens avec leurs problèmes personnels. (homme, 78 ans, résident d'une zone rurale)

Analyse

Notre étude a évalué les besoins et les priorités en matière de prescription sociale des aînés canadiens socialement marginalisés et structurellement défavorisés. Dix groupes de discussion ont été organisés, comptant de 3 à 7 participants chacun, pour un total de 43 participants. L'objectif général de ces groupes de discussion était de connaître l'expérience des aînés en matière de prescription sociale, leur volonté de participer à différentes activités de prescription sociale et leur intérêt à cet égard, leur degré d'aisance à parler de leurs besoins sociaux à un fournisseur de soins primaires ou à des fournisseurs de services communautaires, les qualités qu'ils souhaiteraient trouver chez un agent de liaison, ainsi que les obstacles, réels ou perçus, auxquels ils risquaient de se heurter et qui les empêcheraient de participer au programme de prescription sociale.

Même si certains participants avaient entendu parler de la prescription sociale, beaucoup ne connaissaient pas ce terme, ce qui indique qu'on peut accroître la sensibilisation à la prescription sociale. Nos constatations concordent avec celles de recherches similaires indiquant la nécessité de promouvoir la sensibilisation à la prescription sociale. Par exemple, s'il y a peu de recherches sur la sensibilisation du public à la prescription sociale au Canada, les recherches menées en Angleterre semblent indiquer que le public a une connaissance limitée de la prescription sociale et montrent l'importance de la sensibilisation pour que soit adoptée la prescription sociale : si les gens ne savent pas ce que c'est, il est très peu probable qu'ils y participent²⁹.

Lorsqu'on a demandé aux participants s'ils se sentaient à l'aise de discuter de leurs besoins sociaux avec leur fournisseur de soins de santé, les discussions ont dévié

vers la relation générale qu'ils entretenaient avec leur fournisseur, ce qui témoigne de l'importance des relations entre le client et le fournisseur pour assurer l'efficacité de la prescription sociale. Même chez les aînés qui estimaient avoir une relation positive avec leur fournisseur de soins de santé, les besoins sociaux étaient encore perçus comme un sujet de discussion inconfortable et peu familier, ce qui donne à penser qu'il est nécessaire de normaliser ce type de conversation. Cette constatation indique en outre que la tenue d'une conversation fructueuse sur la solitude, plutôt que sur des sujets purement médicaux, dépend fortement de la relation personnelle qu'une personne entretient avec son fournisseur de soins de santé et de la sensibilisation de la société à ce concept en général. Nos résultats sont conformes à ceux d'une revue systématique récente, qui a révélé que l'un des principaux facteurs de mise en œuvre permettant d'assurer le succès de la prescription sociale chez les aînés était les relations que ceux-ci entretiennent avec leurs fournisseurs de soins de santé et les agents de liaison. Les chercheurs de cette revue systématique ont constaté que les aînés qui se sentaient rassurés, encouragés et réconfortés par leur fournisseur de soins de santé ou leur agent de liaison tout au long du processus étaient plus susceptibles d'avoir des expériences et des résultats positifs dans le cadre de la prescription sociale¹⁷.

En outre, divers types d'obstacles et de différences sur le plan de l'identité personnelle susceptibles de favoriser ou d'entraver la participation ont été mentionnés, ce qui souligne l'importance d'une approche de la prescription sociale centrée sur la personne. Une solution à envisager pour limiter les répercussions des obstacles auxquels les aînés peuvent se heurter est de continuer à donner la priorité à un élément fondamental du programme, soit la conception conjointe de la prescription sociale¹⁶. Pour ce faire, on peut tenir compte des opinions des aînés à chaque étape de l'élaboration du cadre de la prescription sociale au Canada, et concevoir conjointement chaque prescription sociale individuelle pour l'adapter aux besoins et aux priorités spécifiques de chaque client.

Les trois thèmes de la théorie de l'autodétermination qui sous-tendent ces sujets (autonomie, affiliation sociale et compétence) se sont révélés importants pour comprendre la raison d'être des sentiments et

des opinions des aînés. Premièrement, il était important pour eux que leur autonomie soit respectée, notamment par le biais d'interactions avec leurs fournisseurs de soins primaires lors de la prise de décision. Deuxièmement, les participants souhaitaient vivement acquérir un sentiment d'affiliation sociale (c'est-à-dire des liens sociaux et un sentiment d'appartenance) vis-à-vis de leur collectivité, mais aussi avec les fournisseurs de soins et les agents de liaison qui font partie du parcours de prescription sociale, par le biais d'un lien de confiance et d'une attention et une empathie sincères. Troisièmement, les aînés voulaient avoir un sentiment de compétence et d'influence sur les programmes de prescription sociale auxquels ils participeraient, sur les résultats qu'ils obtiendraient et sur ce que la prescription sociale pourrait leur offrir.

Notre étude contribue au champ de la prescription sociale en présentant les points de vue d'aînés canadiens ayant des circonstances de vie variées, structurellement défavorisés et socialement marginalisés. De futurs groupes de discussion pourront explorer plus en profondeur les valeurs ayant émergé dans cette étude et la manière dont on peut adapter la prescription sociale aux besoins personnalisés de chaque individu.

Points forts et limites

Notre étude comportait plusieurs points forts. Tout d'abord, l'utilisation de groupes de discussion qualitatifs a permis d'étudier et d'explorer en profondeur les expériences et les perspectives des participants, ce que les données quantitatives ne permettent généralement pas de faire. L'utilisation de groupes a permis d'inclure de multiples perspectives, ce qui a contribué à la richesse des discussions. La nature semi-structurée de ces groupes de discussion a offert la souplesse et l'adaptabilité nécessaires pour permettre aux participants de contribuer à l'orientation de la discussion, en tant qu'experts de leurs propres expériences. Ainsi, il a été possible d'explorer des thèmes émergents, comme la nécessité d'être proactif, à mesure qu'ils étaient soulevés par les participants. Enfin, une plateforme en ligne a permis de contacter des participants de l'ensemble du Canada (que ce soit en zone rurale ou urbaine) ainsi que des personnes ayant des problèmes de mobilité et ne pouvant pas assister à une séance en personne. Cela a permis d'obtenir un

échantillon diversifié et géographiquement représentatif.

Cependant, notre étude comportait aussi plusieurs limites. Premièrement, bien que nous nous soyons efforcés d'obtenir un échantillon diversifié, nous nous sommes appuyés sur une méthode de recrutement en ligne non représentative et volontaire qui peut avoir introduit des biais dans notre échantillon. Deuxièmement, bien que nous ayons cherché à être inclusifs, certains participants n'ont peut-être pas pu participer en raison de l'utilisation d'une plateforme en ligne, tous les aînés n'étant pas forcément à l'aise d'utiliser ces plate-formes³⁰. Troisièmement, il n'a pas été possible d'isoler des thèmes propres à des groupes sociodémographiques précis, étant donné que chaque groupe de discussion était constitué d'un mélange de participants ayant des expériences multiples.

Cependant, des groupes de discussion supplémentaires ont été organisés pour les groupes minoritaires uniquement, afin de relever d'éventuelles attitudes et réflexions des minorités à l'égard de la prescription sociale. Ces entretiens supplémentaires ont montré que les thèmes et commentaires sous-jacents étaient les mêmes dans tous les groupes, ce qui a permis d'attirer l'attention sur quelques considérations supplémentaires : la nécessité pour les fournisseurs et les agents de liaison d'avoir des compétences culturelles; les obstacles propres aux nouveaux arrivants, en particulier la langue, pour tisser des liens et communiquer et enfin les connaissances sur les ressources disponibles pour les nouveaux arrivants au Canada.

Dans le cadre de recherches futures, des groupes de discussion composés de personnes représentant des groupes sociodémographiques précis (personnes ayant des problèmes de mobilité, Autochtones, personnes à faible revenu, etc.) pourraient permettre d'approfondir les différents thèmes, ce qui n'a pas été possible dans cette étude en raison de sa nature et des ressources disponibles.

Conclusion

L'objectif de notre étude était d'explorer les perceptions que les aînés structurellement défavorisés et socialement marginalisés peuvent avoir à l'égard des pratiques de prescription sociale intégrant la santé, les soins sociaux et le bien-être, et ce qu'ils attendent de ces processus. Les

aînés qui ont participé à nos groupes de discussion ont laissé entendre qu'ils risquaient de rencontrer un large éventail d'obstacles potentiels en matière d'accès aux services sociaux et de dialogue avec leurs fournisseurs. Ils ont fait part de leur intérêt pour la prescription sociale, soulignant l'importance d'une approche centrée sur la personne pour ce type de programme. De plus, il est essentiel, pour répondre aux besoins et aux priorités des aînés, que les programmes de prescription sociale donnent la priorité au renforcement des sentiments d'autonomie, d'affiliation sociale et de compétence de ces derniers. Nous suggérons que les concepteurs de programmes de prescription sociale donnent la priorité à la participation des clients lors de la conception et de l'élaboration des programmes de prescription sociale afin de s'assurer que ces programmes répondent aux besoins de la population spécifique à laquelle ils sont destinés.

Remerciements

Cette étude a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada et la Croix-Rouge canadienne. KGC bénéficie d'une bourse de chercheur de la fondation Michael Smith Health Research BC.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

SA, KM et KGC sont les rédacteurs invités de ce numéro spécial et, par conséquent, se sont retirés du processus d'évaluation de cet article.

Contribution des auteurs et avis

CY : conception, méthodologie, curation des données, analyse formelle, administration du projet, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

SL : curation des données, administration du projet, relectures et révisions.

KGC : conception, méthodologie, acquisition du financement, supervision, relectures et révisions.

SB, PH, SH, KM, MN, MS, VW : conception, méthodologie, relectures et révisions.

SA : relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022;7(5):e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
2. Savage RD, Stall NM, Rochon PA. Looking before we leap: building the evidence for social prescribing for lonely older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(2):429-431. <https://doi.org/10.1111/jgs.16251>
3. Napierala H, Krüger K, Kuschick D, Heintze C, Herrmann WJ, Holzinger F. Social prescribing: systematic review of the effectiveness of psychosocial community referral interventions in primary care. *Int J Integr Care*. 2022;22(3):11. <https://doi.org/10.5334/ijic.6472>
4. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. A toolkit on how to implement social prescribing [Internet]. Manila (PH): WHO Regional Office for the Western Pacific; 2022 [consultation le 22 mai 2023]. En ligne à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354456>
5. Kimberlee R. What is social prescribing? *Adv Soc Sci Res J*. 2015;2(1). <https://doi.org/10.14738/assrj.21.808>
6. Husk K, Blockley K, Lovell R, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(2):309-324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>
7. Scarpetti G, Shadowen H, Williams GA, et al. A comparison of social prescribing approaches across twelve high-income countries. *Health Policy*. 2024;104992. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104992>
8. Nowak DA, Mulligan K. Social prescribing: a call to action. *Can Fam Physician*. 2021;67(2):88-91. <https://doi.org/10.46747/cfp.670288>
9. Mulligan K, Hsiung S, Bloch G, et al. Social prescribing in Canada: a tool for integrating health and social care for underserved communities. *Healthc Q*. 2023;25(4):17-22. <https://doi.org/10.12927/hcq.2023.27022>
10. Clements-Cortés A, Yip J. Social prescribing for an aging population. *Act Adapt Aging*. 2019;44:327-340. <https://doi.org/10.1080/01924788.2019.1692467>
11. Hamilton-West K, Milne A, Hotham S. New horizons in supporting older people's health and wellbeing: is social prescribing a way forward? *Age Ageing*. 2020;49(3):319-326. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa016>
12. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020. <https://doi.org/10.17226/25663>
13. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2013;110(15):5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
14. Pinquart M, Sorensen S. Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Appl Soc Psychol*. 2010;23(4):245-266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2
15. Thompson TL. Handbook of health communication. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2003. 753 p.
16. Thomas G, Lynch M, Spencer LH. A systematic review to examine the evidence in developing social prescribing interventions that apply a co-productive, co-designed approach to improve well-being outcomes in a community setting. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):3896. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083896>
17. Grover S, Sandhu P, Nijjar GS, et al. Older adults and social prescribing experience, outcomes, and processes: a meta-aggregation systematic review. *Public Health*. 2023;218:197-207. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.02.016>
18. Bhatti S, Rayner J, Pinto AD, Mulligan K, Cole DC. Using self-determination theory to understand the social prescribing process: a qualitative study. *BJGP Open*. 2021;5(2):BJGPO.2020.0153. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2020.0153>
19. Rothe D, Heiss R. Link workers, activities and target groups in social prescribing: a literature review. *J Integr Care*. 2022;30(5):1-11. <https://doi.org/10.1108/JICA-09-2021-0047>
20. Wildman JM, Moffatt S, Steer M, Laing K, Penn L, O'Brien N. Service-users' perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study. *BMC Public Health*. 2019;191:98. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6349-x>
21. Percival A, Newton C, Mulligan K, Petrella RJ, Ashe MC. Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here? *Fam Med Community Health*. 2022;10(Suppl 1):e001829. <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001829>
22. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55(1):68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
23. Ng B, Ho G, editors. Self-determination theory and healthy aging: comparative contexts on physical and mental well-being [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2020. 245 p.
24. Hanlon P, Gray CM, Chng NR, Mercer SW. Does self-determination theory help explain the impact of social prescribing? A qualitative analysis of patients' experiences of the Glasgow 'Deep-End' Community Links Worker Intervention. *Chronic Illn*. 2021;17(3):173-188. <https://doi.org/10.1177/1742395319845427>
25. Evers S, Husk K, Napierala H, Wendt L, Gerhardus A. Theories used to develop or evaluate social prescribing in studies: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):140. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10563-6>

-
26. Gill P, Baillie J. Interviews and focus groups in qualitative research: an update for the digital age. *Br Dent J.* 2018;225:668-672. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.815>
 27. QSR International Pty Ltd. NVivo [Internet]. 2015. En ligne à : <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
 28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
 29. Khan K, Ward F, Halliday E, Holt V. Public perspectives of social prescribing. *J Public Health.* 2022;44(2):e227-e233. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab067>
 30. Friemel TN. The digital divide has grown old: determinants of a digital divide among seniors. *New Media Soc.* 2016;18(2):313-331. <https://doi.org/10.1177/1461444814538648>

Recherche originale par méthodes mixtes

Renforcer les capacités des aînés et de la collectivité : résultats d'une évaluation de l'élaboration des programmes de prescription sociale conçus par Centraide Colombie-Britannique à l'intention des aînés

Laura Kadowaki, Ph. D. (1); Bobbi Symes, M.A. (1); Kahir Lalji, M.A. (1); Grace Park, M.D. (2); Wynona Giannasi, M.A.P., éval. a. (3); Jennifer Hystad, M. Sc., éval. a. (3); Elayne McIvor, M.S.P., éval. a. (4)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Article de recherche par Kadowaki L et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)

Résumé

Introduction. Les aînés ayant des besoins accrus sont des candidats idéaux pour les interventions de prescription sociale, compte tenu de la nature complexe et intersectorielle de leurs besoins. Cet article présente les résultats d'une évaluation de l'élaboration de 19 programmes de prescription sociale destinés aux aînés à risque de fragilité.

Méthodologie. Nous avons effectué une évaluation des programmes pour la période 2020-2023. Nous avons utilisé les données de trois composantes de l'évaluation : 1) les données de l'évaluation initiale, recueillies en 2020 et en 2021, 2) les profils des programmes élaborés en 2022 et 3) les séances de cocréation tenues en 2023.

Résultats. De leur lancement jusqu'au mois de mars 2023, les programmes ont servi 2 544 aînés. Les agents de liaison communautaire ont cerné les facteurs au niveau individuel, au niveau interpersonnel, au niveau des établissements, au niveau de la collectivité et au niveau des politiques qui ont contribué à la mise en œuvre et à la prestation de leurs programmes (médecins champions, communautés de pratique, solides relations préexistantes avec le système de santé, etc.), de même que les difficultés qui ont été rencontrées (capacité limitée des médecins de famille, manque de ressources communautaires, etc.). Les agents de liaison communautaire ont convenu qu'un programme de prescription sociale efficace devrait comprendre les éléments essentiels suivants : 1) établir des liens avec les ressources communautaires nécessaires, 2) prévoir la cocréation d'un plan de mieux-être avec les clients ayant besoin d'un soutien de longue durée ou intensif, 3) assurer un suivi et des vérifications de façon continue dans le cas des clients ayant des plans de mieux-être et 4) prévoir un processus d'évaluation et de triage pour la priorisation des clients.

Conclusion. Pour tirer pleinement parti des possibilités offertes par les interventions de prescription sociale, il est essentiel que les programmes mobilisent un éventail de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux, que les agents de liaison communautaire soient qualifiés et bien appuyés et que des investissements adéquats soient faits dans le secteur des organismes à but non lucratif et du bénévolat.

Mots clés : *prescription sociale, aînés, évaluation, vieillissement en santé*

Rattachement des auteurs :

1. Centraide Colombie-Britannique, Burnaby (Colombie-Britannique), Canada
2. Fraser Health, Surrey (Colombie-Britannique), Canada
3. Howegroup, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
4. Catalyst Consulting, North Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Laura Kadowaki, 4543, Canada Way, Burnaby (C.-B.) V5G 4T4; tél. : 604-961-7425; courriel : laurak@uwbc.ca



Points saillants

- À partir d'une évaluation de l'élaboration de 19 programmes de prescription sociale destinés aux aînés, nous faisons le point sur les composantes essentielles de ces programmes ainsi que sur les éléments facilitateurs et les défis liés à leur mise en œuvre et à leur prestation.
- Le principal défi signalé par les responsables des programmes a été la mobilisation des médecins de famille, ce qui laisse entendre qu'il serait utile pour les programmes que l'on puisse compter sur des médecins champions et que l'on mobilise un plus large éventail de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux pour aiguiller les clients vers les services adaptés.
- Le poste d'agent de liaison communautaire s'est révélé essentiel au succès des interventions de prescription sociale.
- Un secteur des organismes à but non lucratif et du bénévolat solide est nécessaire pour qu'il soit possible de tirer pleinement parti des possibilités offertes par les interventions de prescription sociale.

Introduction

La prescription sociale est une intervention de promotion de la santé conçue pour mettre les individus en contact avec des ressources communautaires afin de répondre à leurs besoins non médicaux. La prescription sociale est considérée comme ayant vu le jour au Royaume-Uni. Aujourd'hui, on trouve des programmes de prescription sociale en Europe, en Asie, en Amérique du Nord et en Australie¹. La prescription sociale s'appuie sur les tendances et les priorités mondiales actuelles en matière de santé, notamment les soins intégrés et la coordination des soins, les soins axés sur la personne, la conception et la production conjointes, les approches fondées sur les forces, le développement communautaire fondé sur les ressources, la promotion de la santé, la théorie de l'auto-détermination et le « quadruple objectif »¹.

Les interventions de prescription sociale se réalisent généralement selon deux modes : 1) aiguillage direct du client par un fournisseur de soins primaires vers les ressources communautaires nécessaires (programmes artistiques, exercice, nature, etc.) ou 2) aiguillage du client vers un agent de liaison communautaire, qui travaille avec celui-ci à cerner ses besoins et à les combler². Nous utilisons le terme « agent de liaison communautaire » tout au long de cet article parce qu'il s'agit de la terminologie utilisée en Colombie-Britannique (*community connector*), mais ces personnes sont aussi communément appelées « travailleurs de liaison » (*link workers*) ou « navigateurs » (*navigators*).

Lorsqu'elles font intervenir un agent de liaison communautaire, les interventions de prescription sociale comportent habituellement trois étapes : 1) un fournisseur de soins primaires adresse le client à un agent de liaison communautaire; 2) l'agent de liaison communautaire travaille avec le client pour cerner ses besoins puis le dirige vers les ressources communautaires appropriées; 3) le client se prévaut de nouvelles ressources ou activités communautaires³. Selon les modèles de prescription sociale habituels, ce sont les fournisseurs de soins primaires qui aiguillent les clients vers des agents de liaison communautaire; toutefois, selon certains nouveaux modèles, l'aiguillage se fait par un large éventail de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux^{3,4}.

Les aînés qui ont des besoins accrus en matière de soins, comme ceux qui souffrent de fragilité, de maladies chroniques multiples, de solitude ou d'une mauvaise alimentation, sont des candidats idéaux pour des interventions de prescription sociale, compte tenu de la nature souvent complexe et intersectorielle de leurs besoins. Au Canada, on estime que plus de la moitié des aînés seraient en situation de fragilité (22 %) ou de préfragilité (32 %) ⁵. Par ailleurs, environ une personne âgée sur cinq souffrirait d'un manque de soutien social⁶. Enfin, entre 17 % et 33 % (selon l'âge et le genre) des Canadiens âgés disent se sentir seuls au moins une partie du temps (la prévalence de la solitude est passée de 26 % à 42 % pendant la pandémie)⁷.

Deux revues systématiques récentes font un bilan de l'état actuel des connaissances sur les programmes de prescription sociale destinés aux aînés^{3,8}. Dans la revue systématique de Percival et ses collaborateurs³, sept articles répondaient aux critères d'inclusion des auteurs (soit une intervention de prescription sociale destinée aux aînés associée à des données quantitatives sur les résultats). Dans les programmes de prescription sociale décrits dans ces articles, l'aiguillage des clients se fait par un éventail de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux puis les agents de liaison communautaire dirigent les clients vers des ressources communautaires (programmes artistiques, cours de promotion de la santé, activités sociales, etc.). Ces études reposent le plus souvent sur des résultats de nature psychosociale et les auteurs ont invariablement constaté une amélioration des paramètres du bien-être mental. Des effets positifs sur la santé physique ont également été observés dans deux de ces études. En revanche, les constatations concernant l'utilisation des soins de santé ont été mitigées.

La seconde revue systématique, complémentaire à la première, a été réalisée par Grover et ses collaborateurs⁸. Dans cette revue, les auteurs ont pu recenser huit études qualitatives répondant à leurs critères d'inclusion (des études sur l'expérience, les résultats ou les processus des programmes de prescription sociale, du point de vue des aînés ou des fournisseurs de services). En procédant par méta-agrégation, les auteurs ont synthétisé les résultats en cinq grandes constatations : 1) expériences personnalisées (le recours à des approches axées sur la personne pour soutenir les aînés atteints de maladies chroniques), 2) fournisseurs et agents de

liaison communautaire (le rôle des omnipraticiens et des agents de liaison communautaire pour que les aînés se sentent appuyés), 3) changements de comportement (les études font état de facteurs de motivation et de techniques de changement de comportement efficaces, comme l'amélioration de la confiance en soi et l'acquisition de compétences en vue d'une autogestion à long terme), 4) environnement (des lieux familiaux et bien choisis pour les activités contribuent à l'engagement des participants) et 5) résultats (la plupart des articles font état de résultats positifs pour les aînés en matière de santé, de mode de vie ou de socialisation).

Pour nous aider à approfondir nos connaissances sur les programmes de prescription sociale destinés aux aînés en contexte canadien, nous présentons dans cet article les résultats d'une évaluation de l'élaboration de 19 programmes de prescription sociale destinés aux aînés à risque de fragilité. Ces programmes de prescription sociale ont été mis en œuvre dans le cadre d'une série de projets pilotes intitulés « Integrated Community-Based Programs for Older Adults with Higher Needs », qui ont été financés par la province de la Colombie-Britannique. Centraide Colombie-Britannique était l'organisme pivot en ce qui concerne la prestation des programmes de prescription sociale, qui ont été mis en œuvre dans 19 collectivités de la Colombie-Britannique par des organismes locaux offrant des services communautaires aux aînés. Le projet pilote ayant porté fruit, Centraide Colombie-Britannique a entrepris une approche progressive pour mettre en œuvre, dans l'ensemble de la province, des programmes de prescription sociale financés par la province, le but étant qu'il y ait un agent de liaison communautaire dans chaque circonscription sanitaire d'ici 2025-2026.

Méthodologie

Cet article présente les résultats d'une évaluation de l'élaboration des programmes de prescription sociale menée entre 2020 et 2023 par un groupe sous-traitant externe (Howegroup). Comme il s'agissait d'une évaluation de programme, il n'était pas nécessaire d'obtenir l'aval d'un comité d'éthique de la recherche.

Aperçu des interventions de prescription sociale

Les caractéristiques clés des interventions de prescription sociale sont décrites dans

le tableau 1 en fonction de la liste de contrôle du modèle de description et de réplification des interventions (TIDieR)⁹.

Méthodes d'évaluation

À l'origine, nous avions l'intention d'effectuer une évaluation de l'élaboration des programmes et une évaluation sommative à l'aide d'une approche à méthodes mixtes. Toutefois, la pandémie de COVID-19 a perturbé de façon importante la mise en œuvre des programmes de prescription sociale et la collecte de données longitudinales sur les résultats auprès des clients (retards dans le démarrage des programmes, difficultés à mobiliser les aînés, modification des activités prévues, manque de temps pour les suivis). Bien que des données de référence aient été recueillies auprès d'un premier groupe de 504 clients, l'évaluation n'a permis d'obtenir des données de suivi qu'auprès de 34 clients, lors du suivi effectué à six mois. Ainsi, il en résulte d'importantes préoccupations quant à la validité des données. Il faudrait disposer de plus de temps et effectuer une évaluation plus approfondie pour être en mesure de déterminer les résultats pour chaque aîné participant. Par conséquent, cet article porte plutôt sur les résultats de l'évaluation de l'élaboration des programmes.

Nous nous appuyons sur les données recueillies par les agents de liaison communautaire pour trois composantes de l'évaluation : 1) les données de l'évaluation initiale, recueillies auprès des agents de liaison communautaire en 2020 et en 2021, 2) le profil des programmes élaborés en 2022 et 3) les séances de cocréation tenues en 2023. Centraide Colombie-Britannique a envoyé une invitation aux 19 agents de liaison communautaire pour qu'ils participent aux diverses composantes de l'évaluation. Chacune de ces composantes est décrite plus en détail ci-après.

Après le début de la pandémie, un sondage en ligne sur la COVID-19 a été mené auprès du personnel des 19 programmes pour déterminer dans quelle mesure les programmes de prescription sociale étaient touchés. Le sondage comprenait des questions fermées visant à déterminer si les programmes avaient été offerts comme prévu ou s'ils avaient été modifiés en raison de la pandémie, et si le processus d'inscription avait été entamé. Les participants pouvaient également fournir des

commentaires écrits supplémentaires dans le sondage. Un groupe de discussion a également été tenu en 2021 avec 10 agents de liaison communautaire pour explorer plus en détail la mise en œuvre des programmes. Les évaluateurs ont posé des questions pour lancer une discussion sur les changements apportés aux programmes en raison de la pandémie et sur les stratégies utilisées pour la prestation des services ainsi que pour obtenir des commentaires sur les soutiens offerts de même que des suggestions pour l'amélioration des programmes.

En 2022, après la reprise des activités régulières des programmes de prescription sociale, des données ont été recueillies sur chaque programme à partir d'entrevues téléphoniques (n = 19) et d'un sondage en ligne (n = 18). Le sondage a servi à recueillir des renseignements de base sur chaque programme, notamment les caractéristiques de l'organisme offrant le programme (comme sa taille et son emplacement), des renseignements sur le personnel (comme la scolarité et l'expérience des agents de liaison communautaire) et les principales ressources responsables de l'aiguillage. Des entrevues semi-structurées ont servi à recueillir des renseignements sur les approches de la prescription sociale, les éléments facilitateurs et les facteurs limitatifs, les domaines nécessitant un soutien supplémentaire, les réussites et les défis, les partenariats et les leçons tirées de ces expériences.

Les données des entrevues et du sondage pour chaque programme ont ensuite été combinées en un profil de programme, de façon à fournir un portrait complet des caractéristiques, de l'approche, des réussites et des défis du programme de prescription sociale de chaque organisme. Les profils des programmes ont été analysés collectivement pour qu'il soit possible de cerner les défis et les réussites des programmes et de déterminer les lignes directrices et les pratiques exemplaires potentielles des programmes. Les principales constatations tirées de ces profils ont été présentées aux agents de liaison communautaire lors d'une réunion de la communauté de pratique à des fins de validation et d'amélioration. Dans un cas, en raison du remplacement de l'agent de liaison communautaire, il n'a été possible d'obtenir qu'un nombre limité de données sur le profil d'un des programmes. Dans le cas d'un autre programme, le sondage en ligne n'a pas été complété.

Enfin, trois séances de cocréation ont été tenues avec les agents de liaison communautaire au début de 2023. Deux des séances ont eu lieu en personne (avec la possibilité de participer en ligne s'il était impossible de le faire en personne) et une séance a été entièrement tenue en ligne. Ces séances s'appuyaient sur les données recueillies au moyen des profils des programmes et visaient à dégager un consensus sur l'élaboration et la prestation des programmes de prescription sociale ainsi qu'à déterminer les domaines devant ultérieurement faire l'objet d'un soutien. Les avis des agents de liaison communautaire ont été recueillis dans le cadre de discussions de groupe et de sondages supplémentaires, et les notes des séances ont été analysées pour qu'il soit possible d'en dégager les principales constatations. Les sessions de cocréation étaient semi-structurées, en ce sens que les animateurs posaient des questions et suggéraient des thèmes (éléments essentiels et facultatifs des programmes, exemples concernant l'établissement de relations fructueuses au sein de la collectivité, formats et thèmes possibles pour les réunions de la communauté de pratique, etc.), mais que les discussions pouvaient tout de même évoluer de manière spontanée. Des commentaires ont également été recueillis auprès des agents de liaison communautaire par le biais de sondages à questions fermées. Les notes des séances ont été synthétisées pour chaque séance.

Les discussions lors de la première séance de cocréation ont porté sur les caractéristiques des clients qui profitaient le plus des programmes, sur les éléments essentiels des programmes et sur les préférences en matière de formation. Les discussions lors de la deuxième séance de cocréation ont donné lieu à des échanges et à d'autres questions sur les caractéristiques des clients qui profitaient le plus des programmes et sur les éléments essentiels des programmes ainsi qu'à des échanges sur les stratégies destinées à appuyer l'aiguillage vers les programmes. Les discussions lors de la troisième séance de cocréation ont porté sur le rôle des réseaux, des communautés de pratique et des stratégies pour renforcer l'aiguillage des clients vers les programmes.

Dans cet article, nous utilisons les données d'évaluation de 2020 et de 2021 pour fournir un bref contexte du processus de mise en œuvre et des défis qui se sont présentés en raison de la pandémie. L'article

TABEAU 1
Description de 19 programmes de prescription sociale destinés aux aînés en situation de fragilité, Colombie-Britannique, 2020-2023

But
Le but de l'intervention était d'aider les aînés à risque de fragilité à jouer un rôle actif dans la gestion de leur bien-être et à résider plus longtemps chez eux.
Description
Les aînés ont eu recours aux programmes de prescription sociale sur la recommandation d'un fournisseur de soins de santé ou de services sociaux, après avoir été aiguillés par un organisme communautaire ou à but non lucratif, ou encore de leur propre chef. Ces personnes étaient généralement considérées comme admissibles à l'intervention si elles avaient une mauvaise santé physique ou mentale, si elles étaient socialement vulnérables ou si elles recevaient fréquemment des soins actifs ou primaires. Les responsables des programmes de prescription sociale ont mis au point leurs propres formulaires de référence imprimés ou en ligne, et les aiguillages se sont faits directement par téléphone, par courriel, à l'interne ou par les aînés eux-mêmes. D'après les responsables de ces programmes, les aiguillages ont été principalement réalisés par : 1) les fournisseurs de soins primaires, 2) les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, 3) les responsables de la planification des congés d'hôpital et 4) leur organisme. L'inscription des clients et les rencontres avec ceux-ci se sont faites par téléphone ou en personne. Les agents de liaison communautaire ont écouté les besoins des aînés, ont travaillé avec eux à l'élaboration d'un plan de mieux-être axé sur les forces puis les ont aiguillés vers les ressources communautaires dont ils avaient besoin. Les types les plus courants de ressources vers lesquels les agents de liaison communautaire ont dirigé les clients étaient les suivants : activité physique, information et aiguillage, sécurité alimentaire. Le mode d'aiguillage vers des ressources communautaires variait selon les besoins des aînés et les organismes, ou encore selon le type de programme recommandé. Par exemple, pour aiguiller un aîné vers des services de santé mentale, il a fallu généralement recourir à un aiguillage personnalisé dans le cadre duquel l'agent de liaison communautaire communique directement avec un fournisseur de services et peut même aller jusqu'à prendre un rendez-vous pour la personne. Dans d'autres cas, il convenait plutôt de faire des recommandations, c'est-à-dire que l'agent de liaison communautaire a fourni à la personne les coordonnées d'un organisme ou d'un programme. D'autres vérifications et suivis ont été effectués au besoin.
Fournisseurs
Les programmes de prescription sociale ont été offerts localement par un service communautaire à but non lucratif destiné aux aînés. Les organismes en cause étaient 11 maisons de quartier ou des organismes à but non lucratif offrant de multiples services, 3 organismes de services aux immigrants et aux communautés ethnoculturelles, 3 organismes offrant des services à l'intention des aînés, 1 centre de bénévolat et 1 campus de soins pour aînés. Environ la moitié (n = 8) des organismes offrant les programmes étaient de grands ou de très grands organismes à but non lucratif. La plupart des programmes de prescription sociale comptaient parmi leur personnel un agent de liaison communautaire équivalent temps plein. La majorité de ces agents de liaison communautaire (74 %) avaient au moins cinq années d'expérience de travail et un diplôme de premier cycle universitaire ou d'études supérieures (79 %). Ils avaient des antécédents variés : en travail social, en soins infirmiers, en santé publique, en communications, etc. Les responsables de certains programmes ont déclaré avoir aussi recours à des bénévoles ou à des stagiaires pour accroître leur capacité.
Modalités
Les interventions de prescription sociale ont été offertes aux aînés de façon individuelle, mais certains agents de liaison communautaire ont aussi organisé des activités de groupe. Comme les interventions ont été initialement mises en œuvre pendant la pandémie, l'inscription et les réunions avec les aînés ont dû se faire par téléphone. Par la suite, les agents de liaison communautaire ont pu tenir des réunions en personne (habituellement dans les locaux de leur organisme ou chez les aînés), mais certains agents ont continué à offrir la possibilité de tenir des réunions téléphoniques.
Localisation
Les programmes de prescription sociale ont été mis en œuvre par des organismes offrant des services communautaires aux aînés dans 19 collectivités de la Colombie-Britannique. Les collectivités en question étaient diversifiées sur le plan de la géographie et de la taille. Quatorze de ces collectivités étaient urbaines et cinq étaient rurales.
Moment et ampleur
L'intensité de la prestation des services dépendait des besoins des aînés. Dans certains cas, les aînés n'ayant besoin que d'une indication (réponse à une question, aiguillage), les responsables des programmes n'ont pas prévu d'inscription et n'ont pas enregistré le nom de ces personnes sur la liste de leurs clients. En ce qui concerne les aînés ayant besoin d'une intervention de prescription sociale complète, les agents de liaison communautaire estiment que 60 % d'entre eux étaient des clients ayant besoin d'un soutien de longue durée, pendant au moins trois mois.
Personnalisation
Comme la prestation de services personnalisés et l'aiguillage sont au cœur des programmes de prescription sociale, les interventions ont été adaptées pour répondre aux besoins de chaque aîné. Les programmes de prescription sociale ont également été adaptés pour répondre aux besoins spécifiques des habitants de chaque collectivité et de diverses catégories d'aînés (aînés immigrants, aînés vivant en milieu rural, etc.), et pour tirer parti des ressources communautaires et des relations avec les organismes. Par exemple, dans le cadre de certains programmes, des services d'interprétation ou des services dans plusieurs langues ont pu être fournis afin de soutenir les aînés ayant des compétences limitées en anglais. Autre exemple, dans la région sanitaire de Fraser, les programmes ont été conçus pour être mis en œuvre en association avec le modèle CARES (Community Action and Resources Empowering Seniors [Mesures et ressources communautaires pour favoriser l'autonomisation des aînés]) utilisé dans cette région sanitaire ¹⁰ .
Modifications
Des modifications ont dû être apportées aux interventions en raison de la pandémie de COVID-19, en particulier au début de la pandémie, en raison des signes de distanciation physique, de la fermeture de nombreux espaces communautaires et des besoins urgents des collectivités. Le changement le plus important concernait la mise en œuvre de l'initiative Safe Seniors, Strong Communities (Aînés en sécurité, collectivités fortes), qui a amené une réorientation temporaire des activités des programmes de prescription sociale, lesquelles ont porté sur des mesures de soutien urgentes en raison de la pandémie. Il s'est également avéré nécessaire, en raison de la pandémie, de prévoir une inscription et des réunions par téléphone plutôt qu'en face à face pour les programmes de prescription sociale, une pratique qui se poursuit aujourd'hui dans le cas de certains programmes.
Succès
Au début de la pandémie, il a été impossible de mettre en œuvre et d'offrir les interventions comme on l'avait prévu à l'origine. Plus tard, lorsque les organismes ont pu offrir leurs programmes de prescription sociale de manière adéquate, on a constaté que des modifications avaient été apportées en raison de la pandémie et du caractère unique du contexte dans lequel évoluaient les organismes et les collectivités. Trois séances de cocréation ont eu lieu au début de 2023. Elles visaient à cerner les principales caractéristiques des programmes de prescription sociale et à fournir une orientation pour un futur manuel de prestation des programmes.

porte principalement sur les profils des programmes et les données tirées des séances de cocréation, qui aident à mieux comprendre la mise en œuvre et la prestation des programmes de prescription sociale lorsque les activités normales ont repris. Nous avons eu recours à une analyse thématique pour dégager les thèmes et les principales constatations découlant des profils des programmes et des séances de cocréation. Nous utilisons dans cet article le modèle socioécologique (décrit dans la section suivante) pour structurer ces constatations.

Modèle socioécologique

Le modèle socioécologique tire son origine des travaux de Bronfenbrenner sur le développement humain¹¹. Les préoccupations au sujet des approches individualistes en matière de promotion de la santé ont amené les chercheurs à étudier la possibilité de fonder le modèle de promotion de la santé sur un modèle écologique général. McLeroy et ses collaborateurs¹² ont mis au point une variante du modèle de Bronfenbrenner, que l'on appelle le « modèle socioécologique ». Ce modèle socioécologique comporte cinq niveaux emboîtés : le niveau intrapersonnel (les caractéristiques de l'individu), le niveau interpersonnel (les réseaux et systèmes de soutien social formels et informels), le niveau des établissements (les processus, les normes et les règles utilisés dans les établissements), le niveau de la collectivité (les relations entre les organismes, les établissements et les réseaux) et le niveau des politiques publiques (les lois et les politiques)¹². Comparativement aux modèles écologiques antérieurs, le modèle socioécologique reconnaît plus explicitement l'importance de l'environnement social, des établissements et des contextes culturels qui ont une influence sur la mise en œuvre des interventions en matière de promotion de la santé et qui façonnent la santé et le bien-être des individus¹³.

Résultats

Dans la première section sur les résultats, nous donnons un aperçu de la mise en œuvre des programmes de prescription sociale, incluant les répercussions de la pandémie de COVID-19. Dans la seconde section sur les résultats, en nous fondant sur les données tirées des profils des programmes et des séances de cocréation, nous décrivons les principaux facteurs ayant eu une incidence sur la mise en

œuvre et la prestation des interventions, et ce, pour chacun des cinq niveaux du modèle socioécologique. La section « Fournisseurs » du tableau 1 rassemble de l'information de base sur les agents de liaison communautaire qui ont participé à l'évaluation et sur leur organisme.

Mise en œuvre des programmes de prescription sociale

Les programmes de prescription sociale devaient être mis en œuvre de façon progressive entre l'été 2019 et l'été 2020. Toutefois, la pandémie de COVID-19 a considérablement perturbé le lancement des programmes en raison de la fermeture des locaux des organismes, de l'impossibilité de rencontrer les aînés en personne, de la réduction des possibilités en ce qui concerne l'aiguillage et de l'évolution des besoins en matière de soutien des aînés. Selon un sondage sur les programmes de prescription sociale mené à l'automne 2020, il n'y avait que trois cas où les services associés aux programmes étaient offerts comme prévu ou plus efficacement que prévu à l'origine et, dans cinq cas, les services de prescription sociale n'ont même pas pu être offerts.

Si les programmes ont connu un succès très limité avec l'offre de véritables services de prescription sociale au cours de leur première année d'activité, ils ont joué un rôle important dans l'offre de soutien aux aînés vulnérables en lien avec la pandémie de COVID-19. En partenariat avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, l'Office of the Seniors Advocate et 211 British Columbia (un service d'information et d'aiguillage offert aux citoyens de l'ensemble de la province), Centraide Colombie-Britannique a coordonné une réponse à l'échelle provinciale à la pandémie, baptisée Safe Seniors, Strong Communities [Aînés en sécurité, collectivités fortes]. À partir de mars 2020, les programmes de prescription sociale ainsi que d'autres initiatives financées par Centraide Colombie-Britannique en lien avec le vieillissement en santé (Healthy Aging) ont été modifiés de façon à privilégier les mesures de soutien en réponse à la pandémie. En mars 2023, 1 294 248 services avaient été fournis à 39 220 aînés dans le cadre de l'initiative Safe Seniors, Strong Communities (prise de nouvelles par téléphone, épicerie et livraison de l'épicerie, livraison de repas préparés, ramassage de médicaments sur ordonnance, etc.).

Pour la plupart des programmes, les activités de prescription sociale n'ont pas repris avant 2021. Au cours de la première phase du projet de démonstration (depuis le lancement des programmes jusqu'en mars 2022), lorsque les effets de la pandémie de COVID-19 étaient le plus intenses et que les programmes étaient en train d'être mis en place ou de reprendre leurs activités régulières, les programmes ont servi au total 1 110 clients uniques (soit 58 en moyenne par programme). La plupart de ces clients ont été servis en 2021-2022 en raison des perturbations dues à la pandémie. Au cours de la deuxième phase du projet de démonstration (d'avril 2022 à mars 2023), alors que les programmes étaient entièrement établis, 1 484 clients uniques ont été servis (soit 75 en moyenne par programme).

Le tableau 1 décrit les approches et la mise en œuvre des programmes de prescription sociale. Au cours des séances de cocréation, les éléments essentiels des programmes de prescription sociale destinés aux aînés en situation de fragilité ont été abordés. Selon les sondages menés lors de la séance, la plupart des agents de liaison communautaire ont convenu que quatre activités devraient être considérées comme essentielles pour les programmes : 1) établir des liens vers les ressources communautaires dont ont besoin les aînés (accord à 100 %), 2) créer un plan de mieux-être conjointement avec les clients ayant besoin d'un soutien accru (un soutien de plus de trois mois ou un soutien individuel intensif pendant une courte période (accord à 74 %), 3) assurer un suivi et faire des vérifications de façon continue dans le cas des clients ayant des plans de mieux-être (accord à 74 %), 4) mettre au point un processus d'évaluation et de triage pour établir l'ordre de priorité des clients ayant été adressés si leur nombre dépasse la capacité du programme (accord à 68 %). Les agents de liaison communautaire étaient ambivalents à propos de deux autres activités à considérer ou non comme essentielles pour les programmes : 1) aide à la navigation dans le système de santé (accord à 58 %) et 2) rétroaction au fournisseur de soins de santé ayant aiguillé le client (accord à 32 %).

Éléments facilitateurs et défis liés à la mise en œuvre et à la prestation des programmes

En nous fondant sur les données tirées des profils de programme et des séances

de cocréation, nous décrivons dans les sections qui suivent les principaux éléments facilitateurs et défis qui ont eu une influence sur la mise en œuvre et la prestation des programmes, en suivant les cinq niveaux du modèle socioécologique. Il est important de noter que bon nombre de ces facteurs sont transversaux et chevauchent plusieurs niveaux du modèle : ainsi, bien que nous ayons choisi d'en parler à un certain niveau du modèle socioécologique, la plupart de ces facteurs sont également présents à d'autres niveaux. Un certain nombre de défis se sont présentés en raison de la pandémie, mais nous nous sommes concentrés sur ceux susceptibles d'être pertinents dans un plus large éventail de contextes.

Niveau individuel

Au cours des discussions et des sondages menés lors des séances de cocréation, les agents de liaison communautaire ont convenu à l'unanimité (100 %) que les personnes ayant un soutien familial et social limité sont celles qui bénéficient le plus des interventions de prescription sociale. Ces interventions ont été jugées comme étant le plus bénéfiques également pour les aînés souhaitant recevoir un soutien et motivés à participer (accord à 84 %) et pour les aînés capables de se fixer des objectifs et de s'engager à long terme (accord à 84 %).

Niveau interpersonnel

Au niveau interpersonnel, les relations entre les agents de liaison communautaire et les aînés, le système de soins de santé et les autres ressources communautaires ont été considérées comme essentielles. Il est ressorti des profils des programmes que l'expérience, la connaissance du milieu local et les relations avec les agents de liaison communautaire étaient essentielles à la réussite des programmes. Les agents de liaison communautaire ont signalé qu'ils tiraient parti de leurs connaissances et de leurs relations préexistantes avec d'autres organismes à but non lucratif et organismes de soins de santé de leur collectivité pour : 1) offrir à leurs clients des références vers les ressources communautaires nécessaires, 2) combler les lacunes en matière de services et élaborer de nouvelles activités et de nouveaux services pour répondre aux besoins des aînés (conférences éducatives, formation en technologie numérique, services d'interprétation, etc.) et 3) partager de l'information et des ressources pour mieux soutenir les clients. Un défi commun aux programmes qui ont

eu des difficultés à lancer leur service de prescription sociale est le manque d'expérience des agents de liaison communautaire ou le roulement du personnel. Au cours des séances de cocréation, les sujets de formation les plus recommandés pour améliorer les compétences des agents de liaison communautaire étaient les formations sur le fonctionnement du système de soins de santé, les soins de santé disponibles et les ressources communautaires, la détermination des crises de santé mentale, les entretiens motivationnels et l'établissement de limites.

Niveau des établissements

Au niveau des établissements, les agents de liaison communautaire ont cerné les mesures de soutien actuelles et souhaitées de la part de Centraide Colombie-Britannique pour renforcer les programmes de prescription sociale. Selon la plupart des agents de liaison communautaire, l'existence d'une communauté de pratique est importante pour établir des liens avec les responsables des autres programmes de prescription sociale et tirer des leçons de leurs difficultés et de leurs réussites. Il existe une communauté de pratique officielle pour tous les programmes et Fraser Health gère également une communauté de pratique pour les programmes relevant de sa région (les personnes des programmes ne relevant pas de la région peuvent également assister à certaines des séances qui ne sont pas exclusives à Fraser Health). Lors des séances de cocréation, la plupart des agents de liaison communautaire ont indiqué qu'ils préféreraient que les réunions de la communauté de pratique aient lieu tous les mois ou tous les deux mois, qu'elles soient présidées par un expert en la matière et qu'il y ait régulièrement des discussions ouvertes en plus des présentations et des activités structurées.

Au cours des entrevues sur les profils des programmes et des séances de cocréation, les agents de liaison communautaire ont également mentionné l'amélioration du soutien en matière de marketing et de communication de la part de Centraide Colombie-Britannique comme moyens d'accroître l'aiguillage des clients et de renforcer la crédibilité des programmes. Au cours des séances de cocréation, les agents de liaison communautaire ont insisté sur l'importance de communiquer aux clients potentiels que les programmes de prescription sociale offrent des services axés sur la personne, sont fondés sur les forces et qu'ils peuvent aider à améliorer

l'indépendance et les liens sociaux des aînés. De plus, il est important d'expliquer clairement le rôle de l'agent de liaison communautaire et les types de soutien qui peuvent être offerts.

En ce qui concerne les communications avec les fournisseurs de soins de santé, les agents de liaison communautaire insistent sur l'importance de leur expliquer clairement en quoi consistent les programmes (par exemple diriger les aînés vers les ressources communautaires dont elles ont besoin), qui est le public cible (par exemple les aînés qui ont besoin de liens sociaux et de soutien, les aînés mal desservis) et quels sont les avantages de ces programmes pour les aînés (réduire la solitude, améliorer la qualité de vie et le bien-être, améliorer les compétences et la confiance en soi, etc.). L'importance d'établir la crédibilité des programmes de prescription sociale peut être soulignée, par exemple, en mentionnant que ces programmes sont financés par le ministère de la Santé et affiliés à Centraide Colombie-Britannique. Les agents de liaison communautaire ont également suggéré d'élaborer une brochure que les fournisseurs de soins de santé pourraient remettre aux aînés lors d'un rendez-vous.

Niveau de la collectivité

Les données sur les profils des programmes ont révélé que les principaux défis étaient d'établir des relations avec les fournisseurs de soins de santé (en particulier les médecins de famille) et de les convaincre d'aiguiller leurs clients vers les programmes de prescription sociale. Souvent, les fournisseurs de soins de santé ne comprennent pas ce qu'est la prescription sociale et pour quels clients ces programmes seraient bénéfiques. Certains agents de liaison communautaire ont eu l'impression qu'on ne les prenait pas au sérieux lorsqu'ils essayaient de communiquer avec des cabinets de médecins de famille. À l'origine, il était prévu de cibler principalement les médecins de famille pour ce qui est de l'aiguillage des clients vers des programmes de prescription sociale, mais en raison des difficultés qui se sont présentées, les responsables de la plupart des programmes se sont tournés vers un éventail plus large de fournisseurs de soins de santé. Souvent, les responsables des programmes ont eu plus de succès auprès des fournisseurs de soins à domicile, des centres de santé communautaire, des équipes de santé mentale destinées aux

âinés et des équipes chargées des congés d'hôpital.

D'après les données sur les profils des programmes, il est également évident que la force des relations entre les programmes de prescription sociale et le système de soins de santé était très variable. Le fait d'avoir un médecin champion ou une étroite relation de travail préexistante avec un fournisseur de soins de santé a aidé certains responsables de programmes à obtenir l'adhésion de fournisseurs de soins de santé et à les convaincre de leur adresser leurs clients.

En général, les programmes de prescription sociale relevant de Fraser Health ont été les plus efficaces pour établir des relations avec les fournisseurs de soins de santé, car ils ont été mis en œuvre avec l'appui d'un médecin champion dans le cadre du modèle CARES (Community Action and Resources Empowering Seniors [Mesures et ressources communautaires pour favoriser l'autonomisation des aînés]) utilisé dans cette région sanitaire. Les agents de liaison communautaire de cette région ont parlé de la façon dont le médecin champion a été en mesure de leur donner de la crédibilité et de leur ouvrir des portes (certains agents de liaison communautaire d'autres régions sanitaires ont même expliqué comment ce médecin champion a pu leur donner des conseils ou les aider à nouer des contacts).

Dans plusieurs programmes de Fraser Health, il y a eu également une collaboration avec des partenaires du secteur des soins de santé pour mettre à l'essai la prescription sociale dans des établissements d'aide à la vie autonome ou des établissements de soins actifs. En dehors de la région sanitaire du Fraser, les responsables des programmes ont généralement déclaré avoir réalisé des progrès dans l'établissement de relations avec les fournisseurs de soins de santé, mais cela s'est souvent produit assez lentement, de sorte qu'il a fallu plus de temps pour tisser des liens.

Niveau des politiques

Les pénuries de médecins de famille ont constitué un obstacle aux interventions. En effet, plusieurs agents de liaison communautaire ont observé que les médecins de famille ne pouvaient participer aux programmes de prescription sociale parce qu'ils étaient surchargés. Il a également

été souligné, en particulier en contexte rural, qu'un nombre considérable d'aînés n'avaient pas de médecin de famille. Par exemple, dans une petite collectivité rurale, on a signalé qu'une personne sur cinq n'avait pas de médecin de famille et que les personnes qui en avaient un devaient attendre six semaines ou plus pour une consultation.

Malgré les efforts considérables déployés par les agents de liaison communautaire pour orienter leurs clients, le manque de ressources communautaires vers lesquelles les orienter a été souvent mentionné comme problématique. Ces lacunes étaient particulièrement préoccupantes dans les collectivités rurales. Certains agents de liaison communautaire ont indiqué que les programmes de prescription sociale devaient être plus flexibles pour qu'il soit possible de créer des activités et des services afin de combler ces lacunes et de faciliter l'aiguillage des clients. Pendant la pandémie, la question de la disponibilité des ressources communautaires a été exacerbée par la fermeture de nombreux organismes et espaces communautaires. Bien qu'il ait été possible d'orienter les aînés vers des activités en ligne, ces personnes n'ont pas toutes accès à la technologie numérique ou ne maîtrisent pas nécessairement la technologie de façon suffisante pour se prévaloir de ces possibilités. De plus, les agents de liaison communautaire ont indiqué que, même après que davantage d'organismes et d'établissements ont rouvert leurs portes et ont recommencé à offrir des activités en personne, certains aînés demeuraient réticents à participer en personne.

Certains aînés vulnérables ont besoin d'un soutien social et émotionnel important pour se prévaloir de ressources communautaires (transport, accompagnement lors de sorties dans la collectivité, services d'interprétation, etc.), ce qui peut mettre à l'épreuve la capacité des programmes de prescription sociale. Plusieurs agents de liaison communautaire ont souligné que des limites devaient être posées et qu'il ne fallait pas essayer de résoudre des problèmes qui ne relèvent pas du programme. Les agents de liaison communautaire ont également indiqué que certains clients ont des besoins complexes et doivent être aiguillés vers des services qui ne sont pas offerts dans leur collectivité ou dont la capacité est insuffisante (logement social, services de santé mentale, sécurité alimentaire, etc.). Bien que les agents de

liaison communautaire soient conscients qu'ils ne peuvent pas résoudre tous les problèmes de leurs clients, ils sont troublés par le fait que ces clients aient des enjeux graves liés à leur santé, au logement ou à la pauvreté et qu'ils ne sont pas en mesure de les régler.

Analyse

Les résultats de notre évaluation de l'évaluation des programmes de prescription sociale font ressortir l'importance de planifier la mise en œuvre et la prestation des interventions de prescription sociale à tous les niveaux du modèle socioécologique. Plus particulièrement, notre étude souligne l'incidence que des facteurs liés aux établissements, aux collectivités et aux politiques peuvent avoir sur la mise en œuvre des programmes de prescription sociale.

Le principal défi signalé par les agents de liaison communautaire a été l'établissement de relations avec les médecins de famille pour faciliter les aiguillages, un défi qui touche le niveau interpersonnel, le niveau des établissements, le niveau de la collectivité et le niveau des politiques du modèle socioécologique. Des difficultés liées à l'aiguillage des clients par les médecins de famille ont également été signalées dans d'autres études, notamment en raison du manque de compréhension des programmes de prescription sociale et du manque de temps des médecins de famille^{8,14}. En effet, l'adhésion des médecins de famille et la reconnaissance des programmes de prescription sociale par le système de santé constituent une étape clé de la mise en œuvre de ces programmes¹⁵. La stratégie la plus efficace qui nous semble émerger pour résoudre ce problème est de recruter un médecin champion, une stratégie qui a également été proposée dans d'autres travaux de recherche¹⁴. D'autres stratégies sont aussi recommandées dans la littérature pour favoriser l'adhésion des médecins de famille, notamment des séances régulières de sensibilisation et d'information, l'envoi de lettres de rétroaction sur les aiguillages, l'intégration de spécialistes de la prescription sociale dans les cabinets médicaux et la mise en œuvre d'un processus d'aiguillage rapide et simple^{14,15}.

Contrairement à ce qu'on peut lire dans la littérature, dans notre étude, la majorité des agents de liaison communautaire n'ont pas mentionné qu'une rétroaction au

prescripteur constituait un élément essentiel des programmes. Cela découle peut-être du contexte de la Colombie-Britannique et de la perception selon laquelle les médecins de famille sont surchargés et n'ont pas la capacité ou l'intérêt de consulter de tels documents. Un sondage réalisé en 2022 par Angus Reid a révélé que 59 % des Britanno-Colombiens n'ont pas accès ou ont de la difficulté à avoir accès à un médecin de famille¹⁶, ce qui confirme qu'il faut faire appel à un plus large éventail de fournisseurs de soins de santé. Les responsables de nombreux programmes de prescription sociale ont signalé qu'il était plus facile d'établir des liens avec d'autres fournisseurs de soins de santé (fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, équipes de santé mentale, équipes chargées des congés d'hôpital, etc.), car ceux-ci disposent souvent de personnel qui peut faciliter l'aiguillage des clients, par exemple des gestionnaires de cas.

À l'autre extrême, certains agents de liaison communautaire ont fait état d'un nombre insuffisant d'organismes et de services appropriés vers lesquels aiguiller les aînés, ce qui constitue un défi majeur au niveau de la collectivité et des politiques. La littérature fait déjà état de l'importance d'avoir un secteur d'organismes à but non lucratif et de bénévolat qui soit solide pour appuyer les programmes de prescription sociale^{14,17-19}. Dans l'article de Hamilton-West et ses collaborateurs¹⁷, les auteurs mettent en garde contre le risque de voir les programmes de prescription sociale accroître la pression sur le secteur des organismes à but non lucratif et du bénévolat, déjà aux prises avec des problèmes de capacités et des problèmes de décharge de responsabilité de la part des systèmes de santé et de soins sociaux.

Étant donné que les programmes de prescription sociale en Colombie-Britannique ont été mis en œuvre pendant la pandémie de COVID-19, il est difficile de savoir dans quelle mesure les lacunes dans les ressources communautaires sont attribuables aux fermetures liées à la pandémie plutôt qu'à des capacités et à un investissement insuffisants dans le secteur des organismes à but non lucratif et du bénévolat. L'accord (68 %) des agents de liaison communautaire sur le fait qu'un processus d'évaluation et de triage des aiguillages devrait être un élément essentiel des programmes montre qu'il existe des enjeux en matière de capacités allant

au-delà du contexte de la pandémie. De plus, selon certains agents de liaison communautaire, certains aînés ont d'importants besoins non comblés qui dépassent les capacités des ressources communautaires, ce qui laisse entendre que ces capacités sont insuffisantes dans des secteurs importants, comme la santé et le logement. Dans les collectivités rurales, ces lacunes sont apparues comme particulièrement aiguës.

Au niveau interpersonnel et au niveau de la collectivité, le rôle d'agent de liaison communautaire s'est révélé comme essentiel au succès des interventions de prescription sociale. Le taux de succès des programmes en ce qui concerne l'accueil ou l'aiguillage des clients est généralement plus élevé lorsque les agents de liaison communautaire sont expérimentés, connaissent bien les ressources communautaires et ont des relations préexistantes avec d'autres organismes et fournisseurs au sein de la collectivité.

Par ailleurs, certains agents de liaison communautaire ont indiqué qu'ils ne se contentaient pas d'orienter les clients, mais qu'ils offraient aussi des mesures de soutien supplémentaires en ce qui concerne l'accès aux ressources (transport, accompagnement lors de sorties) et qu'ils organisaient ou concevaient de nouvelles ressources ou activités communautaires pour répondre aux besoins des aînés dans leur collectivité. Cela donne à penser que les agents de liaison communautaire peuvent jouer un rôle plus vaste dans le soutien des aînés vulnérables et contribuer au renforcement des capacités au sein de leur collectivité. Toutefois, cela signifie également que les agents de liaison communautaire pourraient être surchargés s'ils ne reçoivent pas les ressources et le soutien dont ils ont besoin. Au Royaume-Uni, des approches de prescription sociale intégrant le renforcement des ressources communautaires sont en cours d'élaboration^{20,21}. Par exemple, à Rotherham, il existe des subventions pour les interventions de prescription sociale et les activités et programmes auxquels les clients sont adressés²⁰.

Au niveau des établissements, nous avons notamment constaté dans notre évaluation combien les communautés de pratique étaient importantes et combien les agents de liaison communautaire tiraient profit de la possibilité d'échanger avec

d'autres agents de liaison communautaire. Au Royaume-Uni, les agents de liaison communautaire ont fait valoir les avantages du jumelage²², ce qui laisse penser qu'un mentorat ou un soutien individuel peut également être bénéfique pour les agents de liaison communautaire moins expérimentés. De plus, d'après des travaux de recherche antérieurs, on sait qu'il faut faire attention au stress et à l'épuisement professionnel lorsqu'on a affaire à une clientèle complexe ayant des besoins importants^{15,22,23}, ce qui fait qu'il est important que les agents de liaison communautaire reçoivent une formation efficace et un soutien émotionnel. Dans l'article de Tierney et ses collaborateurs¹⁵, les auteurs notent également que, lorsqu'un agent de liaison communautaire quitte son poste, il peut falloir du temps pour que son successeur acquière les mêmes connaissances communautaires et tisse les mêmes liens que son prédécesseur.

Points forts et limites

Les principaux points forts de notre évaluation sont le grand nombre de programmes de prescription sociale (n = 19) et le fait qu'il y ait des programmes mis en œuvre dans des collectivités rurales. Autre point fort de l'étude, les multiples points de collecte de données entre 2020 et 2023 ont permis de dresser un tableau plus complet des interventions. De plus, l'évaluation enrichit nos connaissances sur les programmes de prescription sociale destinés aux aînés en situation de fragilité, une population cible vulnérable qui n'a fait l'objet que de peu de travaux de recherche sur la prescription sociale au Canada à ce jour.

Cela dit, il convient également de souligner plusieurs limites à notre recherche. Tout d'abord, en raison des perturbations causées par la pandémie de COVID-19, il s'est avéré impossible d'évaluer les répercussions des interventions de prescription sociale sur les aînés à l'échelle individuelle. Ensuite, en raison de problèmes sur le plan des effectifs, la collecte de données pour l'établissement du profil de deux programmes s'est avérée incomplète ou limitée. Enfin, comme nos données ont été recueillies en Colombie-Britannique principalement pendant la pandémie de COVID-19, certains résultats sont susceptibles de ne pas être généralisables à d'autres contextes.

Conclusion

À mesure que les populations du monde vieilliront, on s'intéressera de plus en plus

aux interventions visant à répondre aux besoins non médicaux des aînés en situation de fragilité et des aînés isolés ou sans soutien social. Les résultats de l'évaluation du développement des programmes dont il est question dans cet article nous permettent de mieux comprendre les programmes de prescription sociale destinés aux aînés. Ils mettent en lumière divers aspects du modèle socioécologique, notamment les éléments clés des programmes ainsi que les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés au cours de la mise en œuvre et de la prestation des programmes. Notre étude met en lumière les avantages du recours à un large éventail de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux pour l'aiguillage des clients plutôt que de se limiter aux médecins de famille. Elle souligne l'importance des médecins champions et des communautés de pratique, le rôle vital de l'agent de liaison communautaire dans la mobilisation des connaissances, le renforcement des capacités et l'établissement de relations ainsi que l'importance d'un investissement suffisant dans le secteur des organismes à but non lucratif et du bénévolat afin qu'il soit possible de tirer pleinement parti des possibilités offertes par la prescription sociale.

Remerciements

Nous tenons à remercier les 19 organismes offrant des programmes de prescription sociale à l'intention des aînés et les agents de liaison communautaire pour leur participation à notre évaluation.

Nous tenons à souligner que les Integrated Community-Based Programs for Older Adults with Higher Needs sont financés par la province de la Colombie-Britannique.

Conflits d'intérêts

Laura Kadowaki, Bobbi Symes et Kahir Lalji travaillent pour Centraide Colombie-Britannique. Grace Park est directrice médicale régionale contractuelle des services de santé communautaires à Fraser Health. Wynona Giannasi, Jennifer Hystad et Elayne McIvor sont consultantes indépendantes de Howegroup et ont été chargées de mener l'évaluation des programmes de prescription sociale.

Contribution des auteurs et avis

Conception : LK, BS, KL, GP, WG, JH, EM.

Enquête, méthodologie, administration de projet : WG, JH, EM.

Analyse formelle : WG, JH, EM, LK.

Rédaction de la première version du manuscrit : LK.

Relectures et révisions : LK, BS, KL, GP, WG, JH, EM.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022;7(5):e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
2. Chatterjee HJ, Casmic PM, Lockyer B, Thomson LJ. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts Health*. 2018;10(2):97-123. <https://doi.org/10.1080/17533015.2017.1334002>
3. Percival A, Newton C, Mulligan K, Petrella RJ, Ashe MC. Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here? *Fam Med Community Health*. 2022;10(Suppl 1):e001829. <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001829>
4. Sandhu S, Lian T, Drake C, Moffatt S, Wildman J, Wildman J. Intervention components of link worker social prescribing programmes: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):e3761-e3774. <https://doi.org/10.1111/hsc.14056>
5. Gilmour H, Ramage-Morin P. Association de la fragilité et de la préfragilité avec un risque accru de mortalité chez les aînés canadiens. *Rapports sur la santé*. 2021;32(4):17-29. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202100400002-fra>
6. Frank K. La COVID-19 et le soutien social des aînés : les aînés ont-ils quelqu'un sur qui compter pendant les périodes difficiles? Ottawa (Ont.) :

Statistique Canada; 2020 [consultation le 28 juillet 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00007-fra.htm>

7. Kadowaki L, Wister A. Older adults and social isolation and loneliness during the COVID-19 pandemic: an integrated review of patterns, effects, and interventions. *Can J Aging*. 2023;42(2):199-216. <https://doi.org/10.1017/S0714980822000459>
8. Grover S, Sandhu P, Nijjar GS, et al. Older adults and social prescribing experience, outcomes, and processes: a meta-aggregation systematic review. *Public Health*. 2023;218:197-207. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.02.016>
9. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
10. Lin MC-M, Park G, Ashe MC. Intégration de la prescription sociale dans un système de santé régional canadien pour favoriser le vieillissement en santé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(9):436-441. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.06f>
11. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. *Int Encycl Educ*. 1994;3(2):37-43.
12. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
13. Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *Am Psychol*. 1992;47(1):6-22. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.1.6>
14. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):86. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2893-4>

-
15. Tierney S, Wong G, Roberts N, et al. Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. *BMC Med.* 2020;18(1):49. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1510-7>
 16. Azpiri J. Nearly 60% of British Columbians find it difficult to access a doctor or have no access at all: poll. *CBC News* [Internet]. 8 sept. 2022 [consultation le 28 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/angus-reid-institute-doctor-access-bc-1.6575386>
 17. Hamilton-West K, Milne A, Hotham S. New horizons in supporting older people's health and wellbeing: is social prescribing a way forward? *Age Ageing.* 2020;49(3):319-326. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa016>
 18. Bertotti M, Frostick C, Hutt P, Sohanpal R, Carnes D. A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19(3):232-245. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000706>
 19. Woodall J, Trigwell J, Bunyan AM, et al. Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):604. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3437-7>
 20. Dayson C. Social prescribing 'plus': a model of asset-based collaborative innovation? *People Place Policy.* 2017 ;11(2):90-104. <https://doi.org/10.3351/ppp.2017.4839587343>
 21. Morris D, Thomas P, Ridley J, Webber M. Community-enhanced social prescribing: integrating community in policy and practice. *Int J Community Well-Being.* 2022;5(1):179-195. <https://doi.org/10.1007/s42413-020-00080-9>
 22. Rhodes J, Bell S. "It sounded a lot simpler on the job description": a qualitative study exploring the role of social prescribing link workers and their training and support needs (2020). *Health Soc Care Community.* 2021; 29(6):e338-e347. <https://doi.org/10.1111/hsc.13358>
 23. Fixsen A, Seers H, Polley M, Robins J. Applying critical systems thinking to social prescribing: a relational model of stakeholder "buy-in". *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):580. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05443-8>

Exposé de politique fondé sur des données probantes

Utilisation des déterminants du vieillissement en bonne santé pour guider le choix des prescriptions sociales pour les aînés

Beth Mansell, M.S.P. (1); Anne Summach, M. Sc. inf. (2); Samantha Molen, M. Serv. soc. (3); Tammy O'Rourke, Ph. D. (4)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Exposé de politique par Mansell B et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)

Résumé

L'âge de la population canadienne augmente, ce qui nécessite l'utilisation de méthodes et d'outils innovants pour évaluer les besoins des aînés et cerner les pratiques efficaces en matière de prescription sociale et de soins de santé. En Alberta, un organisme communautaire de services aux aînés a entrepris d'élaborer et de tester l'indice des ressources pour un vieillissement en bonne santé (Healthy Aging Asset Index, HAAI), un outil d'évaluation et un guide de prescription sociale utilisable par divers professionnels au sein de la collectivité. L'outil a été élaboré pour l'évaluation du degré de complexité médicale des cas et pour la pratique du travail social. Il respecte les déterminants du vieillissement en bonne santé du Cadre du vieillissement en bonne santé (Healthy Aging Framework) de l'Alberta, lui-même fondé sur les déterminants du vieillissement en bonne santé de l'Organisation mondiale de la santé. Les résultats du projet pilote montrent que les aînés ont présenté une amélioration de leurs capacités fonctionnelles en lien avec ces déterminants au fil du temps grâce au soutien qu'ils ont obtenu pour surmonter leurs vulnérabilités. L'adoption d'outils comme le HAAI peut favoriser la cohésion des services de soutien offerts aux aînés dans l'ensemble du continuum de soins et pourrait réduire la pression exercée sur le système de santé en permettant d'offrir certains soins au sein de la collectivité, améliorant ainsi la capacité des systèmes de santé et du gouvernement à répondre aux besoins des aînés du Canada.

Mots clés : vieillissement en bonne santé, personnes âgées, aînés, santé communautaire, fragilité, orientation

Introduction

L'âge de la population canadienne augmente, tout comme la nécessité de comprendre les facteurs qui ont une incidence sur la capacité des aînés à bien vieillir au sein de la collectivité¹. Les organisations doivent élaborer des programmes pour tenir compte de ces facteurs. En effet, la population mondiale vieillit plus vite que jamais², et la capacité des systèmes de santé à fournir des soins aux aînés est limitée. La fragilité est l'un des facteurs qui a une influence sur la capacité des aînés à bien vieillir au sein de la collectivité. Les

aînés fragiles ont besoin de modèles de soins holistiques pour optimiser les résultats axés sur le patient et améliorer leur qualité de vie³. Malgré ce besoin, les recherches antérieures n'ont porté que sur la façon dont on pouvait effectuer le dépistage de la fragilité dans des contextes médicaux comme les soins primaires, les soins ambulatoires, les résidences-services, les maisons de soins de longue durée, les milieux de soins actifs et les unités de soins intensifs³. Les organismes communautaires qui utilisent une approche fondée sur les points forts pour accroître la résilience des aînés sont particulièrement

Points saillants

- L'indice des ressources pour un vieillissement en bonne santé (HAAI) est un outil d'évaluation de la prescription sociale utilisable par divers professionnels de la collectivité.
- Utiliser les déterminants du vieillissement en bonne santé peut éclairer la pratique de la prescription sociale dans différents domaines.
- L'outil HAAI peut aider à offrir certains soins en milieu communautaire plutôt qu'au sein du système de santé, améliorant ainsi la capacité des systèmes de santé à fournir des soins.
- Des investissements supplémentaires sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre de l'outil HAAI et les parcours de prescription sociale au sein des organisations communautaires.

bien placés pour déceler la fragilité et y répondre par le biais de programmes de prescription sociale, et les nouvelles pratiques et politiques devraient être orientées vers des solutions communautaires pour lutter contre la fragilité dans des systèmes qui ne relèvent pas de la médecine.

En Alberta, plus d'un million de personnes seront âgées de 65 ans ou plus d'ici

Rattachement des auteures :

1. Healthy Aging Alberta, Centraide de la région de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
2. Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
3. Sage Seniors Association, Edmonton (Alberta), Canada
4. Faculté des disciplines de la santé, Université d'Athabasca, Athabasca (Alberta), Canada

Correspondance : Beth Mansell, Healthy Aging Alberta, Centraide de la région de Calgary, 105 12 Ave SE, Calgary (Alberta) T2G 1A1; tél. : 780-913-9027; courriel : beth.mansell@healthyagingalberta.ca

2035⁴. Les aînés représentent actuellement moins d'un cinquième de la population du Canada, mais sont à l'origine de près de la moitié de l'ensemble des dépenses en soins de santé¹. De nombreux aînés vivent avec un certain degré de fragilité. Or il existe un lien entre la fragilité et les maladies chroniques, en particulier lorsqu'on tient compte du statut socio-économique. Par exemple, en Ontario, la proportion de personnes atteintes de cinq maladies chroniques ou plus est de 11 % dans les groupes à faible fragilité, de 26 % dans les groupes à fragilité moyenne et de 44 % dans les groupes à fragilité élevée⁵. Une fragilité accrue a été associée à un revenu inférieur à l'échelle du quartier⁵, et des travaux de recherche ont montré que les facteurs sociaux peuvent être un prédicteur d'hospitalisation⁶. Ces coûts et ces défis s'ajoutent à la pression exercée par la gestion des interventions post-COVID-19 au sein des systèmes de santé, notamment les longs temps d'attente pour les soins d'urgence et chirurgicaux, les difficultés à atteindre les objectifs de dépistage dans les milieux de soins primaires (tests de Pap, mammographies, dépistage du cancer de la prostate) et la fourniture de services de soins primaires en temps voulu pour des tâches simples, par exemple pour le renouvellement d'ordonnances.

Compte tenu des tendances démographiques marquées actuelles et de l'incapacité des systèmes de santé à répondre aux demandes de soins d'une population vieillissante, il est nécessaire de faire les choses différemment. Une des solutions potentielles consiste à déceler la fragilité à un stade précoce et à répondre aux besoins sociaux et non médicaux des aînés ailleurs que dans les cabinets de médecins et les milieux de soins primaires, en se fondant sur le principe du bon fournisseur au bon endroit et au bon moment, une approche que les planificateurs de systèmes ont adoptée pour améliorer l'efficacité et l'efficacité des services⁷. Fournir des soins aux aînés vivant dans la collectivité et répondre à leurs besoins est une tâche complexe. Des ressources et des outils appropriés sont donc nécessaires pour atteindre cet objectif, d'autant plus que le nombre d'aînés vivant dans la collectivité augmente en raison des changements démographiques. Par ailleurs, la complexité d'un cas a été identifiée comme un facteur clé contribuant à une utilisation accrue des soins de santé et les méthodes permettant d'identifier les personnes ayant besoin d'une évaluation

ciblée pour guider les interventions interdisciplinaires ont fait l'objet d'analyses dans la littérature⁸⁻¹². La prescription sociale a été définie comme « un moyen par lequel des professionnels de confiance en milieu clinique ou communautaire déterminent qu'une personne a des besoins sociaux liés à la santé qui ne sont pas d'ordre médical, et par lequel ils adressent cette personne à des services et à un soutien non cliniques au sein de la collectivité, par l'élaboration conjointe d'une prescription sociale, c'est-à-dire une prescription non médicale pour améliorer la santé et le bien-être de la personne et renforcer ses liens avec la communauté »^{13,p.9} [traduction]. L'évaluation de la complexité des cas et des risques connexes chez les aînés offre ainsi des opportunités de renforcer la résilience grâce à des options comme la prescription sociale et permet de contribuer à réduire les répercussions sur la santé en aval⁸.

Pour que la prescription sociale permette une orientation efficace des aînés vers un soutien et des services non cliniques, il est nécessaire de procéder à une évaluation globale conjointe (sociale et clinique), qui soit axée sur les forces, la résilience et le changement positif plutôt que sur les déficits et qui facilite l'intégration des services fournis par les organisations bénévoles et communautaires en collaboration avec les soins de santé primaires¹⁴. Or on manque d'outils d'évaluation répondant aux besoins d'évaluation sociale et clinique de cette population. Notre article porte sur l'élaboration d'un outil d'évaluation de ce type, l'indice des ressources pour un vieillissement en bonne santé (Healthy Aging Asset Index, outil HAAI dans la suite du texte), qui est fondé sur le cadre d'un vieillissement en bonne santé (Healthy Aging Framework, cadre HAF dans la suite du texte), et sur son utilisation potentielle par les organismes communautaires pour faciliter la prescription sociale et lutter contre la fragilité.

Élaboration de l'outil HAAI

L'outil HAAI a été élaboré pour faciliter une évaluation approfondie et exhaustive des facteurs de risque de déclin fonctionnel chez les aînés, dans un contexte où aucune méthode claire n'indique comment intervenir auprès des membres de cette population lorsqu'ils présentent des besoins sociaux et de santé complexes. Idéalement, toute personne offrant des services aux aînés en milieu communautaire

(où plus de 92 % des aînés vivent et ont des loisirs¹⁵) serait en mesure de déceler une fragilité et d'effectuer une évaluation du vieillissement en bonne santé. Une équipe interprofessionnelle a mis au point l'outil HAAI et a demandé une rétroaction à divers intervenants sur cet outil, qui utilise un langage simple pour favoriser une évaluation précoce et efficace ainsi que pour sélectionner les interventions cliniques et sociales nécessaires. Ces interventions s'intègrent au développement de plans d'action personnalisés pour assurer le vieillissement en bonne santé des aînés vivant dans la collectivité. Cette évaluation et ces interventions reposent sur un modèle de prescription sociale articulé à une approche holistique et anti-oppressive en matière de soins.

Cette approche part du principe que les problèmes de santé des aînés sont exacerbés par les conditions sociales dans lesquelles ils vivent et sur lesquelles ils n'ont aucune prise¹⁶. L'évaluation et la planification reposent également sur le principe selon lequel les aînés vivant dans la collectivité présentent différents niveaux de fragilité – certains sont « peu fragiles », beaucoup sont « modérément fragiles » et très peu sont « extrêmement fragiles », conformément aux catégories établies par l'échelle de fragilité clinique (Clinical Frailty Scale, CFS dans la suite du texte)¹⁷. Les plans individualisés permettent d'optimiser la prescription sociale en tenant compte du degré de complexité médicale et sociale des cas et en servant de fondement aux prescriptions cliniques et sociales, un type d'approche de prescription sociale intégrée qui n'est actuellement utilisée que de façon très limitée au Canada.

Nous avons réalisé une revue de la littérature sur la complexité des cas chez les aînés et chez d'autres populations mal desservies vivant dans la collectivité. Cette revue de la littérature scientifique et de la littérature grise a permis de recenser plusieurs outils qui prennent en compte des indicateurs de complexité au sein de la population. Aucun de ces outils ne met l'accent sur les points forts plutôt que sur les déficits et tous ces outils demeurent dépourvus de composantes d'évaluation sociale globale, deux éléments qui sont de plus en plus demandés dans la littérature^{18,19}. Les approches actuelles utilisées avec les aînés, en particulier les pratiques anti-oppressives et centrées sur la personne, sont axées sur les forces et mettent

l'accent sur les potentialités, les aptitudes et les capacités des aînés. Ces forces peuvent être acquises au fil des années et optimisées au sein d'un réseau de soutien composé de membres de la famille, d'amis et de fournisseurs de soins. Le fait d'identifier et d'utiliser ce que les aînés apportent à la relation de soins favorise l'inclusion, la validation et l'autonomisation¹⁸.

S'inspirant d'un outil d'évaluation utilisé par un organisme à but non lucratif d'Edmonton, l'outil HAAI a été élaboré pour analyser la polypharmacie, les maladies chroniques concomitantes et l'établissement de liens avec le personnel médical ainsi que divers facteurs sociaux comme la sécurité, la stabilité économique et le logement. Comme le projet pilote d'utilisation de l'outil a eu lieu au tout début de la pandémie de COVID-19, il était essentiel qu'il puisse être utilisé à la fois en personne et dans le cadre d'un rendez-vous de télésanté, afin de faciliter le soutien continu aux aînés qui rencontrent des obstacles importants en matière d'accès aux soins de santé. En outre, l'outil devait être utilisable, compréhensible et fiable pour tous les évaluateurs des besoins sociaux et de santé. Le produit élaboré utilise un langage axé sur les forces, cible un éventail de déterminants de la santé, est facile à utiliser, intègre la prescription sociale et fournit un score quantitatif qui peut être intégré aux plans d'évaluation et de réévaluation.

L'outil HAAI intègre sept domaines qui s'alignent sur les déterminants du vieillissement en bonne santé du cadre HAF²⁰. Le cadre HAF est un outil qu'on peut utiliser pour articuler, organiser et communiquer le travail des organismes de services aux aînés et qui se fonde sur les déterminants du vieillissement en bonne santé établis par l'Organisation mondiale de la santé²¹. Ces déterminants forment les domaines du cadre, chapeautant l'ensemble du travail. Ils se subdivisent en aires de service, puis en activités, résultats et impacts. Le cadre HAF peut être utilisé pour la planification stratégique, la définition des priorités, l'évaluation au sein des organismes et la coordination dans l'ensemble du secteur. Les déterminants du vieillissement en bonne santé jouent un rôle essentiel en ce qui concerne la façon dont les personnes font face à l'adversité, à des difficultés ou à des situations de vulnérabilité à mesure qu'elles vieillissent¹⁶. Les déterminants énumérés dans le cadre HAF ont été adaptés afin de créer les sept domaines

de l'outil HAAI : santé physique, bien-être personnel, santé mentale, soutien social, environnement physique, sûreté et sécurité et enfin engagement social.

Le fait de structurer l'outil HAAI en fonction du cadre HAF de l'Alberta permet à un évaluateur de déterminer facilement dans quels domaines une personne bénéficierait d'une prescription sociale. Pour ce faire, on utilise une série de questions par déterminant, chaque déterminant étant évalué sur une échelle à quatre points. Par exemple, pour le déterminant associé à l'environnement physique, les questions portent sur le logement, la pauvreté et les transports : « Avez-vous un endroit sûr où vivre, est-il abordable et voulez-vous continuer à y vivre? », « Est-il difficile de joindre les deux bouts chaque mois avec votre revenu actuel? » et « Comment vous rendez-vous normalement à vos rendez-vous ou comment faites-vous vos courses? ». En fonction des réponses, l'outil proposera diverses interventions comme de l'aide pour remplir une demande de logement abordable, de l'aide pour accéder à des prestations financières ou de l'aide pour trouver des options de transport. Les personnes ont rarement besoin d'une assistance dans tous les domaines, mais ont souvent besoin d'une intervention ciblée pour atteindre des objectifs précis comme un engagement social accru, des conditions de vie plus sûres, une meilleure sécurité financière ou une santé mentale stable.

Pour chaque déterminant, on calcule puis combine des scores par domaine. Un score de zéro dans un domaine est le signe d'un faible degré de complexité et d'une absence de preuve d'un besoin d'intervention. Les domaines pour lesquels un faible score a été enregistré au moyen de l'outil HAAI correspondent à des domaines de force et de résilience. Dans les domaines où le score est égal ou supérieur à un, un processus de prescription clinique et sociale est mis en œuvre pour intervenir à l'égard des facteurs contribuant à la vulnérabilité. Les domaines pour lesquels un score élevé a été enregistré correspondent à des zones de vulnérabilité. Les interventions cliniques et sociales suggérées visent à stabiliser la situation des aînés risquant de connaître une fragilité accrue dans la collectivité. Le score total HAAI quantifie la résilience globale de la personne ou sa situation en matière de ressources. Cette méthode est conforme aux lignes directrices en matière

de notation utilisées par d'autres outils d'évaluation de la complexité²².

Le fait de disposer d'un outil permettant une évaluation et une intervention directes est essentiel pour que le personnel non clinique puisse suivre le processus, le score HAAI fournissant des indications sur les types de prescriptions sociales envisageables pour renforcer la résilience dans des domaines particuliers¹⁹. Une approche qui optimise la participation de tous les professionnels et qui tient compte de tous les déterminants de la santé renforce la prestation de soins holistiques à l'intention des aînés²³. En outre, les scores obtenus dans les différents domaines peuvent aider à hiérarchiser les besoins en vue d'assurer le bien-être global de la personne, sachant que les priorités de l'évaluateur peuvent ne pas correspondre à celles de l'aîné et qu'elles devront de ce fait être discutées de manière collaborative.

Les activités de prescription clinique s'harmonisent aux soins médicaux habituels et intègrent l'optimisation des prescriptions, l'établissement de liens avec les soins primaires, les mesures de soutien en santé mentale et physique, l'établissement de liens avec les soins paramédicaux et la prise en charge des maladies chroniques. Les activités de prescription sociale portent sur les besoins de l'individu qui ne sont pas immédiatement identifiables comme « cliniques » ou « liés à la santé », bien que ces facteurs sociaux aient des effets importants sur l'état de santé et le bien-être futurs de la personne²³. Les évaluateurs collaborent avec chaque aîné pour créer un plan de ressources acceptable pour celui-ci et correspondant à ses objectifs en matière de santé et de bien-être. Les prescriptions sociales les plus efficaces sont plus spécifiquement celles qui sont élaborées par des travailleurs intégrés dans la collectivité et qui sont en lien avec diverses ressources bénévoles, communautaires et sociales¹⁴.

Méthodologie du projet pilote HAAI

À l'automne 2019, un financement a été obtenu pour tester l'outil HAAI auprès d'aînés considérés comme modérément fragiles. Les aînés ont été évalués à l'aide de l'échelle de fragilité clinique (CFS, pour Clinical Frailty Scale)¹⁷ afin de sélectionner un groupe susceptible d'amélioration sur le plan de la qualité (personnes ayant

obtenu un score se situant entre 4 et 6 à l'échelle CFS) pour lequel des évaluations supplémentaires avec le HAAI seraient effectuées. Les aînés ont été recrutés parmi les personnes ayant téléphoné à l'association des aînés : on les a invitées à remplir un questionnaire sur la fragilité adapté de l'échelle CFS afin de cerner lesquelles étaient peu fragiles ou modérément fragiles. On leur a demandé si elles accepteraient qu'un coordonnateur communautaire (agent de liaison) communique avec elles pour une évaluation supplémentaire à l'aide de l'outil HAAI. L'outil HAAI a été utilisé à titre d'évaluation gériatrique globale afin de déterminer les domaines de résilience et de vulnérabilité au sein de ce groupe d'aînés modérément fragiles. L'évaluation a été réalisée au moment de l'admission des participants au projet pilote, puis répétée à 3, 6 et 12 mois, afin de suivre l'évolution des scores au fil du temps.

Les aînés ayant été vus en personne ont également fait l'objet d'une évaluation reposant sur l'échelle de fragilité d'Edmonton (EFS)²⁴ à titre de mesure comparative. Ces scores à l'EFS ont été utilisés afin de fournir, pour les personnes ayant fait l'objet d'un dépistage à l'aide de l'outil HAAI, un contexte en matière de fragilité établi à partir d'une échelle validée²⁴. Ces données sont demeurées peu nombreuses en raison de la pandémie de COVID-19, ce qui a compliqué l'établissement d'une validité convergente. Les processus formels relatifs à la validité du contenu et à la fiabilité interévaluateurs étaient en cours au moment de la rédaction de cet article. Lors du projet pilote, l'utilisation de l'outil par différents types de professionnels a permis d'obtenir des perspectives approfondies lors du développement itératif de l'outil et d'avoir une approche plus solide lors de l'implantation de l'outil à l'échelle de la collectivité et des services sociaux. Les travailleurs sociaux ont reçu une formation leur permettant d'effectuer l'évaluation à l'aide de l'échelle CFS et de l'outil HAAI par téléphone ou en personne auprès des aînés vivant dans la collectivité. Ils ont essentiellement agi à titre de coordonnateurs communautaires, un rôle qui est bien décrit dans la littérature sur la prescription sociale²³. Ces coordonnateurs ont pris l'initiative de fournir un soutien à l'orientation, sous la direction du fournisseur de soins primaires de la personne aînée.

L'utilisation de l'outil HAAI a amené les coordonnateurs à recommander un nombre croissant d'interventions au fil du projet pilote afin de favoriser la création de ressources à l'intention des aînés. Cela a permis aux professionnels offrant des services non médicaux de proposer un large éventail d'interventions potentielles, ce qui a conduit à des discussions avec les aînés afin de leur permettre de sélectionner les soutiens les plus appropriés pour eux en matière de prévention et de moyens d'action. Cette pratique, facilitée par l'outil HAAI, repose sur le concept de prescription sociale, un système structuré d'orientation des personnes vers une gamme de services cliniques et non cliniques et de mise à profit du secteur communautaire pour répondre aux besoins des individus.

Résultats

À la fin du projet pilote de l'outil HAAI en 2022, nous avons réalisé une analyse statistique visant à mesurer les effets du programme et de l'outil sur le niveau de capacités fonctionnelles des participants. Nous avons pu recueillir des données sur 77 personnes de 50 ans et plus, pour quatre périodes de mesure allant de l'évaluation initiale au dernier suivi. L'outil HAAI a été utilisé 210 fois lors du projet pilote, les participants n'ayant pas tous effectué le nombre total d'évaluations de suivi. L'analyse statistique a mis en évidence la nécessité de normaliser la composition des catégories car, étant donné que les domaines des déterminants d'un vieillissement en bonne santé comprenaient initialement deux, trois ou quatre questions, il a été difficile de réaliser une analyse comparative entre les divers domaines. Lors de l'analyse des effets du programme HAAI et des prescriptions sociales mises en œuvre, les scores HAAI globaux ont montré une amélioration statistiquement significative après 12 mois, après ajustement pour l'âge et le sexe.

Il est cependant plus important de considérer les scores et l'amélioration correspondant à chaque domaine précis des déterminants d'un vieillissement en bonne santé, dans la mesure où les prescriptions sociales ciblent un domaine plutôt que le score HAAI dans son ensemble. Pour un résultat optimal, le score obtenu à l'aide de l'outil doit être le plus bas possible. Pour ce projet pilote, les scores les plus élevés ont été obtenus pour les domaines de la santé physique et de l'engagement social, ce qui a permis de conclure que

ces domaines étaient les plus problématiques pour les participants. Les domaines les moins préoccupants pour la majorité des participants étaient la sûreté et sécurité ainsi que le bien-être personnel, un résultat qui est étayé par la littérature²⁵.

Compte tenu du type de données et du nombre d'aînés ayant fait l'objet d'une évaluation, nous avons estimé qu'un modèle de régression ajusté en fonction des données de panel avec effets aléatoires était le plus approprié. Pour vérification, des modèles statistiques supplémentaires ont été exécutés à l'aide des analyses habituelles de régression par la méthode des moindres carrés ordinaires, de l'analyse de la variance (ANOVA) et des données de panel avec effets fixes. L'analyse de régression sur données de panel est plus appropriée que l'analyse de la variance (ANOVA) dans le cas présent, car elle permet de tenir compte des valeurs manquantes. Des effets aléatoires ont été utilisés plutôt que des effets fixes afin de vérifier si l'âge et le sexe du client étaient significatifs.

À l'évaluation à 12 mois, on a observé une réduction statistiquement significative du score HAAI des clients par rapport à leur score lors de l'évaluation initiale. Dans notre analyse, cette réduction correspond à une diminution de 4,1 points (IC à 95 % : 2,61 à 7,26; $p < 0,001$) du score total après ajustement pour l'âge et le sexe.

Les résultats de la régression pour le score global HAAI sont présentés ci-dessous (tableau 1). Le temps, l'âge et le sexe expliquent ensemble environ 20 % de la variation du score HAAI d'une personne et un peu moins de 12 % de la variation des scores HAAI entre individus. Par rapport à l'évaluation initiale, il n'y a pas eu de changement significatif dans le score global HAAI à 3 mois ou à 6 mois. Comparés aux femmes, les hommes ne présentaient pas de différence statistiquement significative pour le score HAAI. Par rapport aux aînés de 50 à 64 ans, les scores HAAI des aînés de 65 à 74 ans n'offraient pas de différence statistiquement significative alors que les scores des 75 ans et plus étaient nettement inférieurs (de 6,51 points; $p < 0,01$).

L'analyse des données du projet pilote a également mis en évidence les domaines pour lesquels les plus grandes améliorations ont été observées durant la période

TABEAU 1
Synthèse de l'analyse par régression des scores HAAI, ajustée en fonction des données de panel avec effets aléatoires et décomposée par domaine

Variable	Santé mentale (sur 12)	Bien-être personnel (sur 9)	Environnement physique (sur 9)	Santé physique (sur 12)	Sûreté et sécurité (sur 6)	Soutien social (sur 9)	Engagement social (sur 9)
Moment – évaluation initiale	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence
Moment – à 3 mois	-0,0798	-0,0987	-0,3304	0,2025	-0,3821***	0,3407*	0,2264
Moment – à 6 mois	-0,0862	-0,3292*	-0,4923**	0,1095	-0,5625***	0,2896	0,0515
Moment – à 12 mois	-0,4807*	-0,4945**	-0,8170***	-0,4639	-0,6382***	0,0533	-1,2147***
Sexe – femme	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence
Sexe – homme	-0,4678	-0,0483	0,3332	0,1360	0,0708	0,3954	0,2673
Âge – 50 à 64 ans	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence
Âge – 65 à 74 ans	-1,6795**	-0,1844	-0,8233	0,4291	-0,8358**	0,2233	-1,1505*
Âge – 75 ans et plus	-1,9816***	-0,2394	-1,8825***	-0,4730	-0,9145**	0,0549	-1,0425*
Constante	3,5441***	1,0098***	3,1871***	4,7363***	1,6647***	1,1038***	4,1188***

Abréviation : HAAI, Healthy Aging Asset Index, ou indice des ressources pour un vieillissement en bonne santé.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

d'essai, révélant des améliorations statistiquement significatives immédiates des scores en matière de sûreté et de sécurité, des améliorations à 6 mois pour le bien-être personnel et l'environnement physique ainsi que des améliorations à 12 mois pour la santé mentale et l'engagement social. Les scores obtenus dans le domaine de la santé physique n'ont pas montré d'amélioration significative au cours du projet pilote d'un an (tableau 1). Les moins bons scores dans le domaine du soutien social sont difficiles à interpréter, mais sont peut être liés au fait que le projet a été lancé au début de la pandémie de COVID-19.

Contrairement aux outils traditionnels d'évaluation de la fragilité ou d'évaluation gériatrique, le projet pilote d'utilisation de l'outil HAAI a permis d'optimiser le rôle relationnel du coordonnateur communautaire, qui a permis que les interventions choisies concordent avec les objectifs et les ressources dont disposaient les aînés, plaçant ces derniers au centre du processus et aux commandes. L'utilisation d'approches modernes en travail social, comme l'accompagnement axé sur les solutions et l'entretien motivationnel²⁶, permet de renforcer le rôle de l'outil HAAI non seulement en tant qu'instrument d'évaluation, mais aussi en tant qu'outil de collaboration favorisant l'établissement d'un partenariat actif avec les clients. L'outil HAAI va

au-delà du modèle de résolution immédiate des problèmes (administration d'un traitement seulement) utilisé couramment dans la pratique actuelle du travail social de première ligne, et favorise plutôt une philosophie de la pratique qui encourage l'établissement de meilleures relations et un bien-être global et à long terme – une approche préventive préconisée par de nombreux professionnels du travail social¹⁰. Les futures recherches viseront des mesures possibles quant à la manière dont l'outil HAAI influence la santé en général et quant aux répercussions de l'outil sur l'utilisation des ressources en santé. Le fait de combiner l'analyse avec d'autres mesures comme la durée du séjour lors d'une hospitalisation, la qualité de vie, le déplacement vers des établissements offrant des niveaux de soins plus élevés ou le nombre de visites aux urgences peut fournir des données pertinentes pour renforcer l'élargissement et le financement public des programmes de prescription sociale.

Options de politiques et de programmes

L'outil HAAI, qui a été élaboré et conçu pour être utilisé dans les secteurs de la santé et des services sociaux, améliore la capacité des systèmes de santé et communautaires à repérer les aînés ayant des besoins complexes et cherchant un soutien. Il permet également de définir clairement

les options potentielles dont disposent les aînés pour résoudre ou aborder les problèmes qui pourraient, au fil du temps, contribuer à une fragilité accrue, à une augmentation des coûts pour la société et à un accroissement des pressions exercées sur le système. Les soins préventifs et communautaires constituent une priorité importante pour les gouvernements locaux, provinciaux et fédéraux.

Comme nous l'avons vu, la plupart des aînés (92 %) résident en logement privé¹⁵ et ont besoin d'avoir accès à un réseau de soutien communautaire qui permette le vieillissement chez soi. Les collectivités ont quant à elles besoin d'un financement adéquat pour ce réseau de soutien, ainsi que d'un coordonnateur communautaire ou d'un agent de liaison spécialisé pour réaliser des évaluations globales à l'aide de l'outil HAAI. Bien que les cliniciens en soins primaires soient conscients des effets des déterminants pour un vieillissement en bonne santé sur les aînés vivant dans la collectivité, ils ne sont pas en mesure de donner des conseils sur les ressources disponibles au sein de leur collectivité. Le succès du modèle de prescription sociale repose sur la connaissance de ressources communautaires en constante évolution, une expertise que l'on ne saurait exiger de la part des professionnels de la santé et que les travailleurs sociaux n'ont peut-être pas la capacité de maintenir. L'outil HAAI

aide l'agent de liaison à acquérir et organiser ces connaissances. Il permet également de relier les domaines des déterminants d'un vieillissement en bonne santé à des bases de données de ressources, par exemple le service 211 d'information et d'orientation offert dans certaines provinces.

Le fait d'assurer un accès et une communication sans faille entre les cliniques médicales et les agents de liaison permettra aux cliniciens de procéder simplement à une orientation vers les structures de prescription sociale en place. L'outil HAAI, utilisé conjointement avec un mécanisme de dépistage comme l'échelle CFS, indiquera ensuite clairement la voie à suivre pour la prescription sociale et les interventions connexes à mettre en œuvre. Il est possible d'utiliser ces outils pour reconnaître et traiter la fragilité dans des systèmes qui ne relèvent pas de la médecine, sachant que la fragilité existe sur un continuum et qu'elle peut être atténuée par diverses interventions sociales et cliniques. Le processus de prescription sociale doit être clair, accessible et simple à évaluer, sinon il sera relégué au bas de la liste des priorités des cliniciens, malgré sa valeur.

L'optimisation des approches communautaires de soutien aux aînés est essentielle pour assurer la santé générale de notre société et faire en sorte que les soins restent abordables à long terme pour cette population. Le fait d'accorder de l'importance aux besoins sociaux comme un logement abordable, la sécurité financière et la sécurité alimentaire permettra aux aînés de vivre en meilleure santé et de réduire leur utilisation du système de santé. Cette action préventive (se concentrer sur les besoins sociaux) ne consistera pas à transférer le fardeau d'un système à l'autre, mais sera plus efficace et économique, puisque les personnes pourront plus facilement accéder aux ressources et au soutien qui répondent à leurs besoins avant de devoir faire appel au système de santé. Pour réussir cette transition du système de soins de santé vers le milieu communautaire, un financement public est indispensable afin de soutenir l'élaboration de modèles de prescription sociale et de veiller à ce que les outils et les processus s'appuient sur la recherche actuelle. On sait que l'outil HAAI améliore le processus d'évaluation et d'intervention, et son utilisation peut faire progresser davantage les approches de prescription sociale au sein de la collectivité. Pour promouvoir l'outil HAAI, il est essentiel que le secteur

de la santé et le secteur des services communautaires aux aînés prônent davantage son utilisation et l'importance du rôle de l'agent de liaison, comme cela a été fait dans d'autres administrations²³.

L'outil HAAI permet également aux organisations communautaires d'évaluer l'efficacité des interventions à l'aide d'un cadre commun. Au cours du projet pilote de l'outil HAAI, les évaluations ont été répétées 3, 6 et 12 mois après l'admission dans le programme, ce qui a permis d'analyser les répercussions de la prescription sociale et clinique mise en œuvre au cours du processus. Ces informations sont utiles pour éclairer les décisions en matière de politiques et de programmes à tous les ordres de gouvernement. Par exemple, dans le cadre du projet pilote, les scores les plus élevés correspondaient au domaine de la santé physique, mais ils ne se sont pas améliorés de manière importante sur 12 mois. Cela pourrait signifier que les options d'intervention dans le domaine de la santé physique ne répondent pas aux besoins des individus, et qu'un financement supplémentaire dans ce secteur est nécessaire pour élaborer de nouveaux programmes et services. Idéalement, la mise en œuvre de l'outil auprès d'un groupe plus vaste fournirait des données plus solides sur lesquelles fonder l'analyse, ce qui permettrait de mieux comprendre les répercussions de la prescription sociale sur la trajectoire d'un vieillissement en bonne santé.

Obstacles à la mise en œuvre

L'utilisation des organismes de services communautaires aux aînés à titre de ressources dans un modèle de prescription sociale peut permettre d'éviter que les aînés aient besoin de niveaux de soins plus élevés entraînant des coûts supérieurs. Cependant, la transition du système de soins de santé vers le milieu communautaire suppose que les organismes de services communautaires aux aînés sont prêts, ce qui n'est pas forcément le cas : il est clair qu'il faut faire progresser la recherche, améliorer la collaboration intersectorielle et renforcer les capacités du système à cet égard. Une étude systématique portant sur les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre et à la fourniture d'un service de prescription sociale au Royaume-Uni a révélé que l'état de préparation des organisations était un facteur clé de la réussite d'un programme de prescription sociale²⁷. Il faut que les

organisations soient « prêtes à naviguer » et qu'une approche multisectorielle et collaborative de gestion de projet soit adoptée²⁷. En Alberta, le secteur des services aux aînés est relativement peu coordonné et les organismes se heurtent à des difficultés en raison de l'absence d'outils de collaboration, de processus d'orientation simplifiés, de leadership sectoriel et de cadres d'action communs²⁸. Toutefois, les travaux en cours par le biais de Healthy Aging Alberta peuvent être mis à profit pour promouvoir l'adoption d'outils comme le HAAI.

Les capacités limitées des organismes de services communautaires aux aînés ont également pour effet de restreindre la mise en œuvre complète d'outils d'évaluation comme le HAAI. Le personnel de première ligne est surchargé de travail en raison de la demande croissante de services, car il ne dispose pas des fonds nécessaires pour le personnel et les programmes. Cette situation entraîne des difficultés en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel et complique la mise en œuvre de processus systématiques de gestion du changement. Au Royaume-Uni, on a constaté qu'un personnel contractuel temporaire et une rotation du personnel sont des obstacles à la mise en œuvre de la prescription sociale²⁷. Lorsque nous déplaçons les soins vers le milieu communautaire, il convient d'accorder une plus grande importance à ces rôles de première ligne, car ils facilitent les interventions sociales fondées sur les relations et peuvent accroître les effets positifs sur la santé et le bien-être des individus. Les programmes et le personnel des services communautaires aux aînés doivent être soutenus au même titre que les interventions cliniques fournies par des professionnels de la santé.

Il n'existe actuellement aucune approche systémique ou systématique de la prestation de services non médicaux dans la collectivité, incluant l'évaluation et l'intervention, qui vise à soutenir cette transition du système de soins de santé vers les soins en milieu communautaire. On a constaté que l'absence de consensus sur le meilleur outil d'évaluation de la fragilité était un obstacle à la mise en œuvre des évaluations de la fragilité en milieu clinique, bien que les outils soient adaptables à différents contextes²⁹. Or une approche systémique est essentielle à la réussite et à la durabilité d'un modèle de prescription sociale – modèle où un agent de liaison

créé des liens avec les services non médicaux nécessaires et aide les travailleurs sociaux à répondre aux besoins des aînés. La réalisation d'une évaluation avant la prescription sociale s'est révélée être l'un des trois éléments essentiels à l'obtention d'effets positifs sur la solitude, la santé et le bien-être des aînés³⁰.

À l'heure actuelle, les travailleurs sociaux œuvrant dans le secteur des services médicaux et des services communautaires sont submergés par une charge de travail de plus en plus lourde et complexe. Pour surmonter cette difficulté, on doit, de manière systématique, assurer la formation des agents de liaison, mobiliser les organismes de services communautaires aux aînés et recruter activement des partenaires cliniques pour participer à des projets pilotes de prescription sociale progressifs. La démonstration de la validité de ce principe au sein des organismes communautaires locaux devrait conduire à une intégration plus complexe au sein des organisations de santé, ce qui conduira en retour à renforcer les effets du modèle sur la santé et les finances.

Conclusion

Le processus d'élaboration et de mise à l'essai d'un outil d'évaluation du vieillissement en bonne santé fondé sur les déterminants du vieillissement en bonne santé nous a donné des indications précieuses sur la façon dont la prescription sociale pourrait être rationalisée et utilisée au sein des organismes de services communautaires aux aînés. Les aînés vivant dans la collectivité ont souvent besoin d'un soutien ciblé, dans le but de favoriser des degrés plus élevés de fonctionnement pour un déterminant clé de la santé en particulier. À cet égard, l'outil HAAI guide non seulement l'évaluation du vieillissement, mais fournit également des prescriptions sociales potentielle afin d'aborder les domaines de vulnérabilité cernés par l'évaluation. L'utilisation cohérente d'un tel outil, dans les domaines de pratique et avec les différents professionnels fournissant des soins aux aînés, permettra de rationaliser l'évaluation, la prestation de services et la collecte de données. Idéalement, les données obtenues grâce à l'utilisation généralisée de l'outil HAAI soutiendront la prise de décision gouvernementale dans le secteur des services aux aînés, éclaireront les investissements dans les programmes et susciteront des

approches novatrices de prestation des services.

Remerciements

Le projet pilote HAAI a bénéficié d'une subvention d'Excellence en santé Canada. Le projet a également été soutenu par le personnel de la Sage Seniors Association d'Edmonton en Alberta.

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteures et avis

BM : rédaction de la première version du manuscrit, administration du projet, relectures et révisions.

AS : conception, méthodologie, administration du projet, relectures et révisions.

SM : relectures et révisions.

TO : conception, méthodologie, administration du projet, relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Gibbard R. Veiller aux besoins en matière de soins de santé de la population vieillissante—Juillet 2018. Ottawa (Ont.) : Le Conference Board du Canada; 2018. 12 p. En ligne à : <https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/Conference%20Board%20of%20Canada%20-%20Meeting%20the%20Care%20Needs%20of%20Canada%27s%20Aging%20Population%20%28%29.PDF>
2. National Institutes of Health (NIH). World's older population grows dramatically [Internet]. Bethesda (MD): NIH; 2016. En ligne à : <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/worlds-older-population-grows-dramatically>
3. Muscedere J, Andrew MK, Bagshaw SM, et al. Screening for frailty in Canada's health care system: a time for action. *Can J Aging*. 2016;35(3):281-297. <https://doi.org/10.1017/S0714980816000301>

4. Alberta Treasury Board and Finance. Population projections: Alberta and census divisions, 2020-2046. Edmonton (Alb.): Government of Alberta; 2020. En ligne à : <https://open.alberta.ca/dataset/90a09f08-c52c-43bd-b48a-fda5187273b9/resource/bb7c6ef6-ade5-4def-ae55-ef1fd5d4e563/download/2020-2046-alberta-population-projections.pdf>
5. Mangin D, Lawson J, Risdon C, et al. Association between frailty, chronic conditions and socioeconomic status in community-dwelling older adults attending primary care: a cross-sectional study using practice-based research network data. *BMJ Open*. 2023;13(2):e066269. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066269>
6. Ardekani A, Fereidooni R, Heydari ST, Ghahramani S, Shahabi S, Lankarani KB. The association of patient-reported social determinants of health and hospitalization rate: a scoping review. *Health Sci Rep*. 2023;6(2):e1124. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1124>
7. Government of Alberta. Health [Internet]. Edmonton (Alb.): Ministry of Health; 2023 [consultation le 31 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.alberta.ca/health.aspx>
8. Eamer G, Al-Amoodi MJH, Holroyd-Leduc J, Rolfson DB, Warkentin LM, Khadaroo RG. Review of risk assessment tools to predict morbidity and mortality in elderly surgical patients. *Am J Surg*. 2018;216(3):585-594. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.04.006>
9. Huyse FJ, Stiefel FC, de Jonge P. Identifiers, or "red flags," of complexity and need for integrated care. *Med Clin North Am*. 2006;90(4):703-712. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.05.003>
10. McCave E, Rishel C. Prevention as an explicit part of the social work profession: a systematic investigation. *Adv Soc Work*. 2011;12(2):226-240. <https://doi.org/10.18060/1444>
11. Mulligan K, Hsiung S, Bhatti S, Rehel J, Rayner J. La prescription sociale en Ontario. Toronto (Ont.): Alliance pour des communautés en santé; 2020. En ligne à : https://cdn.ymaws.com/aohc_site-ym.com/resource/group/e0802d2e-298a-4d86-8af5-21156f9c057f/rx_community_final_report_fr.pdf

12. Rasiah J, O'Rourke T, Dompé B, et al. Customizing a program for older adults living with frailty in primary care. *J Prim Care Community Health*. 2021;12. <https://doi.org/10.1177/21501327211034807>
13. Muhl C, Mulligan K, Bayoumi I, Ashcroft R, Godfrey C. Establishing internationally accepted conceptual and operational definitions of social prescribing through expert consensus: a Delphi study. *BMJ Open*. 2023; 13(7):e070184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070184>
14. Tierney S, Wong G, Roberts N, et al. Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. *BMC Med*. 2020; 18:49. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1510-7>
15. Statistique Canada. La situation des personnes âgées dans les ménages [Internet]. Ottawa (Ont.): Gouvernement du Canada; 2012 [consultation le 31 juillet 2023]. En ligne à : https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.cfm
16. Hulko W, Brotman S, Stern L, Ferrer I. Gerontological social work in action: anti-oppressive practice with older adults, their families, and communities. New York (NY): Routledge; 2019.
17. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
18. Mendenhall A, Carney M, editors. Rooted in strengths: celebrating the strengths perspective in social work. Lawrence (KS): University of Kansas Libraries; 2020. En ligne à : http://www.smartstrengths.institute/wp-content/uploads/2020/07/Rooted-in-Strengths_2020_5.pdf
19. Summach A, Chan T, O'Rourke T. Healthy Aging Asset Index: a novel approach to assessment and intervention. *J Aging Soc Change*. 2023;13(2): 87-102. <https://doi.org/10.18848/2576-5310/CGP/v13i02/87-102>
20. Healthy Aging Alberta. An introduction to the Healthy Aging Framework. Calgary (AB): Healthy Aging Alberta; 2022. En ligne à : <https://corealberta.ca/files/preview/27596>
21. World Health Organization (WHO). WHO clinical consortium on healthy ageing. Topic focus: frailty and intrinsic capacity. Consortium meeting 2016 Dec 1-2, Geneva, Switzerland. Genève (CH) : WHO; 2017. En ligne à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272437/WHO-FWC-ALC-17.2-eng.pdf>
22. Peek CJ, Baird MA, Coleman E. Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health*. 2009;27(4):287-302. <https://doi.org/10.1037/a0018048>
23. British Medical Association. Social prescribing: making it work for GPs and patients. London (UK): British Medical Association; 2019. En ligne à : <https://www.bma.org.uk/media/1496/bma-social-prescribing-guidance-2019.pdf>
24. Rolfson D, Majumdar S, Tsuyuki R, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-529. <https://doi.org/10.1093/ageing/af041>
25. Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BC, Brayne C. Operational definitions of successful aging: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2014; 26(3):373-381. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>
26. Payne M. Modern social work theory. 4th ed. New York (NY): Oxford University Press; 2020.
27. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1): 86. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2893-4>
28. United Way of Calgary and Area. Healthy Aging Alberta [Internet]. Calgary (Alb.): United Way of Calgary and Area; 2022 [consultation le 31 juillet 2023]. En ligne à : <https://calgaryunitedway.org/healthy-aging-alberta/>
29. Boreskie KF, Kay JL, Boreskie PE, Arora RC, Duhamel TA. Frailty-aware care: giving value to frailty assessment across different healthcare settings. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02722-9>
30. Rapo E, Johansson E, Jonsson F, Hörnsten Å, Lundgren AS, Nilsson I. Critical components of social prescribing programmes with a focus on older adults – a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2023; 41(3):326-342. <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2237078>

Commentaire

Intégration de la prescription sociale dans un système de santé régional canadien pour favoriser le vieillissement en santé

Margaret Chen-Mei Lin, MHLP (1); Grace Park, M.D., CCMF, EMBA (1); Maureen C. Ashe, Ph. D. (2)

Introduction

La prescription sociale est un modèle de soins de santé et de services sociaux en plein essor. Le concept de la prescription sociale repose sur des pratiques cliniques bien connues, comme l'aiguillage vers des services communautaires, les programmes intégrés de soins de santé et de services sociaux¹ et les modèles d'intervenants-pivots^{2,3}. Bien que la prescription sociale ait été conçue au Royaume-Uni pour le domaine de la santé mentale et des soins sociaux, il existe de nombreux exemples de modèles de secteurs et de parcours d'intervention reposant sur la prescription sociale⁴. Ici au Canada, la prescription sociale commence à être utilisée à divers endroits dans les provinces, et les différentes façons de la mettre en œuvre reflètent le contexte local des populations et des lieux.

La Colombie-Britannique compte cinq régions régionales de santé, une région de santé des Premières Nations et une région provinciale de santé qui supervise les services spécialisés. Fraser Health, la plus grande des cinq régions régionales de santé de la Colombie-Britannique, emploie 45 000 travailleurs de la santé et fournit des services de santé hospitaliers et communautaires à plus de 1,9 million de personnes dans 20 communautés diversifiées, dont à plus de 320 000 adultes de plus de 65 ans⁵. Depuis 2019, Fraser Health travaille en partenariat avec Centraide Colombie-Britannique pour soutenir la mise en pratique de la prescription sociale auprès des aînés.

Nous présentons une synthèse de l'expérience de l'équipe de Fraser Health chargée d'intégrer la prescription sociale dans la

pratique, afin d'éclairer les autres organismes de santé, les décisionnaires et les prestataires de soins de santé susceptibles d'entreprendre un processus similaire. Nous décrivons la mise au point et la structure du modèle de prescription sociale de la Colombie-Britannique et présentons ensuite une synthèse des stratégies de l'équipe destinées à soutenir l'intégration du modèle de prescription sociale. Nous concluons ce travail par des réflexions sur les points forts et les défis que nous avons recensés pendant ce travail d'intégration régionale.

Création conjointe du modèle de prescription sociale en Colombie-Britannique et la région de Fraser Health

Le modèle de prescription sociale de Fraser Health a été élaboré dans le cadre d'un partenariat entre le gouvernement provincial, Centraide Colombie-Britannique, d'autres organismes communautaires sans but lucratif, les divisions de médecine familiale de la Colombie-Britannique (qui représentent les médecins de premier recours de la province) et les équipes de Fraser Health, dont le Conseil consultatif des patients et des familles. Ce partenariat a été mis sur pied en 2019, lorsque le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a fourni du financement pour un nouveau programme offert par Centraide Colombie-Britannique⁶. À cette époque, Fraser Health avait lancé l'initiative Community Actions and Resources Empowering Seniors (CARES) [Mesures et ressources communautaires pour favoriser l'autonomisation des aînés], qui encourage les prestataires de soins primaires communautaires à recenser les aînés fragiles, à les prendre en charge et à élaborer un plan de soins, sur la base de données

Commentaire par Lin MC et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Points saillants

- La Colombie-Britannique a élaboré un modèle de prescription sociale à l'échelle de la province pour soutenir les aînés grâce à des partenariats étroits entre les établissements de soins de santé et les organismes communautaires.
- Une région régionale de santé, Fraser Health, a une équipe régionale spécialisée qui travaille à intégrer la prescription sociale au système de santé par des interactions significatives avec des partenaires multi-sectoriels et l'élaboration conjointe continue de programmes, au moyen de stratégies comme la gestion du changement et les cycles de planification, d'exécution, d'étude et d'action (de Plan-Do-Study-Act, soit Planification-Exécution-Étude-Action).
- Les ressources du milieu et le soutien des organismes sont des facteurs importants qui ont facilité la poursuite de ces travaux d'intégration.
- Un financement à long terme et une hausse des partenariats entre les établissements de soins de santé et les organismes communautaires seront essentiels à la pérennisation du modèle de prescription sociale en Colombie-Britannique.

Rattachement des auteurs :

1. Fraser Health, Surrey (Colombie-Britannique), Canada

2. Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Margaret Chen-Mei Lin, Fraser Health, 13450 102nd Avenue, bureau 400, Central City Tower, Surrey (C.-B.) V3T 0H1; tél. : 604-721-9219; courriel : chenmei.lin@fraserhealth.ca

probantes indiquant que la fragilisation peut être retardée ou prévenue⁷. Cette initiative a permis d'implanter le modèle de soins dans deux collectivités locales afin de diffuser ensuite l'innovation dans toute la région. Un partenariat entre CARES et Centraide Colombie-Britannique a permis aux prestataires communautaires de Fraser Health de s'associer aussi à des organismes sans but lucratif locaux afin de créer un nouveau rôle de pair aidant, appelé « agent de liaison communautaire pour les aînés » (ALC dans la suite du texte), afin d'aider les aînés à s'y retrouver dans les services offerts.

Entre 2019 et décembre 2023, 20 ALC ont travaillé dans différentes zones de la Colombie-Britannique. Les ALC sont des employés embauchés par des organismes communautaires sans but lucratif locaux, mais ces postes sont financés par une subvention du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et gérés par Centraide Colombie-Britannique⁶. Les ALC ont de nombreuses caractéristiques en commun avec les agents de liaison communautaires dans le modèle de prescription sociale du Royaume-Uni⁸. Par exemple, ils utilisent une approche fondée sur les forces pour répondre aux besoins sociaux non médicaux non comblés, repérer les aînés et les mettre en contact avec des ressources communautaires et assurer un suivi au fil du temps⁸. Les ALC ont des formations et des expériences variées, que ce soit en travail social ou en soins infirmiers, ou encore des expériences de travail dans le secteur sans but lucratif.

Les ALC de chaque zone desservie reçoivent des clients qui ont été aiguillés vers eux par des prestataires de soins de santé, des aînés eux-mêmes, leurs amis ou leur famille. En fonction des besoins et des préférences de la personne, l'ALC offre un soutien personnalisé pour faciliter l'accès aux ressources communautaires, ce qui peut aller du soutien alimentaire et nutritionnel aux activités physiques et sociales offertes dans la collectivité de la personne aînée. Après la première rencontre, la personne aînée et l'ALC fixent des objectifs, créent conjointement un plan de bien-être et élaborent ensemble un plan de suivi.

Intégration de la prescription sociale dans le système de santé

Rôle de l'équipe de prescription sociale de Fraser Health

Une équipe de prescription sociale a été constituée à Fraser Health à partir de

l'initiative CARES afin de soutenir l'intégration de la prescription sociale dans le système de santé régional. L'équipe de prescription sociale de Fraser Health comprend huit membres principaux, qui se rencontrent chaque semaine pour suivre l'avancement du projet et discuter des stratégies. Fraser Health emploie deux « responsables du changement » pour la prescription sociale afin de soutenir pleinement cette initiative. Leur rôle est de mettre en œuvre et de faciliter les améliorations organisationnelles au moyen de stratégies de gestion du changement. L'une des responsables possède de l'expérience en tant qu'infirmière clinicienne enseignante en santé communautaire, l'autre étant l'infirmière autorisée qui a coordonné l'initiative CARES. Ces deux responsables du changement sont appuyées par six membres de l'équipe en poste au sein de l'équipe régionale des services à domicile et en milieu communautaire de Fraser Health : une directrice des activités de service, une directrice médicale régionale, une infirmière clinicienne spécialisée, une infirmière clinicienne enseignante, une enseignante clinicienne en travail social et une responsable clinique en ergothérapie. L'équipe travaille également avec des consultants du service des communications et de l'optimisation des systèmes de Fraser Health.

L'équipe de prescription sociale joue un rôle essentiel dans l'intégration du modèle complexe que constitue la prescription sociale, les membres de l'équipe agissant à titre de spécialistes du soutien à la mise en œuvre, leur utilité ayant été démontrée par des études en science de la mise en œuvre⁹⁻¹¹. Un spécialiste du soutien à la mise en œuvre est « un facilitateur, un encadreur, un courtier du savoir et un fournisseur d'aide technique qui contribue à la mise en œuvre de programmes et de pratiques fondés sur des données probantes [...] pour corroborer et barémiser les données de recherche afin d'améliorer les résultats de la population et les rendre équitables »¹¹, p. 2 [traduction]. À Fraser Health, les deux responsables du changement assument le rôle de spécialistes du soutien à la mise en œuvre et créent conjointement des stratégies avec des partenaires pour intégrer la prescription sociale, améliorer sans cesse la qualité et pérenniser le programme¹².

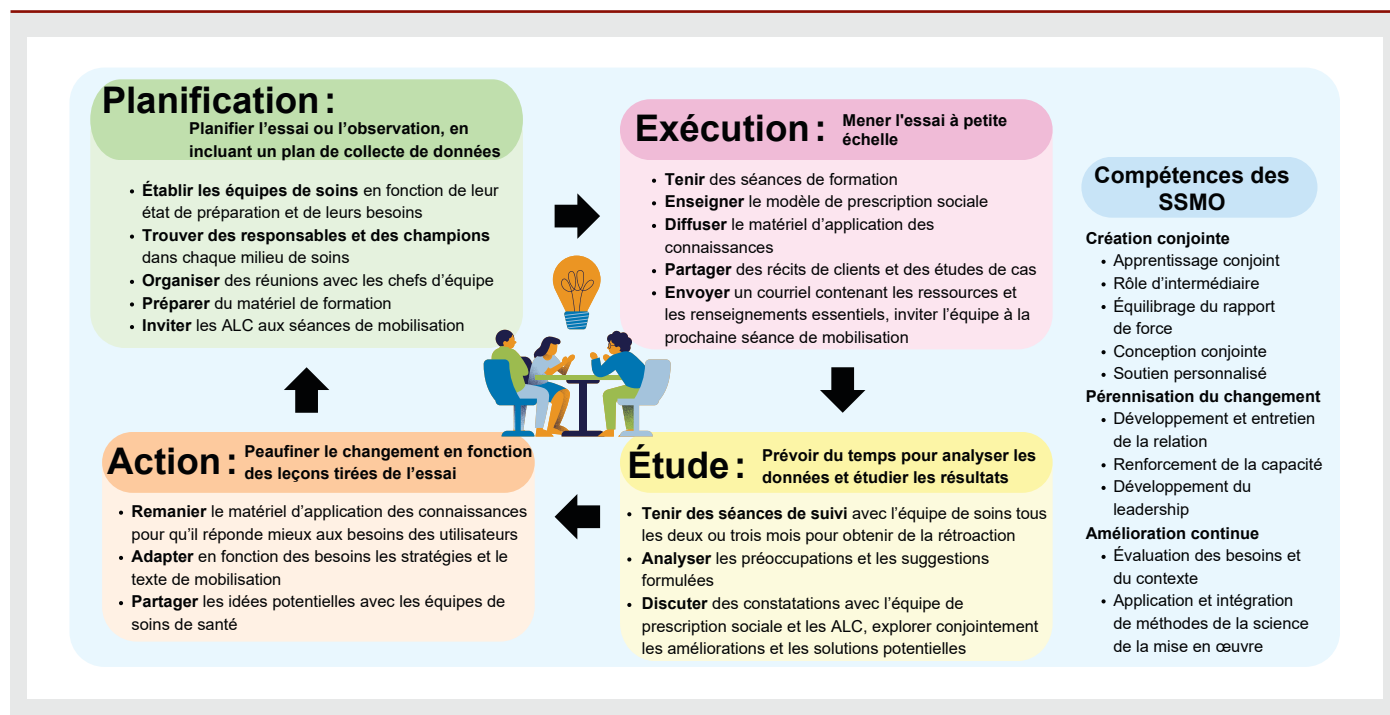
L'intégration de nouveaux programmes dans la pratique comporte plusieurs phases, dont la communication d'information sur

le programme (mobilisation des connaissances) par les spécialistes du soutien à la mise en œuvre aux prestataires de services et l'adoption et l'utilisation à long terme de la nouvelle intervention par les prestataires¹³. L'équipe de prescription sociale facilite ces phases et mobilise les partenaires en utilisant les compétences essentielles des spécialistes du soutien à la mise en œuvre dérivées de la science de la mise en œuvre et des stratégies d'amélioration de la qualité, en particulier le cycle de planification, d'exécution, d'étude et d'action (PEEA, en anglais PDSA pour Plan-Do-Study-Act) tiré de la science de l'amélioration¹⁴. L'utilisation de ces deux types de stratégies favorise la mobilisation, l'appropriation à l'échelle locale et le perfectionnement des stratégies¹⁵.

Processus de mobilisation

Le processus qu'a utilisé l'équipe de prescription sociale pour mobiliser le personnel de soins de santé à l'aide de cycles de PEEA et des compétences des spécialistes du soutien à la mise en œuvre est résumé dans la figure 1. Outre des prestataires de soins de première ligne, l'équipe mobilise d'autres membres de l'équipe régionale de Fraser Health pour vérifier comment le modèle de prescription sociale peut compléter les services en soins primaires, en santé communautaire, en santé publique et en soins palliatifs afin de soutenir la qualité de vie des aînés. Pour s'assurer que le modèle de prescription sociale utilisé à Fraser Health est adapté et valable à long terme, les responsables du changement mobilisent périodiquement les ALC dans le cadre de réunions mensuelles qui forment des communautés de pratique, afin de favoriser l'échange d'idées et de ressources entre le secteur des soins de santé et les ALC, entendre le point de vue des ALC, encourager le soutien par les pairs entre ALC et créer conjointement des plans d'action pour améliorer les partenariats entre les services de santé et la collectivité. L'équipe de prescription sociale collabore également avec d'autres organismes communautaires sans but lucratif, des universités, des membres du public et des organismes nationaux de prescription sociale, comme l'Institut canadien de prescription sociale, pour explorer les possibilités de collaboration. Par exemple, certaines universités locales de la Colombie-Britannique ont commencé à intégrer la prescription sociale dans leur programme d'études en soins de santé et à encourager le préceptorat en prescription sociale.

FIGURE 1
Processus de mobilisation de l'équipe de prescription sociale de Fraser Health



Abréviations : ALC, agent de liaison communautaire pour les aînés; SSMO, spécialistes du soutien à la mise en œuvre.

Tous les documents distribués et les connaissances diffusées continuent d'être enrichis en fonction des retours fournis par les utilisateurs (prestataires de soins de santé et ALC) pendant le processus de mobilisation. Les responsables du changement facilitent la communication entre les équipes de soins de santé et les ALC, fournissent un soutien personnalisé et proposent aux membres de ces deux secteurs des façons de collaborer. Par exemple, au début du processus de mobilisation, l'équipe de prescription sociale de Fraser Health s'est rapidement rendu compte que le système de soins de santé et les organismes de services communautaires ont des systèmes de flux de travail et des infrastructures de natures différentes. Les prestataires de soins de santé choisissent et demandent souvent un type précis de ressource communautaire pour les patients et préfèrent un processus d'aiguillage uniformisé dans lequel chaque étape du programme est clairement définie. À l'inverse, le modèle de prescription sociale encourage l'exploration globale des approches et des besoins non médicaux, et le temps requis et l'approche à privilégier varient grandement en fonction des besoins de la personne et des ressources communautaires offertes. Brown et ses collaborateurs¹⁶ ont également souligné que « l'officialisation de la prescription sociale au sein [du système

de santé] [...] et les activités administratives que sont susceptibles d'en découler [...] pourraient mettre en péril certains des avantages existants du [travail communautaire], comme sa souplesse, son caractère informel et son approche personnalisée »^{16, p. 621} [traduction].

Après s'être rendu compte de cette différence, l'équipe de prescription sociale de Fraser Health a rapidement mis au point des façons uniformisées de préciser la nature et la portée de la prescription sociale et a pris le temps d'expliquer aux prestataires de soins de santé et aux prestataires de soins communautaires la différence dans les attentes à l'égard d'éléments comme les critères d'aiguillage, la portée du programme et les mécanismes de suivi, et elle a formulé plusieurs recommandations visant à faciliter la collaboration.

Réflexions

Outre la mobilisation des partenaires, l'équipe de prescription sociale réfléchit constamment au parcours d'intégration et prend des mesures pour élaborer un modèle de prescription sociale à long terme en Colombie-Britannique et au sein de Fraser Health. Entre septembre 2019 et juillet 2023, le programme de prescription sociale dans la région couverte par Fraser Health

a été présenté à au moins 126 équipes de soins de santé et a apporté du soutien à plus de 1000 aînés de la région. Nous savons que la pérennité et la maturité du modèle sont essentielles si l'on veut que la prescription sociale puisse aider un plus grand nombre de personnes. Dans cette section, nous revenons sur notre expérience et les leçons apprises en fonction des huit domaines suggérés par l'outil d'évaluation de la pérennité des programmes prescription sociale PSAT (Program Sustainability Assessment Tool)¹⁷, qui permet d'évaluer les programmes de santé publique et de faciliter la planification de leur pérennité. Ces domaines sont le soutien du milieu, la stabilité du financement, les partenariats, la capacité organisationnelle, l'évaluation du programme, l'adaptation du programme, les communications et la planification stratégique.

1. Soutien du milieu

Comme ailleurs au Canada, la population de la Colombie-Britannique et de la région couverte par Fraser Health est vieillissante^{18,19}. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et d'autres parties intéressées de l'industrie des soins de santé ont exploré différentes façons de promouvoir les soins interdisciplinaires et le vieillissement en santé. Au sein de

Fraser Health, on a également mis l'accent sur une meilleure intégration du modèle des services communautaires au modèle habituel axé sur les soins de courte durée²⁰. Cette tendance en matière de soins de santé et cet environnement favorable ont mené à l'intégration et à la promotion du modèle de prescription sociale dans les milieux desservis par Fraser Health. Lorsque nous avons présenté le modèle de prescription sociale au personnel des soins de santé et des services communautaires, aux équipes de direction et au public par le passé, nous avons obtenu des commentaires positifs et une réaction enthousiaste, ce qui montre que ce modèle est offert à un moment opportun et qu'il répond aux besoins des gens. Au cours de la prochaine phase, nous mobiliserons les municipalités pour explorer davantage (et, si tout va bien, intégrer) le modèle de partenariat entre les services de santé et les collectivités.

2. Stabilité du financement

Depuis ses débuts, le programme de prescription sociale a été financé à titre de projet pilote sur une base annuelle par le ministère de la Santé et par Fraser Health. Le fait que la continuité du financement soit demeurée incertaine a suscité des préoccupations chez les prestataires de soins dans les milieux locaux et au sein de Fraser Health. L'équipe de prescription sociale plaide toujours pour un financement continu, en mettant en relief les lacunes du programme dans les rapports et lors de réunions avec les décisionnaires du secteur des soins de santé et ceux du milieu communautaire. Au moment de la rédaction de cet article, le ministère de la Santé et Fraser Health avaient débloqué de nouveaux fonds pour soutenir l'initiative, et les membres de l'équipe de Fraser Health et de Centraide Colombie-Britannique réfléchissent à la façon de rationaliser de façon optimale les soins de santé et les infrastructures communautaires.

3. Partenariats

Les partenariats avec différentes équipes de soins de santé et les organisations communautaires constituent l'un des principaux facteurs influençant l'intégration de la prescription sociale. Les partenaires ont apporté leur soutien, ce qui a donné lieu à un nombre accru de possibilités de collaborer à la mise en place d'un environnement de vieillissement en santé, notamment par la mise à profit des ressources existantes.

L'un des obstacles rencontrés par l'équipe de prescription sociale est que les ALC des collectivités et les prestataires de soins de santé n'ont pas de plateforme mutuelle ou de méthode et de politique uniformisées pour l'échange d'information, ce qui complique la planification et le suivi des soins en collaboration. L'équipe de prescription sociale continue d'explorer différentes façons de faciliter cette communication entre personnel des soins de santé et personnel des organismes communautaires.

4. Capacité organisationnelle

Le soutien de Fraser Health est un facteur essentiel dans la pérennisation du modèle de prescription sociale intégré. La facilité de Fraser Health à communiquer et à établir des partenariats avec d'autres équipes a permis une meilleure intégration des services. Par exemple, l'équipe bénéficie du soutien du service des communications de Fraser Health pour faciliter la mobilisation des connaissances. L'équipe collabore également avec les équipes d'optimisation des systèmes et de recherche de la régie de la santé pour l'évaluation du programme.

5. Évaluation du programme

Avec le soutien d'autres membres de l'équipe de Fraser Health, l'équipe de prescription sociale évalue les répercussions du programme sur la santé des aînés et sur l'utilisation du système de santé, par exemple l'utilisation des salles d'urgence et le taux de réadmission à l'hôpital. Nous poursuivons notre collaboration avec Centraide Colombie-Britannique, les organismes communautaires de la région et les membres de l'équipe de Fraser Health pour évaluer la capacité et la pérennité du programme. Nous prévoyons également d'évaluer, par des sondages, les expériences qu'ont vécues les aînés, leur famille et les prestataires de soins en matière de prescription sociale.

6. Adaptation du programme

L'initiative de prescription sociale de Fraser Health change rapidement en fonction des rétroactions, des nouveaux partenariats et des besoins du système de santé. L'équipe de prescription sociale valorise et respecte l'état de préparation et la capacité de chaque partie intéressée et ajuste les stratégies d'intégration, grâce à la mobilisation continue et aux cycles de PEEA. Les leçons que nous avons tirées de l'expérience

mènent également à une discussion sur la pertinence d'embaucher ou de former plus de personnel de la régie de santé pour répondre explicitement à des besoins non médicaux urgents pendant la transition des soins, au-delà du modèle de prescription sociale existant. Nous visons à poursuivre l'adaptation du programme de prescription sociale en fonction des données recueillies régulièrement, pour ainsi créer un « système de santé apprenant » dans le domaine de la prescription sociale.

7. Communications

L'uniformisation des messages et du matériel promotionnel facilite grandement l'apprentissage et l'adaptation du modèle collaboratif entre le secteur de la santé et le milieu communautaire. L'équipe de prescription sociale travaille en partenariat avec le service des communications de Fraser Health et Centraide Colombie-Britannique pour créer des documents uniformisés à l'intention des ALC, des prestataires de soins de santé, des aînés et des familles. Nous avons utilisé des méthodes telles que des campagnes dans les médias sociaux, des séances communautaires et des conférences pour accroître la sensibilisation dans la collectivité, et nous espérons avoir d'autres occasions de présenter le modèle de santé sociale à plus grande échelle.

8. Planification stratégique

Le Plan de services 2020-2021/2022-2023 de Fraser Health a mis en exergue la priorité de la régie de santé de s'assurer que les aînés ont accès rapidement à des soins complets grâce à un partenariat accru entre le milieu communautaire et le secteur de la santé²⁰. Cette priorité a donné lieu à une nouvelle initiative, Frailty Pathway, qui associe le modèle de prescription sociale et des projets de collaboration connexes pour s'attaquer à la fragilité dans la zone couverte par Fraser Health. Cette initiative a entraîné une augmentation du financement accordé par la régie de santé et la formation de nouveaux partenariats afin d'établir un modèle de soins complets pour le vieillissement en santé destiné à soutenir un nombre accru d'aînés.

Nous sommes ravies de la collaboration de nos partenaires, ce qui nous a permis de développer la prescription sociale à Fraser Health. Notre mobilisation continue à l'égard des partenaires des soins de

santé, des organismes communautaires et des établissements d'enseignement ainsi que la volonté de tous les partenaires de créer conjointement des stratégies constituent l'élément clé de notre succès jusqu'à maintenant. Bien que chaque système et chaque structure communautaire soit unique, nous croyons que les leçons que nous avons apprises et nos stratégies pratiques fondées sur des données probantes inspireront d'autres systèmes de santé à intégrer la prescription sociale dans leur région.

Remerciements

Nous tenons à remercier les 19 organismes communautaires et les 20 agents de liaison communautaire pour les aînés qui offrent des services de prescription sociale en Colombie-Britannique, ainsi que la province de la Colombie-Britannique et Centraide Colombie-Britannique pour le financement et la coordination des programmes de prescription sociale en Colombie-Britannique. Nous tenons également à remercier tous les membres de l'équipe de Fraser Health de leur soutien continu et leur collaboration pour l'intégration de la prescription sociale au sein de Fraser Health. MCA remercie le Programme des chaires de recherche du Canada pour son appui.

Conflits d'intérêts

ML est employée par Fraser Health à titre de responsable du changement de prescription sociale et responsable du projet Frailty Pathway. GP est employée contractuelle de Fraser Health, au poste de directrice médicale régionale des services à domicile et en milieu communautaire. MCA est professeure à l'Université de la Colombie-Britannique et n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Contribution des auteures et avis

ML, GP, MCA : conception, analyse formelle, méthodologie, visualisation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

ML, GP : administration du projet, ressources.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; les points de vue ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Karacsony S, Merl H, O'Brien J, et al. What are the clinical and social outcomes of integrated care for older people? A qualitative systematic review. *Int J Integr Care*. 2022;22(3):14. <https://doi.org/10.5334/ijic.6469>
2. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):96. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>
3. Peart A, Lewis V, Brown T, Russell G. Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019252. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019252>
4. Oster C, Skelton C, Leibbrandt R, Hines S, Bonevski B. Models of social prescribing to address non-medical needs in adults: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):642. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09650-x>
5. Fraser Health. About Fraser Health [Internet]. Surrey (C.-B.) : Fraser Health; 2023. En ligne à : <https://www.fraserhealth.ca/about-us/about-fraser-health>
6. Kadowaki L, Symes B, Lalji K, et al. Renforcer les capacités des aînés et de la collectivité : résultats d'une évaluation de l'élaboration des programmes de prescription sociale conçus par Centraide Colombie-Britannique à l'intention des aînés. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(9):418-427. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.04f>
7. Theou O, Park G, Garm A, Song X, Clarke B. Reversing frailty levels in primary care using the CARES model. *Can Geriatr J*. 2017;20(3):105-111. <https://doi.org/10.5770/cgj.20.274>
8. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022;7(5):e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
9. Bührmann L, Driessen P, Metz A, et al. Knowledge and attitudes of implementation support practitioners—findings from a systematic integrative review. *PLoS One*. 2022;17(5):e0267533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267533>
10. Metz A, Jensen T, Farley A, Boaz A, Bartley L, Villodas M. Building trusting relationships to support implementation: a proposed theoretical model. *Front Health Serv*. 2022;2:894599. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.894599>
11. Metz A, Jensen T, Farley A, Boaz A. Is implementation research out of step with implementation practice? Pathways to effective implementation support over the last decade. *Implement Res Pract*. 2022;3:26334895221105585. <https://doi.org/10.1177/26334895221105585>
12. Metz A, Albers B, Burke K, et al. Implementation practice in human service systems: understanding the principles and competencies of professionals who support implementation. *Hum Serv Organ*. 2021;45(3):238-259. <https://doi.org/10.1080/23303131.2021.1895401>
13. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*. 2008;41(3-4):327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
14. Institute for Healthcare Improvement. Model for improvement: testing changes [Internet]. Boston (MA) : Institute for Healthcare Improvement; date inconnue [consultation le 24 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.ihl.org/resources/how-to-improve/model-for-improvement-testing-changes>
15. Leeman J, Rohweder C, Lee M, et al. Aligning implementation science with improvement practice: a call to action. *Implement Sci Commun*. 2021;2(1)99. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00201-1>

-
16. Brown RCH, Mahtani K, Turk A, Tierney S. Social prescribing in National Health Service primary care: what are the ethical considerations? *Milbank Q.* 2021;99(3):610-628. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12516>
 17. Washington University. Program Sustainability Assessment Tool. St. Louis (MO) : Washington University in St. Louis; 2013. En ligne à : https://sustaintool.org/wp-content/uploads/2016/12/Sustainability-ToolV2_w-scoring_12.11.13.pdf
 18. Statistique Canada. Portrait de la population croissante des personnes âgées de 85 ans et plus au Canada selon le Recensement de 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 20 juillet 2023]. En ligne à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-x2021004-fra.cfm>
 19. BC Stats. Population projections [Internet]. Victoria (C.-B.) : Gouvernement de la Colombie-Britannique; 2024 [consultation le 26 juin 2024]. En ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/data/statistics/people-population-community/population/population-projections>
 20. Fraser Health Authority, Province of British Columbia. 2020/21–2022/23 Service Plan. Surrey (C.-B.) : Fraser Health Authority; 2020. En ligne à : <https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Service-Plans/Fraser-2020-21-2022-23-Service-Plan-Final-for-Posting.pdf>

Aperçu

Guides visant à faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de la prescription sociale : leçons tirées du modèle « Accès aux ressources communautaires »

Kiran Saluja, Ph. D. (1); Simone Dahrouge, Ph. D. (1, 2)

Aperçu par Saluja K et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

La prescription sociale est une approche globale qui agit sur les déterminants sociaux de la santé. « Accès aux ressources communautaires » (ARC) est un programme de prescription sociale novateur aux services bilingues qui offre un point d'entrée unique pour les besoins en matière de santé et de services sociaux et qui permet d'apporter des changements dans les lieux de pratique dans le but d'aider les fournisseurs de soins primaires à mobiliser leurs patients, grâce à un intervenant-pivot non clinicien qui aide les patients à accéder aux ressources communautaires pertinentes. L'équipe du programme ARC a créé une trousse d'outils de prescription sociale qui contient des conseils pratiques sur l'établissement, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de prescription sociale ainsi que sur le suivi des progrès. Les quatre guides du programme ARC sont facilement adaptables à divers milieux de pratique et de recherche.

Mots-clés : *prescription sociale, intervention pivot, trousse d'outils, formation des intervenants pivots*

Introduction

Les déterminants sociaux de la santé ont un fort impact sur la santé des individus¹. La prescription sociale est une approche qui consiste à repérer les personnes dont les besoins liés aux déterminants sociaux de la santé ne sont pas comblés (besoins qui se rapportent généralement à des soins primaires) et à aider ces personnes à accéder aux ressources nécessaires. La structure adoptée en matière de prescription sociale varie considérablement d'un milieu à l'autre. Dans certains programmes, les responsables apportent des changements au cabinet de soins primaires, par exemple en nommant des champions au sein du milieu ou en établissant des mécanismes d'aiguillage, afin de faciliter l'identification et la mobilisation des patients^{2,3}, mais de nombreuses études portant sur ces programmes ne font pas état de changements dans la pratique^{4,5}.

Dans d'autres programmes, le soutien offert aux personnes pour les aider à accéder aux ressources dont elles ont besoin prend la forme d'une simple orientation (présentation d'information ou mise à disposition de matériel promotionnel) au cabinet de soins primaires, une façon de faire qui a une incidence moindre^{6,7} que la structure habituelle dans laquelle une personne qualifiée, souvent appelée « agent de liaison », offre des services d'intervention pivot^{4,8,9}. À quelques exceptions près¹⁰, l'agent de liaison est une personne ne relevant pas du cabinet de soins primaires mais qui vient prêter assistance aux soins dans une région donnée^{2,4,11}. Souvent, la formation et le rôle des agents de liaison ne sont pas bien définis^{12,13}, certaines études mentionnant que les agents de liaison sont principalement chargés d'identifier les patients et de les mettre en contact avec les services⁴, alors que d'autres rattachent à leur rôle un soutien plus intensif. Au nombre

Points saillants

- Nous avons mis au point quatre guides à utiliser dans le cadre du programme « Accès aux ressources communautaires » (ARC), l'un des premiers programmes de prescription sociale reconnus et évalués en Ontario (Canada).
- Les quatre guides sont 1) Préparation du cabinet de soins primaires, 2) Formation des intervenants pivots, 3) Processus d'intervention pivot et 4) Évaluation. Ces guides fournissent des conseils pratiques sur l'établissement, la tenue et l'évaluation de programmes de prescription sociale ainsi que sur le suivi des progrès, constituant ainsi la base d'une trousse d'outils créée pour aider les organisations et les chercheurs à établir et à évaluer des programmes de prescription sociale.
- Les guides et la trousse d'outils sont en cours d'adoption dans le cadre du programme ARC/211-Ontario que nous sommes en train de cocréer grâce à un partenariat de recherche sans but lucratif avec Community Connection, un carrefour novateur situé à Collingwood et qui relève de 211 Ontario. Ce programme contribuera à générer des données probantes sur la faisabilité, l'efficacité, la rentabilité et l'incidence (du point de vue des inégalités en matière de santé) de l'adaptation et de l'application à grande échelle des programmes de prescription sociale au Canada.

Rattachement des auteurs :

1. Institut de recherche Bruyère, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département de médecine familiale, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Simone Dahrouge, Institut de recherche Bruyère, 85, avenue Primrose, Ottawa (Ontario) K1R 6M1; tél. : 613-862-1926; courriel : SDahrouge@bruyere.org.

des fonctions de l'agent de liaison figurent l'adoption d'une approche structurée pour cerner les obstacles en matière d'accès et aider les personnes à surmonter ces obstacles; la cocréation de plans personnalisés⁸; la prestation de différents niveaux de soutien émotionnel; la défense des droits des patients et enfin la mise en place de stratégies visant l'autonomisation et l'autoefficacité^{2,8,14}.

Certains programmes de prescription sociale limitent la population cible à des groupes sociodémographiques précis^{12,15,16} ou aux personnes ayant des besoins particuliers^{9,17-19}, alors que d'autres s'adressent à une population plus large⁴. Des études ont montré que la prescription sociale donne des résultats variables, ce qui s'explique probablement par la multitude des approches utilisées, les différentes populations ciblées et la grande variabilité dans les mesures de résultats^{3,4,10,20}. Il a toutefois été prouvé qu'un soutien plus intensif, une mobilisation continue des patients de même que des processus d'aiguillage structurés sont davantage susceptibles d'être bénéfiques^{2,17,21}.

Modèle de prescription sociale « Accès aux ressources communautaires »

Au cours de la dernière décennie, la prescription sociale a été largement adoptée au Royaume-Uni et, depuis, elle gagne rapidement du terrain ailleurs dans le monde^{22,23}. Les initiatives qui font la promotion de la prescription sociale sont chose relativement nouvelle au Canada^{2,24}. En partenariat avec les patients, les fournisseurs de soins et les planificateurs des services de santé, notre équipe a élaboré le modèle « Accès aux ressources communautaires » (ARC), un programme novateur de prescription sociale fondé sur les soins primaires, et offrant des services bilingues, qui vise à favoriser un accès équitable aux ressources de santé et de services sociaux. L'approche ARC propose un point d'entrée unique pour les besoins en matière de santé et de services sociaux, apporte des changements dans les lieux de pratique afin d'aider les fournisseurs de soins primaires à amener leurs patients à s'occuper eux-mêmes de leurs besoins et enfin offre les services d'un intervenant pivot non clinicien pour aider les patients à accéder aux ressources communautaires dont ils ont besoin. On sait que le modèle de prescription sociale ARC est réalisable et intégrable à différents modèles de pratique des soins primaires en Ontario (Canada)².

Une fois le modèle élaboré, nous avons mené un essai contrôlé randomisé pour comparer les services d'intervention pivot du programme ARC à ceux offerts en ligne par 211 Ontario, un service gratuit et multilingue d'information et d'aiguillage vers des ressources de santé et de services sociaux qui est accessible en tout temps en Ontario, que ce soit par Internet ou par téléphone. Dans le cadre de cet essai, les cabinets de soins primaires ont appliqué la prescription sociale comme d'habitude, mais les patients ont été répartis aléatoirement soit dans un groupe bénéficiant du service d'intervention pivot du programme ARC, soit dans un groupe bénéficiant du service d'intervention pivot de 211 Ontario. Nous avons évalué l'expérience des patients et des fournisseurs, l'accès aux ressources nécessaires et l'incidence sur les services de santé dans les deux groupes. Les résultats sont en cours de préparation pour publication.

Guides de prescription sociale et trousse d'outils du programme ARC

Il y a très peu d'information et de ressources qui traitent des changements à apporter dans les lieux de pratique et de la formation à suivre par les agents de liaison. La plupart des guides et des outils dont on dispose pour faciliter la mise en œuvre et l'application de la prescription sociale ont été élaborés au Royaume-Uni²⁵⁻²⁷ ou, plus récemment, par l'Alliance pour des communautés en santé en Ontario²⁸. L'équipe du programme ARC a mis au point un ensemble de guides à utiliser dans le cadre du programme de recherche ARC²⁹, ces guides contenant des conseils pratiques sur l'établissement, la tenue et l'évaluation de programmes de prescription sociale ainsi que sur le suivi des progrès. Ces guides, au nombre de quatre, constituent la base de la trousse d'outils (<https://www.arcnavigatorproject.com/sp-toolkit>)³⁰ que nous avons créée pour aider les organisations et les chercheurs à établir des programmes de prescription sociale. Ils portent sur les thèmes suivants : Préparation du cabinet de soins primaires, Formation des intervenants pivots, Processus d'intervention pivot et Évaluation.

Guide 1 : Préparation du cabinet de soins primaires

L'équipe du programme ARC a forgé des processus simples pour la mise en œuvre

de la prescription sociale dans les soins primaires, processus facilement intégrables sans perturber le déroulement du travail au sein du cabinet. Le guide 1 contient des présentations sur la prescription sociale visant à faciliter le recrutement et à fournir au cabinet de soins primaires des éléments d'orientation sur les procédures de l'étude, des recommandations de changements à apporter au sein du cabinet pour permettre l'adoption de la prescription sociale et des exemples d'outils utilisés.

Guide 2 : Formation des intervenants pivots

Le rôle des intervenants pivots est vaste. Ils doivent établir une relation de confiance avec les patients, recueillir de l'information sur leur contexte social et les obstacles à l'accès qui sont anticipés, comprendre leurs priorités et leurs préférences et enfin aider la personne à renforcer son sentiment d'autoefficacité. Ils offrent un soutien informationnel, instrumental et émotionnel afin que les patients surmontent les obstacles rencontrés et accèdent aux ressources dont ils ont besoin. L'équipe du programme ARC a mis sur pied un programme de formation centrée sur l'apprenant, fondée sur la théorie et axée sur les compétences qui permet aux personnes ne possédant pas d'expérience clinique d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leur rôle³¹. La formation prévoit 25 heures de séances de formation à rythme libre, organisées en 13 modules de formation auxquels viennent s'ajouter des ateliers en présentiel, et elle permet de fournir aux intervenants pivots le mentorat dont ils ont ensuite besoin de la part de collègues chevronnés ou de gestionnaires de programme. Chaque module contient comme matériel d'étude des présentations PowerPoint, des enregistrements vidéo, des documents à télécharger, des articles évalués par les pairs et d'autres ressources d'apprentissage.

Guide 3 : Processus d'intervention pivot

En plus d'offrir aux patients le soutien dont ils ont besoin pour accéder à l'aide qui leur est nécessaire, les intervenants pivots assurent aussi la continuité de l'information entre secteurs en effectuant, auprès du fournisseur de soins primaires, des comptes-rendus des progrès réalisés par le patient et des ressources consultées. Le guide 3 décrit étape par étape les processus d'intervention pivot du programme

ARC et les outils correspondants visant à soutenir les intervenants pivots dans l'exercice de leur rôle, facilitant leur travail et garantissant le respect des processus établis.

Guide 4 : Évaluation

Pour cerner et atténuer les problèmes liés au respect du programme, aux processus en place et à d'autres facteurs susceptibles de nuire à la réussite du programme de prescription sociale, il faut assurer un suivi régulier de ce dernier, en particulier aux premiers stades. L'évaluation du programme de prescription sociale permet à ses administrateurs de déterminer si l'initiative a atteint les objectifs visés. Bien que, souvent, les objectifs soient spécifiques à chaque initiative, ils comportent aussi des éléments communs. Le guide 4 du programme ARC propose des idées et des outils issus de notre travail et qu'on peut adapter à d'autres programmes de prescription sociale. Ce guide traite 1) des évaluations à cycle rapide, qui permettent d'évaluer l'incidence de la prescription sociale sur le fonctionnement du cabinet de soins primaires, 2) des sondages auprès des patients, qui permettent d'évaluer l'accès et l'expérience des patients, et 3) des sondages auprès des fournisseurs, qui permettent d'évaluer le niveau de satisfaction des fournisseurs à l'égard de diverses composantes du programme de prescription sociale et leur perception de l'incidence de la prescription sociale sur la santé et le bien-être de leurs patients.

Application à grande échelle de la prescription sociale : le programme ARC/211-Ontario

L'équipe du programme ARC et l'équipe de Community Connection (CC) de Collingwood, une initiative régionale de 211 Ontario qui offre un programme de prescription sociale à titre de projet pilote, se sont associées pour élaborer conjointement, mettre en œuvre et tester un modèle global de prescription sociale qui mise sur les atouts et l'expérience des deux équipes. Le modèle ARC/211-Ontario intégrera des éléments de l'approche ARC qui renforcent la participation des lieux de pratique et la prestation de services longitudinaux et axés sur le patient pour les personnes ayant des besoins sociaux plus complexes et il utilisera l'approche de l'équipe de Community Connection en matière de programmes régionaux de prescription sociale, les ressources dont

elle dispose et ses innovations technologiques, de manière à améliorer la structure et l'efficacité de la prestation de services et à faciliter le travail des intervenants pivots.

Remerciements

Nous tenons à remercier Darene Toal-Sullivan et Carolyn Warnet pour leur contribution à l'élaboration des guides de formation et de la trousse d'outils de prescription sociale du programme ARC. Nous tenons également à remercier Ontario 211 et Community Connection, qui ont collaboré avec le programme ARC à titre d'organismes offrant des services communautaires d'intervention pivot.

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteures et avis

SD : conception, relectures et révision.

KS : rédaction de la première version du manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. World Health Organization (WHO). Social determinants of health [Internet]. Genève (CH): WHO; 2024 [consultation le 1^{er} juin 2024]. En ligne à : https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
2. Dahrouge S, Gauthier AP, Durand F, et al. The feasibility of a primary care based navigation service to support access to health and social resources: the Access to Resources in the Community (ARC) model. *Int J Integr Care*. 2022;22(4):13. <https://doi.org/10.5334/ijic.6500>
3. Moore C, Unwin P, Evans N, Howie F. Social prescribing: exploring general practitioners' and healthcare professionals' perceptions of, and engagement with, the NHS model. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):e5176-e5185. <https://doi.org/10.1111/hsc.13935>

4. Sandhu S, Lian T, Drake C, Moffatt S, Wildman J, Wildman J. Intervention components of link worker social prescribing programmes: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2022; 20(6):e3761-e3774. <https://doi.org/10.1111/hsc.14056>
5. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017;7(4):e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
6. White C, Bell J, Reid M, Dyson J. More than signposting: findings from an evaluation of a social prescribing service. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):e5105-e5114. <https://doi.org/10.1111/hsc.13925>
7. Brunton L, Tazzyman A, Ferguson J, Hodgson D, Nelson PA. The challenges of integrating signposting into general practice: qualitative stakeholder perspectives on care navigation and social prescribing in primary care. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):66. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01669-z>
8. Tierney S, Wong G, Roberts N, et al. Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. *BMC Med*. 2020;18(1):49. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1510-7>
9. Cooper M, Avery L, Scott J, et al. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(7):e060214. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060214>
10. Kiely B, Connolly D, Clyne B, et al. Primary care-based link workers providing social prescribing to improve health and social care outcomes for people with multimorbidity in socially deprived areas (the LinkMM trial): pilot study for a pragmatic randomised controlled trial. *J Multimorb Comorb*. 2021;11:26335565211017780. <https://doi.org/10.1177/26335565211017781>
11. Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. Social prescribing. *BMJ*. 2019;364:11285. <https://doi.org/10.1136/bmj.11285>

12. Zhang CX, Wurie F, Browne A, et al. Social prescribing for migrants in the United Kingdom: a systematic review and call for evidence. *J Migr Health*. 2021;4:100067. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100067>
13. Rhodes J, Bell S. "It sounded a lot simpler on the job description": a qualitative study exploring the role of social prescribing link workers and their training and support needs (2020). *Health Soc Care Community*. 2021; 29(6):e338-e347. <https://doi.org/10.1111/hsc.13358>
14. Wildman JM, Moffatt S, Steer M, Laing K, Penn L, O'Brien N. Service-users' perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study. *BMC Public Health*. 2019;19(1): 98. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6349-x>
15. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):835. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2778-y>
16. Percival A, Newton C, Mulligan K, Petrella RJ, Ashe MC. Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here? *Fam Med Community Health*. 2022;10(Suppl 1): e001829. <http://doi.org/10.1136/fmch-2022-001829>
17. Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*. 2017;7(7):e015203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015203>
18. Anderst A, Hunter K, Andersen M, et al. Screening and social prescribing in healthcare and social services to address housing issues among children and families: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(4):e054338. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054338>
19. Foster A, Thompson J, Holding E, et al. Impact of social prescribing to address loneliness: a mixed methods evaluation of a national social prescribing programme. *Health Soc Care Community*. 2021;29(5):1439-1449. <https://doi.org/10.1111/hsc.13200>
20. Brown EM, Loomba V, De Marchis E, Aceves B, Molina M, Gottlieb LM. Patient and patient caregiver perspectives on social screening: a review of the literature. *J Am Board Fam Med*. 2023;36(1):66-78. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220211R1>
21. Husk K, Blockley K, Lovell R, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(2):309-324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>
22. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(10):5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
23. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022;7(5): e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
24. Alliance pour des communautés en santé. Rx : Communauté – La prescription sociale en Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : Alliance pour des communautés en santé; 2019. En ligne à : <https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Rx-Community-Progress-Report-FR-June2019-web.pdf>
25. NHS England. Social prescribing: reference guide and technical annex for primary care networks [Internet]. London (UK): NHS England; 2023 [consultation le 27 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.england.nhs.uk/long-read/social-prescribing-reference-guide-and-technical-annex-for-primary-care-networks/>
26. NHS England. Social prescribing link worker welcome pack [Internet]. London (UK): NHS England; 2019. En ligne à : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/12/social-prescribing-link-worker-welcome-pack-web-2.pdf>
27. Transformation Partners in Health and Care. Social prescribing toolkit [Internet]. London (UK): Transformation Partners in Health and Care; date inconnue [consultation le 27 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.transformationpartners.nhs.uk/programmes/socialprescribingresources/resources/>
28. Alliance pour des communautés en santé. La prescription sociale [Internet]. Toronto (Ont.) : Alliance pour des communautés en santé; date inconnue [consultation le 31 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.allianceon.org/fr/La-prescription-sociale>
29. Access to Resources in the Community (ARC). About us [Internet]. Ottawa (Ont.) : ARC; 2023 [consultation le 1^{er} juin 2024]. En ligne à : <https://www.arcnavigatorproject.com/about-us-arc>
30. Access to Resources in the Community (ARC). Social prescribing guides [Internet]. Ottawa (Ont.) : ARC; 2023 [consultation le 24 juin 2024]. En ligne à : <https://www.arcnavigatorproject.com/sp-toolkit>
31. Toal-Sullivan D, Lemonde M, Gauthier AP, Dahrouge S. Adopting a lay navigator training programme in primary care. *Health Educ J*. 2021;80(2):210-224. <https://doi.org/10.1177/0017896920959364>

Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques

[Appel à contributions](#)
dans la Revue PSPMC mis à disposition selon
les termes de la [licence internationale](#)
[Creative Commons Attribution 4.0](#)

Rédacteurs invités : Stephanie Prince Ware, Ph. D. (Agence de la santé publique du Canada), Gavin McCormack, Ph. D. (Université de Calgary)



Rédacteurs de la revue PSPMC : Robert Geneau et Margaret de Groh (Agence de la santé publique du Canada)

L'endroit où nous travaillons, apprenons, jouons, mangeons et vivons a des répercussions importantes sur la santé. L'environnement bâti est associé au développement des maladies chroniques, et les comportements liés à la santé sont souvent considérés comme les voies critiques menant à cette relation^{1,2}. L'environnement bâti désigne tout élément de l'environnement physique créé ou modifié par l'humain et inclut les structures et les bâtiments, les installations de loisir, les espaces verts et les parcs, les infrastructures de transport et l'aménagement des collectivités.

Les expériences naturelles sont des interventions qui se produisent sans que le chercheur ne puisse interférer sur l'intervention ou l'exposition à cette intervention^{3,4}. Elles offrent la possibilité d'évaluer les effets des interventions « naturelles », comme les modifications apportées à l'environnement bâti (p. ex. la création d'une nouvelle piste cyclable, l'amélioration des parcs, la modification des infrastructures dans les écoles ou les lieux de travail, la construction d'une nouvelle installation de loisirs ou d'une nouvelle épicerie) sur les comportements liés à la santé et les risques de maladies chroniques. Les expériences naturelles s'avèrent souvent plus pratiques pour étudier les effets des interventions environnementales sur la santé par rapport aux études expérimentales classiques (p. ex. les essais contrôlés randomisés). Comparativement aux études transversales, les expériences naturelles permettent de générer des données probantes rigoureuses pour mieux établir la causalité et de comprendre la mise en œuvre des interventions dans des situations du « monde réel ».

Ce numéro spécial se veut une réponse à l'appel à l'action lancé par l'administratrice en chef de la santé publique dans son rapport annuel de 2017 en vue d'évaluer davantage les effets des caractéristiques de l'aménagement des collectivités sur la santé au Canada⁵. Il fait écho à l'intérêt grandissant des milieux universitaires et décisionnels pour l'utilité des expériences naturelles en tant qu'outil essentiel pour faire progresser l'ensemble des données probantes et pour guider les interventions visant à améliorer la santé publique et des populations^{6,7}. Plus précisément, ce numéro spécial sur les expériences naturelles a pour objectif de fournir en temps opportun des données probantes pour mieux comprendre l'efficacité des interventions touchant les environnements bâtis sur les comportements liés à la santé et la prévention des maladies chroniques dans le contexte canadien.

Les rédacteurs de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* sollicitent des articles de recherche d'actualité pertinents qui présentent de nouvelles conclusions ou qui résument ou examinent les données probantes actuelles sur des expériences naturelles touchant l'environnement bâti (ou des politiques connexes) qui influent sur les comportements en matière de santé ayant des répercussions sur la prévention des maladies chroniques au Canada.

Ces sujets pertinents peuvent comprendre ce qui suit :

- les environnements bâtis, notamment les collectivités ou les quartiers, les lieux de travail, les écoles, les infrastructures de transport, les milieux de vie, les environnements de loisirs, les parcs, les terrains de jeux, les espaces verts, les espaces publics ouverts, les environnements naturels et les résidences pour personnes âgées;
- tous les comportements liés à la santé, notamment l'activité physique, le comportement sédentaire, le sommeil, la consommation alimentaire, le tabagisme et l'utilisation de substances;
- les maladies chroniques et les résultats liés à la santé, notamment l'indice de masse corporelle, la condition physique, la tension artérielle, les lipides sanguins, la glycémie, les blessures, les chutes, la santé mentale, le stress, la dépression, l'anxiété, la maladie d'Alzheimer, la démence, l'obésité, le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires.

Les soumissions internationales seront prises en compte si elles contiennent des données ou des résultats canadiens (p. ex. dans le cadre d'études multipays ou de comparaisons mondiales) ou une analyse fondée sur des données probantes des implications pour la santé de la collectivité ou de la population au Canada.

Veillez consulter le site Web de la revue pour de plus amples renseignements sur les types d'articles et les lignes directrices pour la soumission d'articles à l'intention des auteurs. Prière de mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d'accompagnement.

Tous les manuscrits doivent être soumis au moyen du système en ligne ScholarOne Manuscripts de la revue. Pour toute question liée au processus de soumission ou à la portée ou la pertinence d'un article, veuillez communiquer par courriel avec l'équipe de rédaction à l'adresse HPCDP.Journal-Revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca.

Échéance pour les soumissions : 30 novembre 2024

Références

1. Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*. 2012;125(5):729-737. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022>
2. Frank LD, Iroz-Elardo N, MacLeod KE, Hong A. Pathways from built environment to health: a conceptual framework linking behavior and exposure-based impacts. *J Transp Health*. 2019;12:319-335. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2018.11.008>
3. Leatherdale ST. Natural experiment methodology for research: a review of how different methods can support real-world research. *Int J Soc Res Methodol*. 2019;22(1):19-35. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1488449>
4. Craig P, Cooper C, Gunnell D, et al. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(12):1182-1186. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200375>
5. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html>
6. Ogilvie D, Adams J, Bauman A, et al. Using natural experimental studies to guide public health action: turning the evidence-based medicine paradigm on its head. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(2):203-208. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213085>
7. Craig P, Campbell M, Bauman A, et al. Making better use of natural experimental evaluation in population health. *BMJ*. 2022; 379:e070872. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070872>

Corrigendum

Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0

Corrigendum dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Ce corrigendum vise à ajouter un remerciement à Dre Deborah Norris ayant été omis de l'[article original](#) :

Heber A, Testa V, Groll D, Ritchie K, Tam-Seto L, Mulligan A, Sullo E, Schick A, Bose E, Jabbari Y, Lopes J, Carleton RN. Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(10/11). <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.09f>

Avant la correction

Remerciements

Nous remercions les organismes partenaires suivants (en ordre alphabétique) pour leur soutien dans la réalisation de cette ressource : Anciens Combattants Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, l'Institut canadien d'éducation et d'intervention en cas de pandémie (ICÉIP), l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV), le ministère de la Défense nationale, l'Université MacMaster et l'Université Queen's. De plus, nous tenons à remercier les employeurs et les universitaires de nos collaborateurs qui ont permis à leurs membres de prendre le temps nécessaire pour contribuer à ce glossaire.

L'équipe des auteurs principaux est reconnaissante envers toutes les personnes avec une expérience vécue et les autres intervenants qui ont consacré de leur temps et contribué à une définition collaborative du traumatisme sexuel militaire.

L'équipe des auteurs principaux remercie les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de ce glossaire (en ordre alphabétique par nom de famille) :

Lcol (ret.) Suzanne Bailey, responsable de l'élaboration du programme d'instruction, En route vers la préparation mentale, Quartier général du groupe des services de santé des forces canadiennes, ministère de la Défense nationale

Dre Mary Bartram, Ph. D., travailleuse sociale autorisée, Directrice des politiques, Commission de la santé mentale du Canada, professeure de recherche associée, École de politique publique et d'administration, Université Carleton

Dre Suzette Brémault-Phillips, Ergothérapeute, Ph. D., DAC, Professeure agrégée, Département de réadaptation par le travail, Université de l'Alberta; Directrice CRSDH (Consortium de recherche sur le soutien et la défense des héros), Université de l'Alberta

Dre Lori Buchart, Ph. D., D.B.A., cofondatrice et ancienne coprésidente de INJ20K (*anciennement INJ700)

Col Marilynn S. Chenette, CD, C.H.E., Commandant Adjoint, Division des services de santé (Div SS), Forces armées canadiennes
Conseil de terminologie du ministère de la Défense nationale

Dre Heidi Cramm, Ph. D., O.T. Reg. (Ont.), Professeure, École de réadaptation fonctionnelle, Université Queen's

Michelle Douglas, Directrice générale, Fonds Purge LGBT

Dre Susan Dowler, Ph. D., Psychologue clinicienne, Psychologue clinicienne en chef, Quartier général du groupe des services de santé des forces canadiennes, ministère de la Défense nationale

Surintendante intérimaire Lorraine Downey, B.B.A., opérations, coordonnatrice du soutien par les pairs, Service paramédic d'Ottawa

Gabrielle Dupuis, M. Sc., Directrice, Partenariats de recherche, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille

Dre Maya Eichler, Ph. D. Professeure agrégée, Études politiques et canadiennes, Étude de la condition féminine, Université Mount Saint Vincent; Chaire de recherche du Canada en Innovation sociale et engagement communautaire, et directrice du Centre pour l'innovation sociale et l'engagement communautaire en affaires militaires, Université Mount Saint Vincent

Dr Murray Enns, MD, FRCPC, Professeur, Département de psychiatrie, Université du Manitoba, Directeur médical et psychiatre membre du personnel, Clinique pour les blessures de stress opérationnel; Psychiatre membre du personnel, Centre des sciences de la santé des adultes; scientifique associé, Centre de la politique de la santé du Manitoba

Dr Kyle Handley, Psychologue clinicien, York Regional Police, Président du comité des services psychologiques de l'Association canadienne des chefs de police

Dr Marnin J. Heisel, Ph. D., Psychologue clinicien, Professeur, Facultés de psychiatrie et d'Épidémiologie et biostatistiques de l'Université Western Ontario, Scientifique Lawson Health Research Institute

Christine Hutchins, Directrice principale, Bureau des vétérans femmes et LGBTQ2, Anciens Combattants Canada

Dre Ruth Lanius, M.D., Ph. D., FRCPC, Professeure, Département de psychiatrie; Directrice de l'unité de recherches sur le trouble de stress post-traumatique; titulaire de la chaire Harris-Woodman Psyche and Soma, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique clinique collaboratrice, Homewood Research Institute

Dre Vivien Lee, Ph. D., Psychologue clinicienne, Psychologue en chef, commandante, Healthy Workplace Team, Police provinciale de l'Ontario; conseillère clinique, Boots on the Ground

Sergent Brent MacIntyre, B.A. (Hon) en criminologie, B.A. en sociologie, Respect, éthique et valeurs, Service de police d'Ottawa

Dre Randi McCabe, Ph. D., Psychologue clinicienne, Professeur, Faculté de psychiatrie et neurosciences du comportement, Université McMaster; Cofondatrice du Hamilton Centre for Cognitive Behavioural Therapy

Dre Megan McElheran, R. Psych., Psychologue clinicienne, Wayfound Mental Health Group

Dre Margaret McKinnon, Ph. D., Psychologue clinicienne, titulaire de la chaire Homewood en santé mentale et en traumatisme, Professeur et Chaire adjointe en recherche, à la faculté de Psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster; Chef de la recherche, Services en santé mentale et en dépendances, St. Joseph's Healthcare Hamilton; Scientifique principale, Homewood Research Institute

Dr Anthony Nazarov, Ph. D., PSM, Codirecteur scientifique, Centre de recherche sur les blessures de stress opérationnel MacDonald Frankliné; chercheur scientifique et professeur de recherche associé, Département de psychiatrie, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; chercheur scientifique associé, Lawson Health Research Institute; professeur de recherche associé, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster

Dr Andrew Nicholson, Ph. D., Professeur adjoint, École de psychologie, Université d'Ottawa; Directeur de la recherche clinique, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille

Lieutenant Scott Patey, co-coordonnateur du Soutien par les pairs SIO, Services des incendies d'Ottawa

Alain Pellegroms, coordonnateur de la formation, coordonnateur du programme médical SIO, coordonnateur du Soutien par les pairs SIO, Division de la formation, Services des incendies d'Ottawa

Dre Jill Price, Ph. D., Boursière de recherches postdoctorales, Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP); Chargée de cours, Campion College, Université de Regina

Dre Rosemary Ricciardelli, Ph. D., Professeur et Chaire de recherche en sécurité, protection et mieux-être, École des études maritimes, Institut de pêche et de technologie marine, Université Memorial de Terre-Neuve

Dr J. Don Richardson, MD, FRCPC, Psychiatre consultant, Directeur médical, St. Joseph's Health Care London's Operational Stress Injury Clinic; Directeur scientifique, MacDonald Franklin OSI Research Centre; conseiller médical, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille; Professeur et chef du mieux-être, Chaire Tanna Schulich en neurosciences et en santé mentale, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique adjoint, Lawson Health Research Institute

Dre Maya Roth, Ph. D., Psychologue clinicienne, St. Joseph's Healthcare London's Operational Stress Injury Clinic; scientifique associé, MacDonald Franklin OSI Research Centre; Membre associée, Yeates School of Graduate Studies, Université métropolitaine de Toronto; Professeure clinique associée, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique agrégée, Lawson Health Research Institute

Martine Roy, Présidente du conseil d'administration, Fonds Purge LGBT

Capt. Sam Samplonius, cofondateur de INJ20K

PC Benny Seto, B.B.E., Équipe mobile d'intervention d'urgence, Service de police de Toronto

Dr Norman Shields, Ph. D., Psychologue clinicien, Psychologue en chef national, Direction de la santé et de la sécurité au travail, Gendarmerie royale du Canada

Dre Lorraine Smith-MacDonald, Ph. D., MA, MDiv, CCC, Boursière de recherches postdoctorales, Heroes in Mind, Consortium de recherche sur le soutien et la défense des héros (CRSDH), Faculté de médecine de réadaptation, Université de l'Alberta

Dre Heather Stuart, Ph. D., FRSC, C.M., Professeur, Faculté des Sciences de la santé publique, Département de psychiatrie et École de réadaptation fonctionnelle, Université Queen's; Titulaire de la chaire Bell Canada en recherche sur la santé mentale et la stigmatisation, Université Queen's

Lcol Dre Andrea Tuka, C.D., M.D., FRCPS, Professeure adjointe d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique; Psychiatre en chef, Forces armées canadiennes

Après la correction

Remerciements

Nous remercions les organismes partenaires suivants (en ordre alphabétique) pour leur soutien dans la réalisation de cette ressource : Anciens Combattants Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, l'Institut canadien d'éducation et d'intervention en cas de pandémie (ICÉIP), l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV), le ministère de la Défense nationale, l'Université MacMaster et l'Université Queen's. De plus, nous tenons à remercier les employeurs et les universitaires de nos collaborateurs qui ont permis à leurs membres de prendre le temps nécessaire pour contribuer à ce glossaire.

L'équipe des auteurs principaux est reconnaissante envers toutes les personnes avec une expérience vécue et les autres intervenants qui ont consacré de leur temps et contribué à une définition collaborative du traumatisme sexuel militaire.

L'équipe des auteurs principaux remercie les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de ce glossaire (en ordre alphabétique par nom de famille) :

Lcol (ret.) Suzanne Bailey, responsable de l'élaboration du programme d'instruction, En route vers la préparation mentale, Quartier général du groupe des services de santé des forces canadiennes, ministère de la Défense nationale

Dre Mary Bartram, Ph. D., travailleuse sociale autorisée, Directrice des politiques, Commission de la santé mentale du Canada, professeure de recherche associée, École de politique publique et d'administration, Université Carleton

Dre Suzette Brémault-Phillips, Ergothérapeute, Ph. D., DAC, Professeure agrégée, Département de réadaptation par le travail, Université de l'Alberta; Directrice CRSDH (Consortium de recherche sur le soutien et la défense des héros), Université de l'Alberta

Dre Lori Buehler, Ph. D., D.B.A., cofondatrice et ancienne coprésidente de INJ20K (*anciennement INJ700)

Col Marilyn S. Chenette, CD, C.H.E., Commandant Adjoint, Division des services de santé (Div SS), Forces armées canadiennes
Conseil de terminologie du ministère de la Défense nationale

Dre Heidi Cramm, Ph. D., O.T. Reg. (Ont.), Professeure, École de réadaptation fonctionnelle, Université Queen's

Michelle Douglas, Directrice générale, Fonds Purge LGBT

Dre Susan Dowler, Ph. D., Psychologue clinicienne, Psychologue clinicienne en chef, Quartier général du groupe des services de santé des forces canadiennes, ministère de la Défense nationale

Surintendante intérimaire Lorraine Downey, B.B.A., opérations, coordonnatrice du soutien par les pairs, Service paramédic d'Ottawa

Gabrielle Dupuis, M. Sc., Directrice, Partenariats de recherche, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille

Dre Maya Eichler, Ph. D. Professeure agrégée, Études politiques et canadiennes, Étude de la condition féminine, Université Mount Saint Vincent; Chaire de recherche du Canada en Innovation sociale et engagement communautaire, et directrice du Centre pour l'innovation sociale et l'engagement communautaire en affaires militaires, Université Mount Saint Vincent

Dr Murray Enns, MD, FRCPC, Professeur, Département de psychiatrie, Université du Manitoba, Directeur médical et psychiatre membre du personnel, Clinique pour les blessures de stress opérationnel; Psychiatre membre du personnel, Centre des sciences de la santé des adultes; scientifique associé, Centre de la politique de la santé du Manitoba

Dr Kyle Handley, Psychologue clinicien, York Regional Police, Président du comité des services psychologiques de l'Association canadienne des chefs de police

Dr Marnin J. Heisel, Ph. D., Psychologue clinicien, Professeur, Facultés de psychiatrie et d'Épidémiologie et biostatistiques de l'Université Western Ontario, Scientifique Lawson Health Research Institute

Christine Hutchins, Directrice principale, Bureau des vétérans femmes et LGBTQ2, Anciens Combattants Canada

Dre Ruth Lanius, M.D., Ph. D., FRCPC, Professeure, Département de psychiatrie; Directrice de l'unité de recherches sur le trouble de stress post-traumatique; titulaire de la chaire Harris-Woodman Psyche and Soma, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique clinique collaboratrice, Homewood Research Institute

Dre Vivien Lee, Ph. D., Psychologue clinicienne, Psychologue en chef, commandante, Healthy Workplace Team, Police provinciale de l'Ontario; conseillère clinique, Boots on the Ground

Sergent Brent MacIntyre, B.A. (Hon) en criminologie, B.A. en sociologie, Respect, éthique et valeurs, Service de police d'Ottawa

Dre Randi McCabe, Ph. D., Psychologue clinicienne, Professeur, Faculté de psychiatrie et neurosciences du comportement, Université McMaster; Cofondatrice du Hamilton Centre for Cognitive Behavioural Therapy

Dre Megan McElheran, R. Psych., Psychologue clinicienne, Wayfound Mental Health Group

Dre Margaret McKinnon, Ph. D., Psychologue clinicienne, titulaire de la chaire Homewood en santé mentale et en traumatisme, Professeur et Chaire adjointe en recherche, à la faculté de Psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster; Chef de la recherche, Services en santé mentale et en dépendances, St. Joseph's Healthcare Hamilton; Scientifique principale, Homewood Research Institute

Dr Anthony Nazarov, Ph. D., PSM, Codirecteur scientifique, Centre de recherche sur les blessures de stress opérationnel MacDonald Frankliné; chercheur scientifique et professeur de recherche associé, Département de psychiatrie, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; chercheur scientifique associé, Lawson Health Research Institute; professeur de recherche associé, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster

Dr Andrew Nicholson, Ph. D., Professeur adjoint, École de psychologie, Université d'Ottawa; Directeur de la recherche clinique, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille

Dre Deborah Norris, Ph. D., Professeur, Département d'études familiales et de gérontologie, Université Mount Saint Vincent

Lieutenant Scott Patey, co-coordonnateur du Soutien par les pairs SIO, Services des incendies d'Ottawa

Alain Pellegroms, coordonnateur de la formation, coordonnateur du programme médical SIO, coordonnateur du Soutien par les pairs SIO, Division de la formation, Services des incendies d'Ottawa

Dre Jill Price, Ph. D., Boursière de recherches postdoctorales, Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP); Chargée de cours, Campion College, Université de Regina

Dre Rosemary Ricciardelli, Ph. D., Professeur et Chaire de recherche en sécurité, protection et mieux-être, École des études maritimes, Institut de pêche et de technologie marine, Université Memorial de Terre-Neuve

Dr J. Don Richardson, MD, FRCPC, Psychiatre consultant, Directeur médical, St. Joseph's Health Care London's Operational Stress Injury Clinic; Directeur scientifique, MacDonald Franklin OSI Research Centre; conseiller médical, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille; Professeur et chef du mieux-être, Chaire Tanna Schulich en neurosciences et en santé mentale, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique adjoint, Lawson Health Research Institute

Dre Maya Roth, Ph. D., Psychologue clinicienne, St. Joseph's Healthcare London's Operational Stress Injury Clinic; scientifique associé, MacDonald Franklin OSI Research Centre; Membre associée, Yeates School of Graduate Studies, Université métropolitaine de Toronto; Professeure clinique associée, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique agrégée, Lawson Health Research Institute

Martine Roy, Présidente du conseil d'administration, Fonds Purge LGBT

Capt. Sam Samplonius, cofondateur de INJ20K

PC Benny Seto, B.B.E., Équipe mobile d'intervention d'urgence, Service de police de Toronto

Dr Norman Shields, Ph. D., Psychologue clinicien, Psychologue en chef national, Direction de la santé et de la sécurité au travail, Gendarmerie royale du Canada

Dre Lorraine Smith-MacDonald, Ph. D., MA, MDiv, CCC, Boursière de recherches postdoctorales, Heroes in Mind, Consortium de recherche sur le soutien et la défense des héros (CRSDH), Faculté de médecine de réadaptation, Université de l'Alberta

Dre Heather Stuart, Ph. D., FRSC, C.M., Professeur, Faculté des Sciences de la santé publique, Département de psychiatrie et École de réadaptation fonctionnelle, Université Queen's; Titulaire de la chaire Bell Canada en recherche sur la santé mentale et la stigmatisation, Université Queen's

Lcol Dre Andrea Tuka, C.D., M.D., FRCPS, Professeure adjointe d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique; Psychiatre en chef, Forces armées canadiennes

La version en ligne originale de l'article a été modifiée le 11 septembre 2024 afin de refléter ce changement. La version PDF de l'article reflète la version à jour des Remerciements.

Autres publications de l'ASPC

[Annonce](#) dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues et livres. Voici quelques articles publiés en 2024.

Djiadeu P, Begum H, Archibald C, Ekmekjian T, Busa G, Dansoh J, VanNguyen P, Merckx J, Fleurant A. Risk of transmission of HIV to infants during breast/chest feeding when mothers/birthing parents living with HIV are on antiretroviral therapy: a protocol for a rapid review. *BMJ Open*. 2024;14(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084436>

Essar MY, Wahdati S, **O'Sullivan B**, Nemat A, Blanchet K. Cycles of disasters in Afghanistan: the urgent call for global solidarity. *PLOS Global Public Health*. 2024;4(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002751>

Frehlich L, Turin TC, Doyle-Baker P, **Lang JJ**, McCormack GR. The relationship between neighbourhood built characteristics, physical activity, and health-related fitness in urban dwelling Canadian adults: a mediation analysis. *Prev Med*. 2024;185. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2024.108037>

Lange S, Llamosas-Falcón L, Kim KV, Lasserre AM, **Orpana H**, Bagge CL, et al. A dose-response meta-analysis on the relationship between average amount of alcohol consumed and death by suicide. *Drug Alcohol Depend*. 2024;260. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111348>

Toigo S, Betancourt MT, Prince SA, Colley RC, **Roberts KC**. Différences sociodémographiques dans le temps de loisir passé devant un écran avant et pendant la pandémie de COVID-19 au Canada. *Rapports sur la santé*. 2024;35(5):3-17. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202400500001-fra>

