

Transcription

Vidéo : Global Environmental Scan of Peer to Peer Support Programs

Minutes: 55:42

M. CHRISTOPHER THRALL : Bon après-midi à tous ceux qui se trouvent à l'est de Thunder Bay, et bonjour à ceux qui sont à l'ouest. Bienvenue à la série de webinaires Créer un espace sûr de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui soutient la santé psychologique et la sécurité des travailleurs de la santé. Ce troisième épisode est consacré à une analyse du milieu des programmes de soutien par les pairs. Nos conférencières présenteront les résultats d'une analyse contextuelle de documents publiés qui décrivent les types d'interventions d'aide apportés aux secondes victimes, notamment les programmes de soutien par les pairs, les trousseaux d'outils, les programmes de formation et les autres ressources.

Je m'appelle Christopher Thrall. Je suis agent des communications à l'ICSP. J'aimerais vous souhaiter la bienvenue au nom de nos partenaires, la Commission de la santé mentale du Canada et le Centre de soins de santé IWK. Bienvenue, également, au nom de notre hôte technique Gina Peck de l'ICSP.

Avant de commencer, j'aimerais présenter nos intervenantes d'aujourd'hui. Nous donnerons d'abord la parole à Markirit Armutlu qui s'est jointe à l'Institut canadien pour la sécurité des patients en 2017 à titre de responsable principale de programme et qui est à la tête du programme de santé et de sécurité psychologiques des travailleurs de la santé. Markirit, bienvenue au webinaire.

La prochaine à prendre la parole sera la D^{re} Katrina Hurley. Katrina est médecin en chef au service d'urgence du Centre de soins de santé IWK à Halifax, en Nouvelle-Écosse, affilié avec le département de médecine d'urgence de l'Université Dalhousie. De son propre aveu, elle est une geek des données qui a plus d'idées que de temps. Ses intérêts de recherche portent sur l'examen des expériences des patients et des familles dans les services d'urgence et leur parcours avant et après leur visite. Merci beaucoup d'être ici avec nous, Katrina.

Katrina sera suivie de Diane Aubin, spécialiste de la culture des soins de santé et de la sécurité des patients pour Diane Aubin Consulting. Après avoir travaillé dans le domaine de la sécurité des patients pendant plus de dix ans au sein de l'Association canadienne de protection médicale, puis de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, elle a voulu étudier la psychologie des erreurs dans les services de santé. Sa thèse de doctorat portait sur l'impact de la honte sur les professionnels de la santé après un événement indésirable. Merci beaucoup de vous joindre à nous, Diane.

Et, enfin, nous vous présenterons Eleanor Fitzpatrick. Eleanor est la coordinatrice des programmes de recherche au service d'urgence du Centre de soins de santé IWK. Avant de se consacrer à la recherche, elle a travaillé pendant 12 ans comme infirmière des services d'urgence en pédiatrie. Ses recherches portent sur l'incertitude et la maladie des parents, la sécurité des patients et les services de santé mentale dans les services d'urgence. Elle occupe un poste à la faculté de médecine de l'Université Dalhousie, au département de médecine d'urgence. Eleanor, bienvenue au webinaire d'aujourd'hui.

Si vous avez manqué une partie de ce webinaire ou si vous souhaitez en faire profiter des membres de votre équipe ou de votre organisation, sachez qu'il est enregistré et qu'il sera accessible sur notre site Web au cours de la semaine prochaine. Je vous parlerai également du dernier webinaire de cette série à la fin de notre heure ensemble.

Veuillez écrire vos questions dans la boîte de questions-réponses sur votre écran ou me les envoyer directement, Chris Thrall, par clavardage. Nous les compilerons et les enverrons à nos invités à la fin de la séance. Si vous éprouvez des difficultés techniques, écrivez-vous dans le clavardage et nous serons heureux de vous aider. Maintenant que les présentations et l'orientation sont terminées, j'aimerais inviter Markirit à ouvrir la discussion sur la création d'un espace sûr.

M^{me} MARKIRIT ARMUTLU : Merci, Chris. Permettez-moi de prendre quelques instants pour vous parler de l'ICSP et vous expliquer pourquoi ce travail est important pour nous et pour la sécurité des patients.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients travaille avec les gouvernements, les organismes de santé, les dirigeants et les prestataires de soins de santé pour

encourager l'amélioration considérable de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Conformément à son orientation stratégique de 2018 à 2023, l'ICSP veille à fournir des données probantes pour éclairer les politiques et les normes qui favorisent le mieux la sécurité des patients au sein des organisations et du système de santé, et à intégrer les exigences en matière de sécurité des patients dans les règlements, les normes et l'accréditation.

Dans le cadre de l'élaboration du programme national pour la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs de la santé, l'ICSP s'est associé à la Commission de la santé mentale du Canada et a réuni des experts de tout le pays pour répondre aux besoins des prestataires de soins de santé qui sont traumatisés par des événements survenus pendant la prestation des soins, phénomène connu sous le nom de deuxième victime.

Maintenant, dans le but de faire progresser ce travail, l'ICSP, au début de 2018, a lancé un document intitulé « Créer un espace sûr, aborder la confidentialité des programmes de soutien par les pairs pour les professionnels de la santé dans les organismes de santé ». Le premier de notre série de quatre webinaires portait sur la confidentialité et le privilège juridique, et cette information, pour ceux d'entre vous qui souhaitent mettre en œuvre un programme de soutien par les pairs, est accessible sur la page Web de l'ICSP.

Notre deuxième webinaire, qui a eu lieu il y a environ une semaine, portait sur les résultats d'un sondage sur les perceptions des prestataires de soins de santé. Ce dernier a vraiment mis en évidence le besoin de programmes de soutien par les pairs et ce fut une excellente présentation par nos partenaires de l'Institut de technologie de l'Université de l'Ontario.

Une autre composante très importante dont vous entendrez parler aujourd'hui concerne l'analyse contextuelle globale des programmes de soutien par les pairs. Maintenant, dans un effort pour apprendre de ceux qui ont déjà mis en œuvre des programmes de soutien par les pairs, l'ICSP a déterminé qu'il serait utile d'effectuer une analyse contextuelle de la documentation nationale et internationale. Pendant ce temps, les chercheurs du Centre de soins de santé IWK menaient une étude de portée mondiale pour explorer la manière dont les professionnels de la santé sont soutenus après un incident lié à la sécurité des patients. L'ICSP a donc collaboré avec

les chercheurs d'IWK, à savoir Katrina Hurley et Eleanor Fitzpatrick, pour produire le rapport que vous verrez aujourd'hui, en vue d'une étude que Katrina, Eleanor et Diane présenteront.

Je suis vraiment ravie de vous inviter à la présentation d'aujourd'hui. À propos de nos webinaires, celui-ci en particulier, je suis contente que nos conférencières soient venues vous parler. Elles présenteront les résultats de l'analyse contextuelle des documents publiés sur les interventions de soutien auprès des travailleurs de la santé qui souffrent de détresse émotionnelle, y compris les programmes de soutien par les pairs, les trousseaux d'outils, les programmes de formation et les autres ressources. Ce faisant, nous espérons que vous aurez une meilleure compréhension des différents types d'interventions déployés pour soutenir les travailleurs de la santé qui souffrent de détresse émotionnelle.

Et, sur ce, je vais demander à Katrina de procéder à sa présentation.

D^{re} KATRINA HURLEY : J'ai activé mon micro, et voyons si je peux faire avancer la diapositive. Gina, je me demande si vous pourriez m'aider à faire avancer la diapositive ici. Nous y voilà. Merci. C'est un plaisir d'être en ligne avec vous tous aujourd'hui.

Lorsque nous parlions de faire cette analyse contextuelle ou cette étude de portée, et lorsque nous avons réfléchi aux événements indésirables et à la façon dont ils affectent les prestataires de soins de santé, ce que nous avons en tête, c'est que ce métier est un chemin plutôt long et sinueux. Ce travail est un véritable défi à plusieurs égards.

Les événements indésirables sont très fréquents dans les services de santé. Chez les adultes, on estime qu'ils surviennent dans environ 7,5 cas sur 100 admissions à l'hôpital et, chez les enfants, dans 9,2 cas sur 100 admissions à l'hôpital. Ça fait beaucoup. Et on estime qu'au moins la moitié des prestataires de soins de santé connaîtront le phénomène de la deuxième victime une ou plusieurs fois dans leur carrière. Et je me risquerais à dire que c'est très probablement une sous-estimation.

Certains des symptômes peuvent inclure une anxiété accrue ou une perte de confiance, des difficultés de sommeil. Et j'ai eu un déclic lorsque j'ai participé à une table ronde de l'ICSP dans l'ouest du pays il y a plusieurs années, et que

j'ai entendu le personnel du programme de Rice [phonétique] à John Hopkins, parler de l'impact sur l'absentéisme au travail et la rotation du personnel. C'est une chose à laquelle je n'avais pas vraiment réfléchi, car pour moi, je supposais que quoi qu'il m'arrive, je m'en remettrais et je continuerais mon travail. Mais il ne m'était pas venu à l'esprit que des employés pourraient ne pas aussi bien s'en remettre ou préféreraient quitter leur environnement de travail plutôt que de risquer d'y être confrontés à nouveau.

Un sondage mené par Scott et coll. avait révélé que 30 % des cliniciens avaient signalé des problèmes de performance au travail en raison d'un incident de sécurité au cours des 12 mois précédant le sondage. Le fait que des secondes victimes circulent dans le système et fournissent des soins de santé constitue également un risque pour la sécurité, car elles sont souvent en proie au doute et craignent de commettre une autre erreur. Et cela, en soi, peut être une source d'inquiétude.

Un sondage mené auprès des médecins a révélé que 90 % d'entre eux pensaient que le soutien offert par leur organisme était inadéquat. Nous nous sommes donc interrogés : Que devrions-nous être en mesure de découvrir? Nous nous sommes demandé : Qu'est-ce que nous pourrions faire pour régler ce problème à IWK? Et pour nous, un point de départ a été d'ouvrir nos horizons pour voir ce qui se faisait ailleurs.

J'ai de la difficulté à parler de certains événements que j'ai vécus dans le passé, même si j'en ai déjà parlé publiquement, cela remue toujours beaucoup mes émotions. Néanmoins, j'ai été impliquée dans la mort d'un enfant qui avait un shunt pour traiter l'hydrocéphalie. J'avais reçu le patient lors d'un transfert, ce qui, nous le savons, est un moment propice aux erreurs. Lorsque l'état du patient s'est détérioré, il est devenu évident que le diagnostic initial de travail et le traitement n'étaient pas corrects. Je pense honnêtement que, même si j'étais retournée en arrière et que j'avais tout refait, j'aurais vraiment pu changer ce qui s'est passé. Je ne pense pas que j'aurais pu faire en sorte que le patient survive ou ne meure pas.

Néanmoins, quand je pense à tout ce qui ne s'est pas parfaitement déroulé et que je pense au rôle que j'ai joué dans tout cela, j'ai toujours l'impression que si j'avais fait les choses différemment, cela aurait pu améliorer l'expérience de la famille. Et j'ai disséqué cela de cent mille façons différentes dans tous les sens que vous pouvez

imaginer, mais je ne peux pas revenir en arrière et changer les choses, donc tout ce que je peux faire, c'est aller de l'avant. Et j'espère toujours que, ce faisant, je peux aider d'autres personnes à aller de l'avant, elles aussi. Évidemment, je n'ai pas quitté mon emploi. Je n'ai pas de roulement de personnel. Mais je ne peux toujours pas parler de cet enfant, et il y en a probablement d'autres dont je ne peux pas parler non plus. Et je sais qu'Eleanor a vécu des expériences similaires.

M^{me} ELEANOR FITZPATRICK : Oui. Quand Katrina... et c'est en fait la première fois que j'entends Katrina dire ça. J'ai donc moi aussi les larmes aux yeux.

Nous avons tous vécu des expériences horribles dans notre profession. Cela fait maintenant 15 ans que je ne fais plus de soins cliniques; je fais de la recherche. Cela me manque, mais ce qui ne me manque pas, c'est la difficulté de vivre ces situations et le fait qu'elles restent avec nous au fil des ans.

En pensant à d'autres exemples, l'autre jour, on m'a signalé qu'un bébé était décédé dans le département, et cela m'a instantanément rappelé tous ces bébés et tous ces enfants dont je me suis occupée. Et rien n'avait été réglé à l'époque; il n'y avait pas de soutien par les pairs. Je ne sais pas si ç'aurait changé la façon dont je me suis sentie, mais j'ai compris que je devais m'éloigner des soins cliniques pour aller vers quelque chose qui me semblait plus « sécuritaire ».

Je vais donner un autre exemple. Au début de ma carrière, j'ai commis une erreur de médicaments qui n'a pas eu de conséquences négatives, heureusement, mais cela s'est produit pendant un quart de nuit. À partir de ce jour, j'étais l'infirmière qui détestait travailler la nuit. Et ce n'était pas parce que j'étais paresseuse, ce n'était pas parce que j'étais une princesse. C'est parce que j'étais terrifié à l'idée de commettre une autre erreur médicale pendant un quart de nuit. Je n'ai jamais dit ça à personne avant. Poursuivons. C'est l'heure des révélations.

D^{re} HURLEY : Une partie de ce qui m'a poussé à faire cette étude, c'est qu'après la table ronde de l'ICSP il y a quelques années, j'ai lu l'histoire d'un chirurgien qui avait commis une erreur technique qui avait entraîné la mort d'un patient autrement jeune et en bonne santé, et comment il s'était éloigné de ses amis et n'avait pas pu continuer à travailler comme chirurgien au Canada. Cela m'a rendue suffisamment

triste pour me convaincre que nous devions faire quelque chose pour changer la donne.

Eleanor et moi avons donc commencé à faire cette étude de portée qui a deux objectifs principaux. Le premier consiste à caractériser la gamme et le contexte des interventions visant à soutenir les prestataires de soins de santé dans les milieux de soins actifs. Nous avons choisi ces milieux, parce que le champ d'application devait être assez étroit pour pouvoir réellement accomplir l'étude. Nous avons donc choisi des milieux de soins actifs, comme les services d'urgence, les unités de soins intensifs, toute unité de l'hôpital qui fournissait des soins de ce type.

Et notre deuxième objectif était de rapporter les résultats de l'intervention, car peu importe ce que nous allions préconiser dans notre établissement, nous voulions que cela soit fondé sur des données probantes. Et s'il y avait des données probantes qui soutenaient un type de programme ou une approche plutôt qu'une autre, nous voulions nous assurer que tout ce que nous faisons était fondé sur des faits.

Nous avons notamment recruté une personne spécialisée dans l'information, en bibliothéconomie, pour nous aider à développer notre recherche. Nous avons choisi la méthodologie de l'étude de portée, car elle nous aide à évaluer un vaste sujet. C'est différent d'un examen systématique. Un examen systématique est généralement assez restrictif quant aux types de méthodologies que l'on peut inclure. L'étude de portée nous a permis d'évaluer un vaste sujet qui peut être abordé de différentes manières. Elle nous a permis de cartographier les idées clés, à déterminer les différents types de sources et les types de données probantes, et nous a aidés à mettre en lumière les lacunes des documents publiés.

Avec notre spécialiste de l'information, nous avons trouvé d'autres examens systématiques. Nous avons examiné les mots-clés utilisés dans ces examens systématiques et nous avons effectué des recherches dans PubMed, Embase, CINAHL, EBSCO, PsycInfo, Cochran, Web of Science, toute une série de bases de données différentes. Et les concepts concernaient tous la deuxième victime dans les milieux de soins actifs. Je vais vous tenir en haleine quant à nos découvertes et laisser Diane prendre le relais et vous parler des programmes canadiens sur lesquels l'ICSP a recueilli des données. Et puis nous reviendrons pour vous donner les résultats de notre analyse.

M^{me} DIANE AUBIN : Merci beaucoup, Katrina et Eleanor.

Je vais m'immiscer dans votre présentation pour parler un peu du paysage canadien et vous donner un bref récapitulatif de ce que nous avons trouvé au pays.

Je tiens à préciser que, même si je suis en Alberta, je n'ai pas mis de photo de montagnes, car j'ai grandi à Ottawa. Et celui-ci m'a rappelé la rivière des Outaouais. Nous avons un si beau pays. J'espère que tout le monde profite de l'été qui est enfin arrivé.

Katrina a expliqué une partie de la méthodologie utilisée dans son étude, qui est très scientifique et fondée sur des données probantes. La nôtre, à l'ICSP, était plutôt une recherche organique sur les programmes de soutien par les pairs au Canada. C'était une approche plus organique ou ce que l'on pourrait appeler une approche de base.

Nous avons donc décidé de nous appuyer sur les liens existants de l'ICSP - nous avons évidemment de nombreux liens avec la communauté entourant la sécurité des patients - et de travailler à partir de là, puis, bien sûr, d'en établir de nouveaux. Nous avons donc beaucoup parlé du soutien par les pairs lors de réunions et de conférences à ce sujet et sur le bien-être, et nous avons établi de nouveaux liens.

Puis, une fois le travail commencé, comme Markirit l'a mentionné, nous avons publié il y a un an un document sur la confidentialité dans les programmes de soutien par les pairs. Par le bouche-à-oreille, les gens ont commencé à entendre parler de notre travail et ont contacté l'ICSP pour manifester leur intérêt de mettre en œuvre un programme de soutien par les pairs. Et, évidemment, nous avons aussi effectué des recherches sur Internet pour trouver des organismes de santé qui disposaient de programmes de soutien par les pairs. Puis, une chose importante que Markirit a mentionnée plus tôt, c'est que l'ICSP a également établi un partenariat avec la Commission de la santé mentale du Canada qui dispose d'un grand nombre d'excellentes ressources pour la création de programmes de soutien par les pairs, évidemment, pas seulement dans les soins de santé, mais très pertinent pour les soins de santé et le travail que nous faisons.

À la fin, nous avons rassemblé tous ces organismes. La plupart d'entre eux se trouvaient au Canada et avaient mis en œuvre ou étaient en train de mettre en œuvre un programme de soutien par les pairs. Et des représentants de tous ces

organismes ont travaillé ensemble pour élaborer ce que nous allons appeler le guide sur les pratiques exemplaires pour les programmes de soutien par les pairs dans les organismes de santé. Et cela fait partie du manuscrit sur la création d'un espace sûr. Et, comme Markirit l'a mentionné, il y aura un webinaire plus tard à l'automne pour en parler.

Et pour mentionner certaines personnes - peut-être lisez-vous ceci au moment où je parle - mais parmi les organismes qui ont travaillé sur ce projet, il y a les services de santé d'urgence de la Colombie-Britannique. Ils sont très en avance dans le travail qu'ils font auprès du personnel des services d'urgences de santé. Il y a le programme de gestion du stress lié au travail et aux incidents critiques de Santé Canada. Encore une fois, ils ont déjà fait beaucoup de travail. SickKids est établi depuis un certain temps grâce à son programme de réponse aux traumatismes. Il y a Services de santé Alberta et le Programme d'aide aux médecins du Québec qui est implanté depuis 25 ans et qui nous a fourni beaucoup de ressources. L'hôpital Michael Garron, Central Health à Terre-Neuve-et-Labrador, l'Hôpital St. Michael's et Chatham-Kent Health Alliance. Voilà quelques organismes avec lesquels nous avons travaillé.

Et juste pour préciser, au cas où certains d'entre vous en ligne se diraient : « Eh bien, nous en avons un aussi », nous ne prétendons pas avoir découvert tous les programmes de soutien par les pairs qui existent. Et donc, nous sommes heureux d'être en contact avec vous si vous avez des ressources et si vous voulez partager une partie de ce que vous avez fait. Nous ne prétendons pas les avoir tous trouvés, mais nous avons trouvé ceux que nous pouvions trouver de manière naturelle.

Nous lançons donc ce projet collaboratif complet à l'automne, il est constitué d'éléments extraordinaires que nous avons rassemblés. Et je tiens à mentionner qu'il existe également une trousse d'outils et de ressources pour les personnes qui mettent en œuvre des programmes de soutien par les pairs. Tous vont sortir en même temps. Cependant, je vais vous donner un aperçu de certains thèmes communs qui ont émergé, car je pense qu'il serait utile aujourd'hui que vous sachiez ce que nous avons trouvé.

Certains des thèmes communs étaient... et ce sera pertinent pour notre discussion d'aujourd'hui, parce que, comme vous l'avez remarqué, Katrina et Eleanor parlent surtout de la détresse qui se produit après un incident lié à la sécurité

du patient ou une erreur médicale. Les organismes avec lesquels nous avons travaillé au Canada ont décidé que leurs programmes de soutien par les pairs devaient convenir à tous les types de détresse émotionnelle, pas seulement en contexte d'erreur médicale ou d'incident lié à la sécurité du patient, ce qui est intéressant, car si on regarde ce qui existe aux États-Unis, cela concerne uniquement le phénomène de seconde victime. Nous avons essayé de rester loin de ce terme. Vous remarquerez que, dans tous nos documents, nous essayons de parler de la détresse émotionnelle vécue par les professionnels de la santé. De nombreuses raisons expliquent pourquoi nous nous tenons à l'écart de cette étiquette de seconde victime, mais nous y reviendrons plus tard.

Évidemment, c'est probablement l'expérience la plus traumatisante qu'un professionnel de la santé puisse vivre, cette détresse après un événement indésirable ou un incident lié à la sécurité du patient. Mais les professionnels de la santé vivent beaucoup d'autres types d'expériences émotionnelles, et les organismes au Canada qui disposent d'un programme de soutien par les pairs ont décidé de les soutenir également. C'était le premier point commun.

D'autre part, ils ont constaté que l'importance de la santé mentale est de plus en plus reconnue dans les organismes de santé, ce qui a facilité le plaidoyer en faveur des programmes de soutien par les pairs. C'est donc une très, très bonne nouvelle. Et vous tous qui assistez au webinaire aujourd'hui, vous êtes probablement ici parce que le besoin de démarrer une initiative consacrée au bien-être au sein des organismes de santé est en train de prendre de plus en plus d'importance.

Aussi, un des thèmes qui revient, un des éléments de base très importants qui sont communs à tous, c'est que ce soutien fondamental doit venir de la direction de l'organisme, et c'est vraiment important dès le début. Il faut constituer une équipe de planification très solide; et faire appel aux experts des différents programmes qui existent déjà. Un autre point important est d'être très clair sur ce en quoi consiste le programme de soutien par les pairs dans votre organisme : soyez clairs sur vos objectifs, et adoptez une politique explicite sur la façon dont votre programme sera géré et intégré dans l'organisme.

Un autre point important est de savoir quelles personnes seront visées par le programme. Tous les organismes ont décidé qu'il était préférable d'inclure tous les travailleurs

dans le programme de soutien par les pairs, non seulement les professionnels de la santé, mais aussi les bénévoles, les étudiants et les autres professionnels. Et comme quelqu'un l'a dit, toute personne portant un badge, donc toute personne travaillant dans l'organisme. Ils ont estimé qu'il était préférable d'inclure tout le monde plutôt que d'exclure certains groupes.

Le groupe qui a élaboré ce guide des pratiques exemplaires est également parvenu à un consensus sur le fait que le recrutement, la formation et le soutien de ces pairs aidants, ceux qui offrent réellement leur soutien à leurs pairs, étaient la clé du succès du programme. Et sur le fait que l'organisme doit y consacrer du temps et des ressources.

Ils ont jugé important de s'assurer que les gestionnaires et les superviseurs soient également dans le coup, car ce sont vers eux que se tourne le personnel en détresse. Et l'organisme doit aussi s'assurer de comprendre comment établir un lien entre le personnel et le programme de soutien par les pairs.

Et puis, bien sûr, la confidentialité est un élément très important du programme de soutien par les pairs. Nous avons déjà organisé un webinaire à ce sujet et l'ICSP a déjà publié des directives sur la confidentialité, mais cela vaut la peine de le mentionner de nouveau. Il est essentiel non seulement de protéger la vie privée, mais aussi d'aider les travailleurs à comprendre ce qui est confidentiel et ce que vous faites pour préserver cette confidentialité.

Enfin, tous les organismes ont admis que la mise en œuvre d'un programme de soutien par les pairs représentait beaucoup de travail. Et beaucoup d'entre eux ont dit qu'ils n'avaient pas anticipé la quantité de travail que cela représenterait. Mais ils ont tous estimé que cela en avait vraiment valu la peine.

C'est un aperçu de ce que vous pouvez attendre du document sur les pratiques exemplaires qui sera publié prochainement avec le webinaire de septembre. Merci beaucoup.

D^{re} HURLEY : OK. À propos du suspense concernant le programme, je pourrai vous en dire plus sous peu. L'une des limites de notre étude est que notre méthodologie privilégie le repérage des programmes qui ont été publiés dans des revues scientifiques évaluées par les pairs. Nous recherchons des publications dans les bases de données scientifiques, essentiellement, dans des revues évaluées par les pairs.

Nous savons donc, comme Diane l'a mentionné, que d'autres programmes qui sont à divers stades de développement ou qui ne sont accessibles que sur des domaines protégés au sein d'établissements n'ont pas été détectés par notre méthodologie. Il ne s'agit donc en aucun cas d'un tout inclus.

Cela étant dit, nous avons trouvé beaucoup de choses. Nous avons utilisé RefWorks pour nous aider à gérer les citations et un programme appelé Covidence pour nous aider à faciliter le processus de sélection. Nous avons examiné plus de 4 000 résumés et chacun a été analysé par deux personnes indépendamment l'une de l'autre. Ensemble, nous avons sélectionné 173 articles à examiner de plus près. Après avoir appliqué nos critères d'inclusion et d'exclusion, il nous restait 18 études. D'autres recherches sur Internet et dans les listes de références, ainsi que des entretiens avec les auteurs de ces articles, nous ont permis d'en trouver d'autres. Au total, nous avons trouvé 28 sources qui représentent 22 programmes.

M^{me} FITZGERALD : Je vais donc vous expliquer la façon dont nous avons classé les programmes en deux groupes : les programmes de soutien par les pairs, puis les programmes de formation. Notez que certains de ces programmes font les deux.

Je vais aborder les programmes qui étaient soit une trousse d'outils, soit un programme d'apprentissage, soit une ressource. Nous avons trouvé quatre trousse d'outils qui ont été créées pour les formateurs et les gestionnaires, dont deux canadiennes. L'une venait de l'Île-du-Prince-Édouard, l'autre de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, les deux autres étaient américaines.

Les trousse étaient composées de politiques, de documents à lire, de vidéos, de points de discussion et d'autres ressources. Trois des trousse ont été créées pour soutenir la formation proactive, et la dernière, pour aider les gestionnaires à réagir à la suite d'un événement en tant que complément au PAE et autres programmes de leur organisme.

Trois programmes d'apprentissage ont été créés pour la formation proactive. Ces programmes structurés visaient des groupes particuliers de prestataires de soins de santé, ils étaient donc plus exclusifs qu'inclusifs. Un groupe était composé d'infirmières anesthésistes, un autre de médecins et de résidents. Et au sein de ce programme, il y avait des voies distinctes pour ces deux groupes. Et un autre était exclusivement destiné aux résidents en médecine.

Parmi les ressources, MISE, ou Mitigating Impact in Second Victim (atténuer l'impact pour la seconde victime), a été créée à la suite d'une erreur clinique commise dans un hôpital espagnol. Elle fournit des ressources hébergées sur un site Web accessible au public. Le site Web est lui-même structuré en deux volets, l'un informatif et l'autre démonstratif. Le volet informatif offre des informations sur les concepts de base de la sécurité des patients, par exemple, les quasi-accidents ou autres événements indésirables. Et le volet démonstratif comprend des descriptions des conséquences émotionnelles des événements indésirables. Katrina.

D^{re} HURLEY : Cela recoupe quelque peu ce que Diane avait dit. Nous avons trouvé des programmes dont l'orientation était exclusivement axée sur l'aide aux personnes ayant souffert d'une erreur médicale ou d'un événement indésirable. Mais il y avait aussi d'autres programmes dont le champ d'application était plus vaste. Certains programmes précisaient que leur portée était élargie pour englober la violence contre le personnel ou les rencontres « difficiles ». Et j'ai mis difficile entre guillemets, car l'interprétation de ce que cela peut signifier est vaste, il peut s'agir d'événements difficiles de la vie ou de la maladie d'un membre du personnel ou de sa famille. La documentation américaine fait état d'un certain nombre de personnes qui subissent des traumatismes et vivent des difficultés lorsqu'elles sont la cible de litiges ou de plaintes. Il faut donc envisager non seulement la façon dont ce type d'événement cause un stress du point de vue de la gestion des risques, mais aussi du point de vue du clinicien.

Certains programmes s'adressaient à des groupes de personnel ou à des employés en particulier. Il y en a d'autres qui rassemblaient les médecins ainsi que le personnel et les employés. Code Lavender offrait aussi un soutien au personnel non clinique. Cela se rapprochait donc de ce que SickKids avait évoqué : toute personne possédant un badge est la bienvenue dans certains de ces programmes. Mais il y avait un large éventail. Et ce n'était certainement pas concentré sur - je ne peux pas dire que le résultat final était... Ça ne peut pas se résumer en une seule chose. C'était assez large.

C'est la même chose quand j'entre dans les détails de ce qu'étaient réellement les programmes. Je vais en parler en termes généraux; les détails seront dans le document. Mais huit programmes offraient exclusivement un soutien par les

pairs, et huit autres offraient une combinaison de soutien par les pairs et de formation proactive. Et donc, lorsque nous parlons de formation proactive, tout comme l'a mentionné Eleanor tout à l'heure, il s'agit d'efforts pour aider le personnel à reconnaître les secondes victimes sur leur lieu de travail. Il s'agit de les aider à comprendre quels sont les symptômes et à quoi cela ressemble. Il s'agit d'adopter une approche proactive afin que le personnel soit davantage sensibilisé à la question, et de la normaliser.

Autre chose : le soutien par les pairs, c'est l'utilisation des pairs pour apporter un soutien à leurs collègues. Mais même cela n'était pas universel. Certains programmes appelaient cela le soutien par les pairs, mais parmi les pairs qui fournissaient le soutien, il y avait des employés rémunérés, c'est-à-dire qu'ils n'étaient pas bénévoles dans un programme précis. Il y avait un programme dans un hôpital espagnol - un hôpital en Espagne - qui bénéficiait de services juridiques, éthiques et psychologiques. Ce programme se nommait soutien par les pairs, mais cela semblait différent dans la description écrite qu'on en faisait. Certains programmes étaient constitués de pairs bénévoles et d'autres étaient constitués de professionnels rémunérés dans un programme précis.

Certains de ces programmes relevaient de la sécurité des patients, d'autres de la santé et de la sécurité au travail, d'autres de la gestion des risques, d'autres encore de l'amélioration de la qualité. Il n'y avait pas vraiment, encore une fois, je ne peux généraliser et dire qu'il y avait un accord ou un consensus universel sur les personnes admissibles à ces programmes, il n'y avait pas non plus un sens très universel de l'endroit où ces programmes devaient se déployer.

Et ce que j'ai retenu de certaines de mes lectures, enfin, j'ai eu l'impression que, dans certains établissements, les services de santé au travail étaient pertinents, ils étaient une ressource de confiance. Et dans d'autres établissements, il y avait une certaine méfiance à l'égard des services de santé au travail et une crainte pour le personnel de se rendre vulnérable en y ayant recours. Que cela puisse se retrouver dans leur dossier et nuire à leur emploi d'une manière ou d'une autre.

Ceux qui ont parlé de la sécurité des patients l'ont fait, semble-t-il, dans le but de protéger également la confidentialité. Et la confidentialité, comme vous l'avez vu

dans le document précédent de l'ICSP, est une question très importante. Pour un certain nombre de ces programmes, j'irais jusqu'à dire que non seulement ils protégeaient la confidentialité, ils fonctionnaient pratiquement en secret, en ce sens qu'ils n'enregistraient aucune information et qu'il y avait beaucoup de crainte autour de la protection de l'information par peur des litiges ou que cela puisse cibler ou rendre le prestataire de soins de santé vulnérable d'une certaine manière. C'était pratiquement passé de la confidentialité au secret.

Maintenant, il est intéressant de noter que huit de ces programmes avaient également une base dans la gestion du stress dû à un incident critique. Et c'est un domaine en soi qui est un peu controversé. Dans l'ensemble, il s'agit d'un domaine d'étude relativement nouveau. En ce qui concerne le stress dû à un incident critique, qui est un sujet de controverse, il est important, je pense, de rendre accessibles des données sur les résultats et que certains de ces programmes fassent état de leurs résultats. Sinon, il nous est difficile de savoir s'ils ont vraiment des données probantes pour les appuyer ou non.

Même s'il s'agit d'un domaine d'étude relativement nouveau, il semble que l'information à la base de presque tous ces programmes provienne uniquement d'une petite communauté d'experts. Ils se citent tous les uns les autres. Ainsi, dans cette petite communauté d'experts qui s'est élargie et dont la base est croissante, ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est que si une information n'est pas efficace, par exemple, dans la première partie, elle continue d'être transmise et de se propager si tout le monde continue à la citer.

Je pense qu'il s'agirait d'une lacune que nous remarquerions, car nous estimons que cette communauté d'experts doit se réunir pour obtenir une sorte de consensus sur des questions comme : Quelles mesures de résultats nous semblent importantes? Quelles mesures de résultats devons-nous étudier et sur lesquelles devons-nous nous concentrer?

La confidentialité rend l'étude de ce sujet difficile, car elle est au centre des préoccupations et beaucoup d'efforts sont déployés pour la maintenir. Il est donc difficile d'étudier réellement l'effet des programmes sur les pairs qui reçoivent du soutien. Certains résultats mesurés qui ont été rapportés concernent l'expérience des aidants. Et c'est un aspect important des programmes, bien sûr, mais les

programmes ciblent les personnes qui reçoivent le soutien, et très peu de données probantes sont publiées à ce sujet. Nous avons constaté que cela constituait une limite.

Dans l'ensemble, nous n'avons pas pu trouver de données probantes quant aux avantages ou désavantages de ces programmes de soutien par les pairs. Cela ne veut pas dire que les programmes ne sont pas efficaces, mais jusqu'à présent, ils n'ont pas généré d'ensembles de données probantes pour les soutenir. C'est intuitif, il y a certainement beaucoup d'écrits sur les raisons pour lesquelles les gens pensent que c'est important. Et, intuitivement, il semble que cela devrait être efficace. Et je suppose que certaines personnes diraient : « il n'est pas nécessaire d'étudier l'efficacité des parachutes pour sauter d'un avion ». Devons-nous donc étudier tout ce qui est intuitif? Je pense que, comme Diane l'a mentionné plus tôt, lorsqu'il s'agit d'obtenir du soutien pour votre programme, lors des discussions avec la direction générale ou à la haute direction de votre établissement, il peut être très utile de pouvoir citer des avantages clairs et des données probantes. Encore une fois, je pense que dans ce domaine, les gens doivent se réunir et établir un consensus et des directives d'experts basées sur des données probantes qu'il est important de générer.

C'est ici que se termine notre partie. Et nous vous retournons la parole.

M. THRALL : Fantastique. Merci beaucoup, Katrina. Et je reprends le relais avec responsabilité et decorum, je le promets. Je vous remercie beaucoup, Katrina, Diane et Eleanor, pour ces importantes présentations. Et merci, Katrina et Eleanor, de nous avoir confié vos expériences personnelles difficiles au début du webinaire. Et merci, Markirit, d'avoir invité ces merveilleuses porte-parole pour nous éclairer de leur expertise.

Nous avons reçu quelques questions par clavardage. Je vous rappelle que si vous avez des questions à poser aux conférencières aujourd'hui, vous pouvez les inscrire dans le clavardage, soit directement à moi, Chris Thrall, soit aux participantes, ainsi que dans la boîte de questions-réponses. Et nous serons ravis d'y répondre.

La première, en fait, nous vient de Juanita. Elle veut savoir, pour cette discussion : Sur quels types de travailleurs de la santé porte cette discussion ou cette recherche sur le soutien? Cela concerne-t-il exclusivement

les travailleurs des soins primaires ou cela inclut-il les travailleurs en santé mentale et en toxicomanie?

M^{me} FITZPATRICK : Notre examen a porté sur les milieux de soins actifs. Nous ne l'avons pas limité au type de travailleurs de la santé. Nous étions ouverts à tout ce que nous trouvions. La plupart des documents que nous avons trouvés portaient sur les employés, de sorte que certains d'entre eux excluaient les médecins ou les considéraient comme distincts. Mais en ce qui concerne le soutien des employés, les documents ne précisaient pas nécessairement les soins infirmiers par rapport au travail social par rapport à d'autres types de spécialités.

Il y a eu le Code Lavender qui a effectivement élargi l'accès au-delà du personnel clinique. Ce programme soutient toutes les catégories de personnel de l'établissement. Nous avons trouvé une trousse d'outils destinée exclusivement aux infirmières anesthésistes.

D^{re} HURLEY : Un programme d'apprentissage.

M^{me} FITZPATRICK : Un programme d'apprentissage. Dans l'ensemble, nous étions ouverts à tout ce que nous trouvions dans la documentation publiée. J'ai cependant eu l'impression que c'était axé de manière générale sur les employés.

D^{re} HURLEY : Et je vais ajouter à cela. Parfois, le programme était destiné à une seule unité. L'un des exemples portait sur une erreur pharmaceutique commise dans une unité néonatale, et tout le personnel de l'unité était concerné, donc pas un type de prestataire de soins de santé en particulier.

M^{me} FITZPATRICK : C'est intéressant. Un certain nombre de ces programmes ont été inspirés par des événements précis. Et je pense que cela a beaucoup influencé la conception de ces programmes.

D^{re} HURLEY : Oui, absolument.

M. THRALL : OK. Oui, c'est tout à fait logique.

J'ai une question pour Katrina de la part de Sherry [phonétique]. Existe-t-il des données probantes pour soutenir - je sais que vous avez en quelque sorte abordé cette question à la fin de votre exposé. Mais existe-t-il des données probantes pour appuyer l'utilisation des programmes de soutien par les pairs à titre de pratique exemplaire ou existe-t-il d'autres programmes ou options

efficaces que nous pourrions envisager pour soutenir les prestataires de soins?

M^{me} FITZGERALD : Nous n'avons pu mettre en commun aucune des données, car les éléments qu'ils mesuraient étaient tous très différents. Et nous n'avons pas trouvé grand-chose qui rendait compte du point de vue du prestataire de soins de santé qui recevait le soutien. Comme je l'ai dit, l'absence de données probantes ne signifie pas que les programmes ne sont pas efficaces; cela signifie qu'ils n'ont pas suffisamment fait l'objet d'études, de publications et de rapports. C'est pourquoi je pense que les études de portée sont utiles, car elles peuvent aider à établir un programme de recherche. Et ce qui est clair pour moi, c'est que nous ne devons pas seulement nous concentrer sur la mise en place et le fonctionnement de ces programmes, mais nous devons également savoir si nous pouvons ou non rapporter des données probantes d'efficacité.

Le genre de données que nous avons trouvées est de l'ordre de la satisfaction, ce que j'appelle en plaisantant « Mikey aime ça ». Cela ne signifie pas que c'est efficace juste parce que quelqu'un est satisfait de son expérience ou qu'il pense que c'est bon. Cela ne signifie pas nécessairement qu'elle a un effet. Il s'agit donc d'un type de mesure. Je pense que nous devons nous rassembler pour trouver de meilleurs types de mesures afin de voir si les prestataires de soins de santé en tirent réellement profit, et pas seulement s'ils l'apprécient.

M. THRALL : Super. Merci beaucoup.

J'en ai une autre pour Katrina et Eleanor. On va s'occuper de vous, Diane, je vous le promets. Pour Katrina et Eleanor de Ray : Avez-vous pensé que les données provenant des milliers de programmes de soutien par les pairs dans les écoles du Canada pourraient contribuer à votre compréhension du soutien par les pairs?

M^{me} FITZGERALD : Nous n'en avons pas tenu compte. C'est un excellent point. Parfois, il faut sortir de son domaine pour trouver des données que l'on peut traduire. Nous nous sommes donc concentrés sur un milieu précis, comme celui des soins actifs. Mais je pense que nous pourrions en apprendre beaucoup des premiers intervenants qui agissent en dehors de nos organismes et établissements hospitaliers. Et je n'avais pas pensé aux écoles, mais je pense que cela soulève un autre corpus de documents qui pourraient sûrement rapporter des

données intéressantes. Il faudrait chercher dans différentes bases de données pour les trouver, je pense.

M. THRALL : Bien sûr, bien sûr. Eh bien, merci beaucoup, Ray. C'est une suggestion formidable. Et puis une question pour Diane qui vient de Christina : Pouvez-vous parler de la formation requise ou recommandée pour les programmes de soutien par les pairs que vous avez examinés?

M^{me} AUBIN : Merci. Et j'aimerais ajouter quelque chose à la dernière question. Nous avons beaucoup travaillé avec les services de santé d'urgence de la C.-B., et cela va au-delà du milieu des soins actifs. Ils travaillent avec les premiers intervenants, évidemment, la police et les ambulanciers, donc il y a une partie de cela dans le champ d'action canadien.

Revenons à la formation. La formation requise - Katrina a mentionné plus tôt la GSIC, la gestion du stress dû à un incident critique. Certains des organismes se sont appuyés sur ce programme pour former leurs pairs aidants, et il s'agit d'un programme de trois jours environ. C'était bien plus qu'un simple petit atelier dans l'après-midi. Leur formation a sûrement duré au moins deux ou trois jours.

Et puis ils ne les ont pas simplement laissés partir et continuer à faire leur travail. Beaucoup d'organismes ont donné aux pairs aidants la possibilité de se rencontrer et de faire un débriefage tous les mois ou tous les deux mois pour parler des personnes qu'ils avaient rencontrées, en toute confidentialité, bien sûr, mais aussi de leurs expériences et aussi pour apprendre les uns des autres. Et puis ce soutien aussi, les organismes ont reconnu combien il est difficile et combien cela peut même être une expérience traumatisante pour les pairs aidants d'essayer de soutenir leurs pairs. Il y a ce soutien émotionnel continu pour les pairs aidants. Plus qu'une simple formation, mais aussi un soutien pour eux.

M. THRALL : Et sur une base continue, bien sûr. Génial. Merci beaucoup, Diane.

J'ai une question de Marilyn et je vais la poser à tous. En cas d'agression sur un travailleur des services de santé, est-ce à ce dernier de porter plainte ou est-ce à l'employeur, qui est responsable de la sécurité de son personnel, de le faire? Je ne suis pas sûr que cela entre dans le cadre de cette discussion, mais j'invite toutes les invitées à commenter à ce sujet.

M^{me} AUBIN : Il y a peu de réponses, dans mon cas, c'est parce que cela dépasse le cadre de mes connaissances. Et ce serait plutôt à un représentant juridique de répondre à cette question. Désolée de ne pas avoir cette connaissance, mais c'est certainement... L'agression est l'une des choses les plus bouleversantes sur le plan émotionnel qui puisse arriver. Et il appartiendrait à l'organisme de mettre en place un processus protocolaire pour gérer cela.

M. THRALL : Bien sûr, bien sûr. Merci. D'autres commentaires? Je vous invite à répondre si vous avez quelque chose à ajouter, mais nous pouvons aussi passer à autre chose.

M^{me} FITZGERALD : Je dirais que je pense que les organismes ont l'obligation de soutenir les personnes qui travaillent pour eux, et je pense qu'il serait prudent de s'adresser à votre organisme pour demander conseil, puisqu'il ne fait aucun doute qu'ils ont une expertise à offrir, car il est très peu probable que ce soit la première fois que cela se produise dans leur établissement.

M. THRALL : Excellent. Eh bien, merci beaucoup.

Une autre question est arrivée dans la boîte à questions. J'invite tous les autres à soumettre leurs questions dans le clavardage directement à moi, Chris Thrall, ou dans la boîte de questions-réponses. Et nous serions ravis d'y répondre.

Mais, pour le moment, il me reste une question à poser à Diane. C'est un sujet un peu épineux, alors soyez indulgente avec moi. En quoi ces programmes de soutien par les pairs sont-ils différents des programmes provinciaux de soutien? Je pense au programme de soutien aux médecins et aux familles de l'Alberta, par exemple. Pouvez-vous nous donner une observation transnationale, ou expliquer comment les programmes de soutien par les pairs que vous étudiez diffèrent des programmes de soutien provinciaux?

M^{me} AUBIN : C'est une excellente question. Pour commencer, nous n'avons pas l'intention de... Je ne pense pas qu'un organisme ait l'intention de remplacer le programme de soutien par les pairs. Les programmes provinciaux que je connais sont ceux qui s'adressent aux médecins. Il en existe également pour les infirmières par le biais de différents organismes. Ils s'adressent généralement à des professions précises du système de santé. Ils soutiennent les professionnels de la santé. Il y a le, comme vous l'avez mentionné en Alberta, il y a le programme de soutien aux médecins et aux familles de l'Alberta Medical Association. Je leur ai parlé, et ils

disent qu'ils font du bon travail et qu'ils soutiennent aussi les médecins qui sont à l'origine d'erreurs médicales. Ils sont donc là.

La différence, c'est qu'ils sont implantés au sein même de l'organisme. Les pairs au sein de l'organisme comprennent le contexte, savent qui est qui, comprennent comment les choses se passent au sein des différents départements, et l'aspect « politique » de ce qui se passe et ils connaissent les personnes impliquées.

M. THRALL : L'expertise fonctionnelle, oui.

M^{me} AUBIN : Tellement plus, oui. Beaucoup plus clair et personnel dans ce sens. Voilà où se situe l'avantage d'avoir un programme de soutien par les pairs au sein même de votre organisme. Il serait ouvert à tous et adapté à cet organisme.

Vous me direz si j'ai répondu à votre question.

M. THRALL : Oui, je pense. Je pense que oui. Il n'est pas destiné à remplacer; il est simplement destiné à soutenir. Et ce que nous cherchons à faire ici, c'est de trouver d'autres moyens de pouvoir soutenir les personnes qui traversent ce genre de traumatisme.

M^{me} FITZGERALD : Chris, je pense qu'il est également important de différencier les programmes de soutien par les pairs des PAE et des programmes de ce genre. Les PAE offrent un soutien à un niveau plus clinique que le soutien par les pairs. Il ne s'agit pas de remplacer ces autres formes de soutien. C'est une affaire de collègue à collègue « je comprends ce que vous vivez ». C'est une occasion d'être sur la même longueur d'onde qu'une personne et d'échanger tout simplement. Si vous avez besoin d'un autre type de soutien, le soutien par les pairs n'est pas là pour le remplacer.

M. THRALL : Non, non. C'est intéressant. L'étude s'est-elle étendue aux PAE, aux programmes d'avantages sociaux sur le lieu de travail ou à d'autres programmes de ce genre, ou s'est-elle limitée aux programmes de soutien par les pairs pour les soins actifs?

M^{me} FITZGERALD : Nous ne cherchions pas seulement des programmes de soutien par les pairs. Nous étions à la recherche de stratégies organisationnelles de soutien. Nous avons surtout trouvé des programmes de soutien par les pairs, mais ce n'est pas ce que nous recherchions. C'est pourquoi nous avons trouvé des programmes d'apprentissage, des trousseaux d'outils,

des programmes de soutien par les pairs, et les PAE étaient généralement mentionnés. Et quand on s'adresse aux organismes de santé, ils ont l'impression d'inclure cela parce qu'ils ont un PAE. Mais ce que je veux dire, c'est qu'un PAE, ce n'est pas la même chose. Dans la plupart des cas, un PAE exclut également les médecins qui ne sont pas des employés de l'hôpital.

M. THRALL : Oui, bien sûr.

M^{me} FITZGERALD : Et un PAE fournit un soutien sur le plan clinique, ce qui est différent que d'être soutenu par vos collègues.

M. THRALL : Oui, je vois. Eh bien, merci. Une autre question nous est parvenue du public. Je pense que celle-ci s'adresse à Markirit, en fait. De Christina : La trousse d'outils qui sortira à la fin de ce programme de soutien par les pairs comprendra-t-elle des suggestions de paramètres pour évaluer l'efficacité des programmes de soutien par les pairs? La trousse d'outils de l'ICSP.

M^{me} ARMUTLU : Bien sûr, Chris. Merci. Merci pour cette question, Christina.

L'évaluation des programmes de soutien par les pairs est très difficile, notamment en raison du fait que le programme accorde une grande attention à la protection de la confidentialité des prestataires de soins et des travailleurs de la santé qui se mobilisent et qui recherchent un soutien. Ce faisant, l'évaluation devient difficile. Il y a des paramètres de base, et vous verrez dans la trousse d'outils que nous lancerons en septembre, qu'il y a quelques ressources sur ce sujet.

Cependant, je tiens à vous signaler qu'à la suite du lancement des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en septembre, ainsi que de la trousse d'outils, nous nous engagerons dans un effort concerté avec les membres de notre groupe de travail et d'autres personnes à l'échelle du pays afin d'élaborer des paramètres et des indicateurs solides et d'examiner le programme d'évaluation du soutien par les pairs, parce que, certainement, les personnes qui investissent des ressources, tant humaines que financières, pour développer des programmes de soutien par les pairs posent des questions, notamment : Quels sont vos résultats? Le programme est-il efficace? Vous nous demandez plus de fonds, mais montrez-nous que ce que vous offrez est efficace.

Pour pouvoir répondre à ces questions, il faut absolument qu'il y ait un moyen d'évaluer les programmes sans enfreindre la confidentialité. Et ce travail commencera en septembre. Il y a des personnes, notamment dans ce webinaire, qui se sont penchées sur ce défi et ont commencé à le relever. Je vous invite à communiquer avec moi afin que nous puissions mettre en place ce groupe de travail. Nous recruterons les participants de ce groupe de travail au cours de l'été et nous commencerons ce travail en septembre.

Donc, excellente question, Christina. Ne manquez pas la sortie de notre trousse d'outils, mais aussi, en septembre, nous allons commencer ce travail de manière plus soutenue.

M. THRALL : Wow. Génial. Très excitant, Markirit. Merci beaucoup.

Étant donné que nous n'avons plus de questions, je vais simplement terminer la séance et nous pourrons tous retourner à nos tâches un peu plus tôt.

Nous tenons à remercier respectueusement la D^{re} Katrina Hurley, Diane Aubin et Eleanor Fitzpatrick d'avoir consacré leur temps et leur expertise à notre webinaire. Merci, bien sûr, à vous tous d'avoir pris le temps d'y assister. En mon nom, Christopher Thrall, en celui de Markirit Armutlu, responsable du programme, en celui de Gina Peck, hôte technique, et en celui du reste de l'équipe de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, nous remercions encore une fois nos partenaires, la Commission de la santé mentale du Canada et le Centre de soins IWK.

Si vous souhaitez poursuivre la conversation entamée dans cette discussion, n'hésitez pas à nous envoyer un courriel. Nous transmettrons vos commentaires ou toute question que vous n'avez pas pu poser à nos intervenantes. Vous devriez tous recevoir un courriel de remerciement de Gina Peck dans votre boîte de réception sous peu, et vous pourrez y répondre. Nous publierons également une copie enregistrée de ce webinaire sur le site Web de l'ICSP d'ici une semaine environ.

Nous vous invitons à vous joindre à nous pour le dernier webinaire de cette série le 20 septembre, sur les pratiques exemplaires canadiennes pour les programmes de soutien par les pairs et le lancement de la trousse d'outils dont Markirit a parlé. Vous trouverez les informations à propos de l'inscription sur notre site Web.

Alors, passez une excellente journée, tout le monde, et nous espérons vous revoir bientôt. Prenez soin de vous.

[FIN DE LA TRANSCRIPTION]