

**GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES DE SANTÉ
MÈRE-ENFANT
(MACHS)**

Avis à l'intention de la ministre de la Santé

Le 5 septembre 2008

**Présenté par : Brian Postl (coprésident)
 Marie O'Neill (coprésidente)**

Rédigé par : Vivian Sandberg

Groupe de travail sur les services de santé mère-enfant

300, rue Carlton, bureau 2129, Winnipeg (Manitoba) R3C 4Y1

Tél. : 204 788-6753 . Téléc. : 204 948-2366

Madame Theresa Oswald
Ministre de la Santé
Palais législatif, bureau 302
450, avenue Broadway
Winnipeg (Manitoba) R3C 0V8

Madame la Ministre,

En mars 2007, nous avons été invités à coprésider le groupe de travail sur les services de santé mère-enfant (MACHS). Dans ces fonctions, nous avons été appelés à formuler des recommandations visant à assurer la pérennité du système de soins de santé maternels et pédiatriques, à améliorer l'accès aux services de soins, à promouvoir la collaboration entre les offices régionaux de la santé quant à la mise au point et à l'adoption de pratiques exemplaires et à favoriser la prévention et la promotion de la santé dans l'ensemble de la province.

Vous avez démontré que vous aviez à cœur les services de soins de santé maternels et pédiatriques dispensés au Manitoba et vous avez su reconnaître que ces soins constituent un élément important du système de soins de santé dans son ensemble. Tout au long de ce processus, il s'est avéré évident que vous accordiez personnellement une importance prépondérante à ce dossier. Enfants en santé Manitoba a mis sur pied des services coordonnés visant à offrir du soutien aux enfants et aux adolescents manitobains; nous espérons que les recommandations de notre groupe de travail donneront suite à ces réussites. À présent, il faut continuer de collaborer avec les offices régionaux de la santé et autres parties prenantes afin de renforcer la coordination des services dispensés à l'échelle de la province pour les femmes et les enfants, en particulier ceux et celles qui vivent dans les régions rurales et dans le nord du Manitoba.

Nous avons été privilégiés d'avoir été affectés à ce projet et nous continuerons de ne ménager aucun effort pour atteindre vos objectifs. Au nom des membres du groupe de travail, nous sommes heureux de vous présenter l'avis ci-joint. Il contient des initiatives à court, moyen et long terme dont nous vous invitons à prendre connaissance. Nous espérons qu'il reflétera l'ensemble des progrès que nous avons réalisés à ce jour.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Brian Postl, M.D.

Marie O'Neill

c.c. : Arlene Wilgosh
Sous-ministre de la Santé et de la Vie Saine

Groupe de travail sur les services de santé mère-enfant

Coprésidents :

Brian Postl, M.D.
Président-directeur général
Office régional de la santé de Winnipeg
Tél. : 204 926-7000

Marie O'Neill
Sous-ministre déléguée
Soins primaires et vie saine
Tél. : 204 788-6663

RÉSUMÉ

Vous avez mis sur pied le groupe de travail sur les services de santé mère-enfant (MACHS) dans le but d'améliorer les services de soins de santé mère-enfant dispensés au Manitoba. Des chefs de file du secteur des soins de santé ont été personnellement invités à participer à ce projet, auquel ils ont consacré d'innombrables heures de travail avec beaucoup d'enthousiasme. En outre, vous avez personnellement assisté à la première réunion du groupe de travail afin de démontrer l'importance que vous accordez à ses activités.

Le groupe de travail s'est attaché à mettre en lumière des initiatives pragmatiques susceptibles de créer des répercussions mesurables et de produire des résultats probants rapides en ce qui a trait à l'amélioration des soins, à l'accès aux soins et à l'état de santé des patients, tout en accordant une importance particulière à l'ensemble des facteurs déterminants des soins (pauvreté et scolarité, entre autres). Dans cette optique, le groupe de travail a mis au point des stratégies à court, moyen et long terme dans le but d'améliorer les soins et l'accès aux soins, bien qu'à ce jour il ait principalement misé sur des stratégies à court terme. Nous avons formulé des recommandations s'inscrivant dans trois volets. Ces recommandations visent à :

- *favoriser* l'accès à des services de proximité;
- *combler* les écarts en matière de prestation de services et de soutien;
- *promouvoir* la mise en œuvre de pratiques prometteuses au Manitoba.

Les initiatives comprises dans chaque volet peuvent être mises en œuvre en 2009-2010 et ultérieurement. Nous prévoyons que la mise en œuvre des initiatives à long terme se poursuivra parallèlement à celle des initiatives à court terme.

I. FAVORISER L'ACCÈS À DES SERVICES DE PROXIMITÉ

Le groupe de travail MACHS a ciblé quatre (4) initiatives visant à appuyer les services de proximité. L'une d'entre elles consisterait à offrir dès maintenant aux fournisseurs de soins de santé des régions rurales et du nord de la province l'accès jour et nuit à une ligne téléphonique qui leur permet de consulter rapidement des spécialistes par cellulaire. Les initiatives proposées visent à continuer d'étendre la mise en œuvre de liaisons télésanté entre les maternités et les unités néonatales des soins intensifs, et ce, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Elles consistent également à évaluer la possibilité d'inclure d'autres professionnels de la santé à ce projet et d'accroître la portée de Health Links-Info Santé. Dans certains cas, les initiatives contribueront à réduire la nécessité que les Manitobains résidant dans des régions rurales ou dans le nord de la province doivent se déplacer hors de leur région pour recevoir des soins.

1. Établir une ligne d'assistance téléphonique permettant d'accéder immédiatement à un spécialiste de soins néonataux, à un pédiatre et à un obstétricien de garde.
2. Continuer d'étendre la mise en œuvre de liaisons télésanté accessibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept entre les maternités et les unités néonatales de soins intensifs afin d'inclure tous les établissements du Manitoba qui offrent des services pour les naissances désirables et établir une liaison télésanté similaire, accessible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, dans le domaine de l'obstétrique entre une maternité située en milieu rural ou dans le nord de la province et une unité d'obstétrique en soins tertiaires.
3. Évaluer la possibilité d'étendre la portée de Health Links–Info Santé.

4. Évaluer la possibilité que des médecins fassent la promotion de modèles de « soins partagés ».

II. COMBLER LES ÉCARTS EN MATIÈRE DE PRESTATION DE SERVICES

Douze (12) initiatives (cinq étant des sous-éléments) visent à combler les écarts en matière de prestation de services. Ces initiatives comprennent la mise sur pied de structures pour définir, surveiller et améliorer les soins périnataux, mobiliser des ressources humaines en vue de la prestation de services mère-enfant et fournir des services directs aux femmes et aux enfants qui doivent se déplacer hors de leur région pour bénéficier de services de naissance.

Mise sur pied des structures

5. Évaluer la possibilité d'employer un modèle « d'engagement » semblable à celui utilisé dans le cadre du projet *Need to Know*.
6. S'inspirer d'un concept qui existe déjà et poursuivre le développement d'archives centrales regroupant des données, des indicateurs et des publications sur la santé mère-enfant, qui peuvent être utilisés à l'appui de la planification, de la prestation et de l'évaluation globales de services de naissance et de programmes de santé mère-enfant au Manitoba.
7. Organiser une « table ronde » annuelle au cours de laquelle seront présentées et communiquées des analyses actualisées de données et d'information dans le contexte des enjeux antérieurs et nouveaux et des priorités régionales et provinciales.

Ressources humaines dans le secteur de la santé

8. Aider chaque région à :
 - a) effectuer une analyse relative au Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²) dans le but d'évaluer et de coordonner les services néonataux et maternels accessibles à toutes les collectivités à l'échelle régionale (y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis);
 - b) utiliser les ressources du MCP² pour mettre au point une stratégie de services maternels et néonataux à l'échelle régionale.
9. Évaluer la possibilité d'accroître le nombre d'inscriptions dans les programmes d'éducation, d'optimiser le champ de pratique et de promouvoir, le cas échéant, la pratique collaborative parmi les fournisseurs de soins de santé mère-enfant (sages-femmes, médecins, infirmières et infirmières praticiennes).
10. Évaluer la possibilité d'offrir du soutien au développement et au maintien des compétences et des connaissances en matière de prestation de soins maternels et néonataux aux fournisseurs de services prénatals, périnataux et postpartum.

Fournir des services directs aux femmes et aux enfants

11. Veiller à ce que les femmes enceintes (inuites, métisses ou des Premières Nations, ou celles qui résident en région éloignée ou rurale) qui doivent quitter leur collectivité pour une longue

période afin d'accoucher puissent bénéficier d'un système coordonné de soutien prénatal et social, par la mise en œuvre des mesures suivantes :

- a) Créer un processus d'aiguillage des patientes coordonné entre les gouvernements fédéral et provincial (offices régionaux de la santé), lequel comprendra des consultations avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi qu'une communication bidirectionnelle entre les offices régionaux de la santé à tous les moments clés de la prestation de services, à partir du moment où la patiente regagne sa collectivité. Il sera ainsi possible de dispenser des services et un soutien de qualité, sans interruption.
 - b) Mettre sur pied un groupe de travail sous forme de programme (ministères, personnel responsable de la prestation de services et principales parties prenantes) sollicitant la participation des pensions publiques. Il sera ainsi possible de concevoir et d'adopter officiellement des politiques, de créer un environnement de soutien et de cibler les ressources qui contribueront au bien-être de la femme enceinte, notamment en ce qui a trait à la sécurité, à la nutrition et à l'allaitement, et à répondre aux besoins physiques et émotionnels des patientes.
 - c) Former les intervenants recrutés parmi les pairs de manière à ce qu'ils soient en mesure d'offrir de l'assistance prénatale et postpartum ainsi qu'un soutien en cours de travail, et ce, d'une façon adaptée à la culture de la patiente et, s'il y a lieu, dans les langues parlées par les Premières Nations, les Inuits et les Métis.
12. Développer les ressources humaines dans les régions offrant du soutien aux femmes ayant temporairement quitté leur région pour bénéficier de services de naissance, notamment par la création de postes d'infirmières-hygiénistes (et par du soutien aux personnes occupant ces fonctions) à Winnipeg, lesquelles joueront le rôle de personnes-ressources et de coordonnatrices de services.
13. Consolider les ressources visant à informer les femmes des services à leur disposition (programme sur la santé du nourrisson, coûts de transport pour assister au programme, location d'une salle pour les rencontres, paiement d'autres services comme le soutien par des aînés, les honoraires de conférenciers, l'approvisionnement en aliments sains, etc.) et à les encourager à se prévaloir de ces services (cartes avec les coordonnées de personnes-ressources, par exemple).

III. PROMOUVOIR ET SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE DE PRATIQUES « PROMETTEUSES » (EXEMPLAIRES)

Neuf (9) initiatives (trois étant des sous-éléments) sont susceptibles d'entraîner des répercussions mesurables sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants. La première consiste à fournir une dose unique de 100 000 unités internationales de vitamine D au moment opportun afin de s'attaquer à un problème précis : l'incidence élevée de carence en vitamine D ou de rachitisme chez les femmes et les enfants manitobains qui vivent dans des régions nordiques et qui sont peu exposés aux rayons du soleil. La deuxième vise à étudier deux modèles prometteurs de soins de santé primaires ayant fait leurs preuves dans d'autres provinces et pouvant permettre de dispenser des soins de proximité aux femmes et aux enfants. En outre, plusieurs autres avenues pourraient être explorées davantage, notamment des outils et des modèles de formation ayant été couronnés de succès dans d'autres provinces ainsi que la

possibilité d'étendre la portée de programmes de vaccination, entre autres contre le virus du papillome humain (VPH).

Vitamine D

14. Administrer, par voie orale et à mi-trimestre, une dose unique de 100 000 unités internationales de vitamine D à quelque 100 femmes enceintes (suivies au Centre des sciences de la santé) et :
 - mesurer la concentration d'hydroxy dans le cordon à la naissance du bébé;
 - encourager l'administration quotidienne de suppléments de vitamine D aux nourrissons après l'accouchement et leur départ de l'hôpital;
 - administrer un supplément de vitamine D (*Sprinkles Global Health Initiative*) au nourrisson une fois que celui commencera à consommer des aliments complémentaires.
15. Lorsque le bébé atteint un an, il convient de procéder à un examen dentaire exhaustif pour déceler la présence de caries, de soumettre le bébé à un examen physique complet et de mesurer son taux de 25-hydroxyvitamine D.

Outils de formation

16. Évaluer la possibilité d'utiliser des outils (carnets de santé) semblables à ceux ayant été présentés pour promouvoir la santé de la femme enceinte et de l'enfant, élaborés en collaboration avec des fournisseurs de soins de santé publique et les offices régionaux de la santé, y compris une campagne coordonnée axée sur les activités déjà mises en œuvre ou en cours de développement.
17. Évaluer la possibilité d'acheter et de distribuer le livre *Toddler's First Steps* et déterminer s'il conviendrait de l'utiliser auprès des collectivités inuites, métisses et des Premières Nations.

Santé sexuelle et virus du papillome humain (VPH)

18. Mandater Santé et Vie saine Manitoba pour :
 - a) évaluer la possibilité d'étendre le programme de vaccination contre le VPH pour y inclure les jeunes femmes « à risque » qui ne fréquentent pas l'école publique;
 - b) procéder à une évaluation des besoins;
 - c) renforcer la capacité de prestation de soins des infirmières-hygiénistes (en veillant à ce qu'un nombre suffisant d'infirmières-hygiénistes soient en poste et en fournissant une combinaison adéquate de formation et de perfectionnement ainsi que de services informatiques) pour mettre en œuvre une stratégie globale en matière de santé sexuelle, laquelle comprend la vaccination contre le VPH.

Vaccination

19. Mandater Santé et Vie saine Manitoba pour collaborer avec les offices régionaux de la santé afin de cibler des stratégies permettant d'augmenter le taux de vaccination.

Modèles d'intérêt

20. Évaluer la possibilité de mettre en œuvre dans certaines régions pertinentes l'un des modèles de soins de santé primaires ayant été abordés (ou les deux modèles) afin de combler les écarts en matière de prestation de services et d'offrir des services de proximité.

Les initiatives présentées dans ce document sont simples et seraient bien accueillies par un grand nombre de praticiens. Elles se rapportent également à un certain nombre d'initiatives présentées par le Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services (2005)¹, par Closing the Gap et contenues dans le Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente (2006) en ce qui a trait à l'accès aux soins. Il sera possible d'atteindre des résultats rapides en tirant parti d'éléments de ces initiatives déjà en place.

¹ Rapport du Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services de Santé Manitoba – mai 2005 : recommandation n° 6; p. 64.

CONTEXTE

Énormément de temps et d'efforts ont été investis pour cerner les besoins et les défis du Manitoba en ce qui concerne la prestation de services de soins de santé mère-enfant ainsi que pour déterminer les possibilités à exploiter par la province à cet égard. Ce fait est démontré de façon tangible par le nombre et la diversité des rapports ayant été produits au fil des ans, parmi lesquels figurent notamment :

1. ***The Health of Manitoba's Children (mars 1995)*** – D^r Brian Postl au nom du Child Health Strategy Committee
2. ***Assessing the Health of Children in Manitoba (février 2001)*** – Centre manitobain des politiques en matière de santé
3. ***Rapport du groupe de travail Des enfants en santé, pour un avenir en santé (juin 2005)*** – Groupe de travail multipartite
4. ***Rapport du Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services de Santé Manitoba (mai 2005)*** – Santé Manitoba

Dès l'amorce de cette tâche, il s'est avéré évident que, bien que de nombreux progrès aient été réalisés dans l'amélioration des soins et des services et dans la mise en application des suggestions formulées par ces groupes de travail, un catalyseur était nécessaire pour faire monter à un échelon supérieur les activités nécessaires à la réalisation de ce travail et pour coordonner les projets déjà en place ou en cours d'exécution. En tant que Ministre de la Santé, vous avez mis sur pied le groupe de travail sur les services de santé mère-enfant (MACHS) dans le but de répondre à ce besoin de façon coordonnée et globale.

Le *mandat* du groupe de travail MACHS est axé, entre autres, sur les aspects suivants :

- Donner des conseils et formuler des recommandations sur les soins de santé et les services dispensés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants à l'échelle provinciale.
- Établir des priorités et recommander une orientation stratégique en ce qui a trait à la planification et à la coordination des besoins en ressources humaines liés à la santé mère-enfant, à l'échelle provinciale.
- S'attacher à « combler l'écart » séparant les Premières Nations, les Inuits et les Métis du reste de la population en ce qui concerne les soins de santé mère-enfant et abolir les obstacles entre sphères de compétence en matière de prestation de soins.
- Cibler et promouvoir des « pratiques exemplaires » dans les régions.
- Encourager la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Le groupe de travail a bénéficié des conseils d'experts de ses membres, parmi lesquels figurent des représentants de tous les offices régionaux de la santé, de Santé et Vie saine Manitoba, de Services à la famille et Logement Manitoba, d'Enfants en santé Manitoba ainsi que de nombreux groupes d'intervenants externes (médecins, personnel infirmier, sages-femmes et groupes autochtones).

APERÇU DES ACTIVITÉS/MÉTHODE DE TRAVAIL DE MACHS

Vous avez annoncé la création du groupe de travail sur les services de santé mère-enfant le 30 mars 2007. La recherche, la planification et le recrutement ont commencé immédiatement après cette annonce et plusieurs activités ont été préparées en vue de la première réunion du groupe de travail. Parmi ces activités figuraient, entre autres, le recrutement en bonne et due

forme d'experts, la création d'une structure visant à encadrer le travail des coprésidents et à orienter les activités du groupe de travail, l'élaboration d'une ébauche de « mandat » à présenter aux membres à des fins de discussion, la mise au point d'un programme et d'un plan de travail et la planification de votre discours d'ouverture aux membres.

La première réunion du groupe de travail sur les services de santé mère-enfant s'est tenue à Winnipeg le 14 septembre 2007. Par ailleurs, un atelier dans le cadre duquel les membres du groupe ont établi les priorités à respecter et élaboré un plan de travail pour orienter leurs activités s'est déroulé le 30 octobre 2007.

Au départ, le groupe de travail s'est attaché à mettre en lumière des initiatives pragmatiques susceptibles de créer des répercussions mesurables et de produire des résultats probants rapides en ce qui a trait à l'amélioration des soins, à l'accès aux soins et à l'état de santé des patients, tout en accordant une importance particulière à l'ensemble des facteurs déterminants des soins (pauvreté et scolarité, entre autres). Dans cette optique, le groupe de travail a mis au point des stratégies à court, moyen et long terme dans le but d'améliorer les soins et l'accès aux soins, bien qu'à ce jour il ait principalement misé sur des stratégies à court terme. Nous avons formulé des recommandations s'inscrivant dans trois volets. Ces recommandations visent à favoriser l'accès à des services de proximité, à combler les écarts en matière de prestation de services et de soutien ainsi qu'à promouvoir la mise en œuvre de pratiques prometteuses au Manitoba. Les initiatives comprises dans chaque volet peuvent être mises en œuvre en 2009-2010 et ultérieurement. Nous prévoyons que la mise en œuvre des initiatives à long terme se poursuivra parallèlement à celle des initiatives à court terme.

Depuis septembre 2007, le groupe de travail sur les services de santé mère-enfant (MACHS) s'est réuni huit fois. De plus, nous (les coprésidents) vous avons rencontrée, ainsi que la sous-ministre de la Santé et de la Vie saine, à cinq reprises afin de vous informer des progrès de nos travaux et à des fins d'orientation.

Tout d'abord, le groupe de travail a passé en revue les travaux réalisés à ce jour, y compris les divers rapports susmentionnés. Par suite de cet examen, les membres ont ciblé un certain nombre de domaines prioritaires. Pour faciliter la préparation du présent document, les membres du groupe de travail se sont rencontrés en petits groupes à plusieurs occasions. Ces rencontres visaient à s'attaquer aux enjeux suivants :

1. Favoriser l'accès à des services de proximité
2. Combler les écarts en matière de prestation de services
3. Soutenir la mise en œuvre de pratiques prometteuses (exemplaires)
4. Résoudre les questions liées aux territoires de compétence

En outre, nous avons communiqué avec des experts manitobains de la gestion de données, de la télésanté et des dossiers de santé électroniques et leur avons demandé de cibler des initiatives conformes aux caractéristiques démographiques du Manitoba et qui contribueraient à améliorer les services actuellement dispensés dans la province. Pour mener à bien cette tâche, les membres du groupe de travail MACHS ont organisé des exposés donnés par le Manitoba Immunization Monitoring System (programme MIMS) et Health Links–Info Santé. Dans la même optique, les résultats préliminaires d'un projet de recherche intitulé *Factors Associated with Inadequate Prenatal Care Among Inner City Women in Winnipeg* ont été présentés. Par ailleurs, des modèles de pratiques prometteuses provenant de l'ensemble du pays et de la province ont été examinés, lesquels pourraient permettre d'améliorer l'accès aux services et les résultats thérapeutiques des patients.

Étant donné qu'un grand nombre des initiatives présentées dans le document doivent faire l'objet d'un financement (ponctuel ou régulier), nous examinons une possibilité de soutien et de partenariat entre Santé et Vie saine Manitoba et des chercheurs dans le domaine de la santé afin de soumettre une candidature à deux bourses des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), lesquelles ont récemment été annoncées et portent sur la santé maternelle et infantile. Ces bourses pourraient générer un financement s'élevant jusqu'à 250 000 \$, et ce, dès 2009. Les priorités de recherche visées par ces bourses sont nombreuses et comprennent notamment la croissance fœtale et la naissance prématurée, les blessures et les mauvais traitements chez les enfants, les enjeux touchant les Autochtones, les maladies chroniques ainsi que la santé mentale et la toxicomanie. Le cas échéant, les résultats des travaux de recherche permettront d'appuyer les décisions prises par le groupe de travail quant aux initiatives à long terme susceptibles de tirer parti des services de santé primaires et d'améliorer l'état de santé des mères, des enfants et des adolescents.

TERMINOLOGIE

Dès le début du processus, il s'est avéré évident que nous devons définir la terminologie s'appliquant aux initiatives ciblées. De nombreux termes utilisés dans le domaine de la santé mère-enfant varient légèrement d'un document à l'autre. À des fins de clarté, nous considérerons que les définitions suivantes prévalent dans le présent document.

<i>Maternel</i>	Relatif à la période s'échelonnant du début de la grossesse jusqu'à environ huit semaines après la naissance
<i>Périnatal</i>	Relatif à la période précédant et suivant de près la naissance, soit celle où les femmes n'ayant pas accès à des services de naissance doivent se déplacer pour s'en prévaloir (d'environ 37 semaines de grossesse à environ une semaine après la naissance)
<i>Nouveau-né</i>	De la naissance jusqu'à environ huit semaines
<i>Nourrisson</i>	De l'âge de deux mois jusqu'à environ deux ans
<i>Enfant</i>	De l'âge de deux ans jusqu'à environ 12 ans (puberté)
<i>Adolescent</i>	D'environ 13 à 18 ans (de la puberté à la majorité)
<i>Court terme</i>	D'ici environ six mois à un an
<i>Moyen terme</i>	D'ici environ un à deux ans
<i>Long terme</i>	D'ici au moins deux à trois ans
<i>Autochtone</i>	Personne qui appartient à au moins un groupe autochtone, soit les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis ou les Inuits, qui se définit comme un Indien visé par un traité ou comme un Indien inscrit conformément à la Loi sur les Indiens du Canada ou encore qui déclare faire partie d'une bande indienne ou d'une Première Nation.

LES INITIATIVES

I. FAVORISER L'ACCÈS À DES SERVICES DE PROXIMITÉ

Lignes d'assistance téléphonique

- Accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, au moyen d'un téléphone cellulaire; Télésanté et Health Links–Info Santé

Il y a deux centres de soins de santé tertiaires en obstétrique et en néonatalogie à Winnipeg, et un centre de soins tertiaires en pédiatrie à l'Hôpital pour enfants de Winnipeg. À l'heure actuelle, les fournisseurs de soins de santé qui souhaitent consulter un spécialiste en particulier de façon urgente ne peuvent compter sur un système fiable et bien structuré. Actuellement, tous les appels provenant de fournisseurs de soins de santé et concernant des questions d'ordre obstétrical ou gynécologique sont transférés à l'obstétricien de garde à l'Hôpital pour femmes ou à l'Hôpital général Saint-Boniface, et ce, 24 heures sur 24. Or, il est parfois difficile de joindre cette personne, ce qui peut s'avérer frustrant. Bien que des mécanismes semblables soient en place pour joindre le pédiatre ambulatoire de garde dans le groupe de médecine ambulatoire de l'Hôpital pour enfants, ils ne s'appliquent pas à toute la province. Cette situation peut aussi générer des frustrations et de l'incertitude quant à savoir « qui joindre » (autre que l'urgence de l'Hôpital pour enfants).

Il est nécessaire de mettre en œuvre une méthode systématique permettant de joindre immédiatement la bonne personne. Nous suggérons de commencer tout de suite par l'accès à une ligne téléphonique ouverte 24 heures sur 24 et accessible par cellulaire. Cette initiative répond à un besoin pressant en simplifiant la consultation de spécialistes et en permettant aux fournisseurs de soins de santé œuvrant dans des régions rurales ou dans le nord de la province d'obtenir plus facilement du soutien de leur part. Dans certains cas, on contribuera ainsi à réduire la nécessité que les Manitobains résidant dans des régions rurales ou dans le nord de la province doivent se déplacer hors de leur région pour recevoir des soins. En outre, ce concept peut être soutenu par une « communauté en ligne » de praticiens offrant jour et nuit un accès à des liens de communication, à de l'information sur les pratiques exemplaires et sur les lignes directrices à suivre, à de la formation continue et à des modèles de « soins partagés ». Ce concept peut également être vu dans une perspective à long terme comprenant les éléments suivants :

- Des liaisons télésanté accessibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept entre les maternités et les unités néonatales de soins intensifs afin d'inclure tous les établissements du Manitoba qui offrent des services pour les naissances désirables et établir une liaison télésanté similaire, accessible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, dans le domaine de l'obstétrique entre une maternité située en milieu rural ou dans le nord de la province et une unité d'obstétrique en soins tertiaires
- L'inclusion d'autres professionnels de la santé
- L'élargissement de la portée de Health Links–Info Santé afin d'inclure les soins maternels et prénatals

Les suggestions susmentionnées sont simples et seraient bien accueillies par un grand nombre de praticiens. Elles se rapportent également à un certain nombre de recommandations présentées par le Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services (2005)², par Closing

² Rapport du Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services de Santé Manitoba – mai 2005 : recommandation n° 6; p. 64.

the Gap et contenues dans le Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente (2006) en ce qui a trait à l'accès aux soins. Il sera possible d'atteindre des résultats rapides en tirant parti d'éléments de ces initiatives déjà en place (télésanté dans le domaine néonatal et Health Links–Info Santé).

Recommandation(s) :

1. Établir une ligne d'assistance téléphonique permettant d'accéder immédiatement à un spécialiste de soins néonataux, à un pédiatre et à un obstétricien de garde (**court terme**).
2. Continuer d'étendre la mise en œuvre de liaisons télésanté accessibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept entre les maternités et les unités néonatales de soins intensifs afin d'inclure tous les établissements du Manitoba qui offrent des services pour les naissances désirables et établir une liaison télésanté similaire, accessible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, dans le domaine de l'obstétrique entre une maternité située en milieu rural ou dans le nord de la province et une unité d'obstétrique de soins tertiaires (**moyen terme**).
3. Évaluer la possibilité d'étendre la portée de Health Links–Info Santé (**moyen terme**).
4. Évaluer la possibilité que des médecins fassent la promotion de modèles de « soins partagés » (**long terme**).

II. COMBLER LES ÉCARTS EN MATIÈRE DE PRESTATION DE SERVICES

Mise sur pied de structures pour définir, surveiller et améliorer les soins périnataux

Modèle du projet Need to Know – soins mère-enfant

Le projet de recherche *Need to Know* est réalisé en collaboration avec le Centre manitobain des politiques en matière de santé, les offices régionaux de la santé des régions rurales et nordiques et Santé et Vie saine Manitoba. Il est financé en partie par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) par l'intermédiaire des Alliances communautaires pour la recherche en santé.

Ses objectifs sont les suivants :

- Créer un nouveau bagage de connaissances concernant directement les offices régionaux de la santé des régions rurales et nordiques, au Manitoba et, à titre de modèle, à plus grande échelle.
- Mettre au point des modèles utiles en ce qui a trait aux infrastructures d'information en santé ainsi qu'à la formation et à l'interaction, modèles qui favoriseront et amélioreront la collaboration en recherche.
- Diffuser et mettre en œuvre la recherche en santé pour accroître l'efficacité des services dans ce secteur et, au final, favoriser la santé des populations servies par les offices régionaux de la santé.
- Encourager la réalisation de travaux de recherche de qualité pertinents aux groupes et aux organismes communautaires.

- Promouvoir l'apprentissage mutuel et la collaboration entre les organismes communautaires et les chercheurs en ce qui a trait aux enjeux qui touchent la collectivité dans le domaine de la santé.
- Favoriser la formation chez les chercheurs de toutes les disciplines du secteur de la santé, dans un environnement caractérisé par l'interaction communautaire.

Il s'avérerait avantageux de mettre au point une façon de faire semblable, ou encore de tirer parti du processus en place en l'axant sur la prestation de services de soins de santé mère-enfant. Ce processus pourrait contribuer à combler les écarts en matière de recherche et de connaissances. Il pourrait également favoriser le transfert de connaissances en matière de soins de santé et de services mère-enfant. En outre, ce processus pourrait englober des consultations auprès de groupes autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) et de femmes résidant dans des régions rurales et éloignées afin de cibler les services et les mesures de soutien qui répondent le mieux aux besoins des patientes et des familles qui doivent se déplacer loin de leur domicile pour accéder à des services de naissance.

Table ronde annuelle

Le rapport du Working Group on Maternal and Child Health Care de Santé Manitoba (2005) recommandait que la planification et la prestation de soins pour les mères et les nouveaux-nés soient fondées sur la connaissance de pratiques exemplaires tant actuelles que nouvelles³. Il est par ailleurs important de reconnaître que dans certains domaines donnés, un volume insuffisant de recherches est mené pour que l'on puisse tirer des conclusions. De même, il conviendrait de mettre sur pied un forum dans le cadre duquel les résultats de recherche seraient passés en revue. Pour répondre à ce besoin, nous recommandons la mise sur pied d'une **table ronde annuelle** de spécialistes dans le but de prendre connaissance des travaux de recherche récemment menés, d'établir un calendrier de recherche pour l'année à venir et de favoriser la discussion entre les participants, et ce, sur une base régulière. L'atelier pourrait rassembler des professeurs d'université, des représentants d'organismes de réglementation, des fournisseurs de soins (sages-femmes, médecins, infirmières, professionnels paramédicaux) ainsi que des représentants d'offices régionaux de la santé et de ministères. À l'occasion de la première **table ronde annuelle**, il conviendrait de présenter les récents résultats de recherche et d'exposer le *Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²)* (abordé plus en détail ci-dessous) aux parties prenantes. En outre, il serait judicieux de solliciter l'avis d'autres provinces quant à la prestation de services de soins de santé mère-enfant. La détermination d'un élément livrable par le Centre manitobain des politiques en matière de santé, établi en fonction des besoins ciblés par suite de la présentation des données, pourrait également faire partie des activités annuelles.

Archives centrales

Les données et l'information sont des éléments clés d'un cadre redditionnel qui favorise l'établissement d'objectifs adaptés aux programmes et services et de cibles d'accès permettant d'évaluer nos progrès. La collecte de données ainsi que leur diffusion et leur analyse en temps opportun constituent des éléments qui contribuent à fournir aux offices régionaux de la santé les outils nécessaires pour effectuer le suivi des tendances et prendre des décisions éclairées. Les recommandations fondées sur l'établissement d'archives centrales sur la santé mère-enfant et sur la mise sur pied d'une « table ronde » annuelle visent à favoriser la diffusion et l'analyse des données. De même, la détermination d'un élément livrable par le truchement d'un partenariat

³ Rapport du Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services de Santé Manitoba – mai 2005 : Evidence Based Care : recommandation n° 10; p. 66.

entre le Centre manitobain des politiques en matière de santé et la Manitoba Metis Federation (MMF) pourrait être considérée comme une initiative susceptible de générer des données pouvant être analysées par des universitaires et interprétées par les réseaux de connaissances de la MMF (ce qui comprend les partenaires des offices régionaux de la santé et de Santé et Vie saine Manitoba).

Recommandation(s) :

5. Évaluer la possibilité d'employer un modèle « d'engagement » semblable à celui utilisé dans le cadre du projet *Need to Know* (**moyen terme**).
6. S'inspirer d'un concept qui existe déjà et poursuivre le développement d'archives centralisées regroupant des données, des indicateurs et des publications sur la santé mère-enfant, qui peuvent être utilisés à l'appui de la planification, de la prestation et de l'évaluation globales de services de naissance et de programmes de santé mère-enfant au Manitoba (**moyen terme**).
7. Organiser une « table ronde » annuelle au cours de laquelle seront présentées et communiquées des analyses actualisées de données et d'information dans le contexte des enjeux antérieurs et nouveaux et des priorités régionales et provinciales (**court terme**).

Ressources humaines dans le domaine des soins de santé mère-enfant

À l'heure actuelle, il existe plusieurs obstacles qui, souvent, empêchent les patientes de rester dans leur milieu pour recevoir des services leur permettant de mettre au monde des nourrissons en santé. Les besoins les plus criants à cet égard ont été cités dans des rapports antérieurs, notamment dans celui du Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services de Santé Manitoba (2005)⁴. Plusieurs mesures peuvent être mises en œuvre (à court et à long terme) pour accroître les capacités dans les collectivités et l'accès aux soins. Parmi ces mesures figurent notamment les suivantes :

- Recruter, selon les besoins, des infirmières-hygiénistes (et offrir du soutien aux personnes occupant ces fonctions) qui joueront un rôle de personnes-ressources et de coordonnatrices de services. Une telle initiative faciliterait l'aiguillage des patientes dans le réseau de santé publique et favoriserait l'accès à d'autres services pour les femmes vivant hors de Winnipeg et devant s'y rendre pour accoucher.
- Accroître le nombre d'inscriptions dans les programmes d'éducation.
- Optimiser le « champ de pratique ».
- Promouvoir la pratique collaborative parmi les fournisseurs de soins mère-enfant (sages-femmes, médecins) pour permettre aux spécialistes (obstétriciens et

⁴ Rapport du Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services de Santé Manitoba – mai 2005 : chapitre 4, article 4.2 Care Providers; p. 31- 39; recommandations n^{os} 4, 5, 6 et 7; p. 63-64.

- pédiatres) de se concentrer sur la prestation de soins spécialisés en collaboration avec les autres professionnels de la santé.
- Favoriser l'accès aux services de sages-femmes.
- Promouvoir le développement et le maintien des compétences et des connaissances en matière de prestation de soins maternels et néonataux chez les fournisseurs de soins de santé, par l'intermédiaire de services tels que :
 - Télésanté et soutien en ligne (pour favoriser l'accès à des ressources en matière de formation dans les domaines prénatal et postpartum)
 - Prestation de programmes de formation multidisciplinaires en soins d'urgence maternels et néonataux, et ce, dans toutes les régions pertinentes (NRP, AcORN, ALARM, ESW, AMPRO^{OB}, A.L.S.O.)
 - Meilleur accès à des laboratoires de simulation
 - Meilleur accès à des formateurs
 - Soutien à l'accès continu à l'information en ce qui a trait aux pratiques exemplaires actuelles en soins de santé maternels et néonataux
 - Soutien aux déplacements lorsque les fournisseurs de soins pratiquant en région doivent se rendre en milieu urbain pour y recevoir de la formation ou du perfectionnement en soins mère-enfant auprès de spécialistes

Le *Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²)* est l'un des outils pouvant contribuer au lancement de cette initiative.

Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²)

En 2004, Santé Canada a financé un projet d'envergure nationale intitulé ***Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²)***. Parmi les organismes ayant pris part à ce projet figurent les suivants :

- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (Canada)
- Association canadienne des sages-femmes
- Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Collège des médecins de famille du Canada
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- Société de la médecine rurale du Canada

L'objectif principal de ce projet consistait à éliminer les obstacles à la mise en œuvre, à l'échelle nationale, de stratégies collaboratives et multidisciplinaires en matière de prestation de soins maternels primaires, et ce, dans le but de favoriser la qualité des soins maternels dispensés à l'ensemble des Canadiennes et l'accès à ces soins. Santé et Vie saine Manitoba a pris part à cette initiative.

Le projet avait plusieurs objectifs clés, notamment :

- Établir des lignes directrices en matière d'élaboration de modèles.
- Harmoniser les normes.
- Poursuivre la mise en valeur des ressources à l'échelle nationale en vue d'assurer la prestation appropriée de services de soins maternels et néonataux multidisciplinaires et collaboratifs dans tous les territoires de compétence.
- Changer les modèles de pratique.
- Faciliter la mise en commun d'information.
- Promouvoir les avantages des soins maternels dispensés dans une optique collaborative et multidisciplinaire.

- Mener des évaluations.

Les recommandations suivantes sont susceptibles de donner lieu à des progrès à court et à long terme. Il est impératif que les offices régionaux de la santé continuent de fournir des services de soins prénatals et postpartum aux patientes dans leur région, que des soins de naissance y soient offerts ou non, tout en satisfaisant à des normes reconnues en matière de soins. Toutes les stratégies énoncées ci-après devraient contribuer à faire en sorte que des soins prénatals et postpartum efficaces soient offerts dans les régions où résident les patientes, même dans celles où l'on ne pratique pas d'accouchements. De même, les recommandations suivantes contribueront à prendre en compte un certain nombre de préoccupations ciblées par le Ministerial Working Group de Santé Manitoba (2006) et pourraient être intégrées aux évaluations des besoins en matière de soins de santé dans les collectivités dans le cadre du processus de planification sanitaire.

Recommandation(s) :

8. Aider tous les offices régionaux de la santé à :
 - a. effectuer une analyse relative au MCP² dans le but d'évaluer et de coordonner les services néonataux et maternels accessibles à toutes les collectivités à l'échelle régionale (y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis) (**court terme**);
 - b. utiliser les ressources du MCP² pour mettre au point une stratégie de services maternels et néonataux à l'échelle régionale (**court terme**).
9. évaluer la possibilité d'accroître le nombre d'inscriptions dans les programmes d'éducation, d'optimiser le champ de pratique et de promouvoir, le cas échéant, la pratique collaborative parmi les fournisseurs de soins de santé mère-enfant (sages-femmes, médecins, infirmières et infirmières praticiennes) (**moyen terme**);
10. évaluer la possibilité d'offrir du soutien au développement et au maintien des compétences et des connaissances en matière de prestation de soins maternels et néonataux aux fournisseurs de services prénatals, périnataux et postpartum (**moyen terme**).

Fournir des services directs aux femmes et aux enfants qui doivent se déplacer hors de leur région pour bénéficier de services (en vue d'une naissance)⁵

Il existe un écart dans la prestation de services entre les patientes qui doivent quitter temporairement leur région pour une agglomération urbaine afin d'accoucher ou bénéficier de soins d'obstétrique spécialisés et les autres patientes. À l'Office régional de la santé de Winnipeg, des infirmières-hygiénistes communiquent avec les parturientes qui séjournent dans la région de Winnipeg afin de leur proposer une évaluation postpartum et un examen de leur nourrisson. Toutefois, à l'heure actuelle, les infirmières-hygiénistes ne sont pas avisées du moment où ces patientes se présentent pendant la période prénatale, ni de l'endroit où elles séjournent. On craint que ces femmes ne bénéficient pas du soutien et des services dont elles ont besoin. En outre, il

⁵ Rapport du Ministerial Working Group on Maternal Newborn Services de Santé Manitoba – mai 2005; chapitre 4, article 4.3 Leaving One's RHA to Give Birth; p. 39-43; recommandations 4, 5, 6 et 7; p. 63-64.

est permis de penser qu'une situation semblable prévaut dans d'autres offices régionaux de la santé.

Les femmes enceintes faisant partie des communautés inuite, métisse et des Premières Nations ou résidant en région rurale ou éloignée séjournent parfois en milieu urbain pendant une période pouvant atteindre deux à huit semaines, en fonction de l'évaluation de leur niveau de risque. Les femmes des communautés autochtones résident habituellement en pension, tandis que d'autres séjournent chez des membres de leur famille ou chez des amis. Il y a tout lieu de croire que ces femmes ne bénéficient pas de tous les services et le soutien nécessaires à une grossesse saine lorsqu'elles séjournent en milieu urbain. Des intervenants recrutés parmi les pairs se sont dits préoccupés par le fait que les pensions ne sont pas conçues pour tenir compte de la santé des femmes. En outre, les femmes qui résident dans ces pensions souffrent souvent de solitude, d'ennui et d'isolement du fait qu'elles sont éloignées de leur famille, de leurs amis et de leur réseau de soutien. Elles ont également fait savoir qu'elles se sentaient dépassées par les événements et qu'elles craignaient pour leur santé et leur sécurité (Eni)⁶. Ces renseignements concordent avec les données voulant qu'un grand nombre de ces femmes soient jeunes, aient un faible revenu, souffrent d'un niveau élevé de stress perçu, aient une faible estime personnelle et présentent souvent de nombreux facteurs de risque (Heaman⁷, Chamberlain⁸, Eni).

Le soutien aux femmes devant se déplacer pour accoucher peut être fourni par l'intermédiaire du système de santé public ou de modèles de soutien « par des pairs ». Ces modèles peuvent contribuer à fournir à ces patientes un soutien social prénatal et postpartum ainsi qu'une assistance en cours de travail, et ce, d'une façon adaptée à leur culture et, s'il y a lieu, dans les langues parlées par les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les efforts visant à favoriser l'aiguillage des patientes au cours des trois dernières années ont, semble-t-il, entraîné des changements positifs pour les familles et les patientes.

Les services de soutien aux patientes et aux familles devraient contribuer à créer des liens vers les ressources en place et à offrir des services là où ceux-ci sont inexistantes. Le soutien devrait englober des volets social, éducatif et culturel, le cas échéant. Le volet éducatif devrait être axé sur la documentation relative aux pratiques prometteuses ou exemplaires et avoir des répercussions positives sur la santé de la patiente, du fœtus et de la famille. Il pourrait comporter, entre autres, de l'information sur la nutrition, l'allaitement et la diminution de la consommation de tabac ou de substances, ou encore englober une évaluation familiale ou l'aiguillage des patientes. Pour réussir à mettre en place une démarche qui répond aux besoins des femmes autochtones, il importe de tenir compte de leurs besoins individuels et particuliers. L'absence de consultations adéquates auprès des principaux intéressés a souvent été une cause d'échec. L'engagement et la consultation des Inuits, des Métis et des Premières Nations dans ce dossier nous éclaireront quant à la démarche à préconiser, en plus d'encourager l'autonomisation des femmes concernées, de favoriser l'adoption du plan par les Premières Nations, les Inuits et les Métis et de cadrer avec les visées des peuples autochtones en ce qui a trait à l'autodétermination (AMC).

Les caractéristiques géographiques et démographiques, entre autres obstacles naturels, existeront toujours et empêcheront des femmes d'accoucher près des leurs. Dans certains cas, ces obstacles sont difficiles, voire impossibles à surmonter. Par conséquent, des femmes doivent

⁶ Eni, Rachel. An Articulation of the Standpoint of Peer Support Workers to Inform Childbearing Program Supports in Manitoba First Nation Communities: Institutional Ethnography as De-Colonizing Methodology. Mémoire non publié.

⁷ Heaman, M. Gupton, A. Moffett, M. (2005). Prevalence and Predictors of Inadequate Prenatal Care: A Comparison of Aboriginal and Non-Aboriginal Women in Manitoba. *JOGC* (mars) 237-246.

⁸ Chamberlain, M. Barclay, K. *Psychosocial costs of transferring indigenous women from their community for birth*. *Midwifery* (2000)(16) 116-122.

quitter leur région pour bénéficier de services essentiels à la naissance d'un bébé en santé. Les initiatives suivantes sont axées sur les aspects sur lesquels il est possible d'agir pour produire des répercussions mesurables chez de nombreuses femmes et pour permettre à ces dernières de rester près de leurs proches pendant plus longtemps.

Il est essentiel que la mise en œuvre des recommandations suivantes dans les régions soit coordonnée avec la stratégie de soins mère-enfant en place dans la région. De même, il doit être clair que les recommandations énoncées ci-après ne régleront pas ces problèmes à long terme, étant axées sur une démarche à court terme. À long terme, nous devons viser à redoubler d'efforts pour élaborer des processus et des structures qui favoriseront la mise en place de services de naissance de proximité. L'accès aux services de sages-femmes à l'échelle locale pourrait contribuer à l'atteinte de cet objectif. Entre-temps, l'octroi du financement nécessaire à l'ouverture de postes d'infirmières-hygiénistes (et de personnel de soutien) à Winnipeg contribuerait à offrir, en temps et lieu, du soutien aux femmes qui doivent se rendre à Winnipeg pour bénéficier de services de naissance actuellement inaccessibles dans leur région. Parmi ces services essentiels pourraient figurer l'aiguillage des patientes vers des services offerts par le réseau de santé publique, entre autres, ainsi que la communication avec la région de résidence.

Recommandation(s) :

11. Veiller à ce que les femmes enceintes (inuites, métisses ou des Premières Nations, ou celles qui résident en région éloignée ou rurale) qui doivent quitter leur collectivité pour une longue période afin d'accoucher puissent bénéficier d'un système coordonné de soutien prénatal et social, par la mise en œuvre des mesures suivantes :
 - a) Créer un processus d'aiguillage des patientes coordonné entre les gouvernements fédéral et provincial (offices régionaux de la santé), lequel comprendra des consultations avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi qu'une communication bidirectionnelle entre les offices régionaux de la santé à tous les moments clés de la prestation de services, à partir du moment où la patiente regagne sa collectivité. Il sera ainsi possible de dispenser des services et un soutien de qualité, sans interruption (**moyen terme**).
 - b) Mettre sur pied un groupe de travail sous forme de programme (ministères, personnel responsable de la prestation de services et principales parties prenantes) sollicitant la participation des pensions publiques. Il sera ainsi possible de concevoir et d'adopter officiellement des politiques, de créer un environnement de soutien et de cibler les ressources qui contribueront au bien-être de la femme enceinte, notamment en ce qui a trait à la sécurité, à la nutrition et à l'allaitement, et à répondre aux besoins physiques et émotionnels des patientes (**moyen terme**).
 - c) Former les intervenants recrutés parmi les pairs de manière à ce qu'ils soient en mesure d'offrir de l'assistance prénatale et postpartum ainsi qu'un soutien en cours de travail, et ce, d'une façon adaptée à la culture de la patiente et, s'il y a lieu, dans les langues parlées par les Premières Nations, les Inuits et les Métis (**court terme**).
12. Développer les ressources humaines dans les régions offrant du soutien aux femmes ayant temporairement quitté leur région pour bénéficier de services de naissance, notamment par la création de postes d'infirmières-hygiénistes (et par du soutien aux

personnes occupant ces fonctions) à Winnipeg, lesquelles joueront le rôle de personnes-ressources et de coordonnatrices de services (**court terme**).

13. Consolider les ressources visant à informer les femmes des services à leur disposition (programme sur la santé du nourrisson, coûts de transport pour assister au programme, location d'une salle pour les rencontres, paiement d'autres services comme le soutien par des aînés, les honoraires de conférenciers, l'approvisionnement en aliments sains, etc.) et à les encourager à se prévaloir de ces services (cartes avec les coordonnées de personnes-ressources, par exemple) (**court terme**).

III. PROMOUVOIR ET SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE DE PRATIQUES « PROMETTEUSES » **(EXEMPLAIRES)**

Vitamine D

La carence en vitamine D et le rachitisme congénital sont surreprésentés dans les communautés autochtones du Manitoba et du Nunavut. La seule source de vitamine D à la disposition du fœtus provient de la mère, cette substance traversant librement le placenta. Nous avons aujourd'hui de multiples résultats d'études selon lesquels le taux de 25-hydroxyvitamine D chez la plupart des femmes enceintes et leurs nourrissons serait carenciel ou inférieur au seuil recommandé. En outre, des données empiriques démontrent que l'administration orale unique de 100 000 unités internationales de vitamine D aux femmes enceintes à mi-trimestre donne lieu à une augmentation soutenue du taux de vitamine D chez cette dernière et son nouveau-né^{9, 10}. Toutefois, nous ne disposons pas de suffisamment de documentation et de données formelles démontrant l'efficacité de ces suppléments à entraîner une augmentation soutenue du taux de vitamine D chez le nouveau-né ou une diminution de l'incidence de rachitisme ou de carence en vitamine D, ou encore à améliorer la santé dentaire. Des recherches sont en cours pour tenter d'établir un lien entre le taux de 25-hydroxyvitamine D chez le nourrisson et la santé dentaire au cours des premières années de vie.

Les stratégies mises sur pied précédemment, comme « Healthy Start » – administration de suppléments de vitamine D avant la naissance ou distribution d'un flacon de Di-Vi-Sol à toutes les femmes quittant l'hôpital avec leur bébé – n'ont pas contribué à diminuer le taux de carence en vitamine D en raison du manque d'observance des patientes hors du contexte clinique ou hospitalier.

La dose de vitamine D à administrer sous forme de supplément fait actuellement l'objet de discussions. Les recommandations varient selon les organisations professionnelles ainsi que les organismes scientifiques et gouvernementaux. Les recommandations suivantes visent à administrer la dose appropriée de vitamine D au moment opportun (dosage et moment de l'administration) afin de s'attaquer à un problème précis : l'incidence élevée de carence en vitamine D ou de rachitisme chez les femmes et les enfants manitobains qui vivent dans des régions nordiques et qui sont peu exposés aux rayons du soleil.

⁹ Stephens WP *et al.*, *Lancet* 1982: 1199-1201 – Annual high dose vitamin D prophylaxis in Asian Immigrants (stosstherapy).

¹⁰ Vieth R: Vitamin D toxicity: policy and science, *J Bone and Mineral Research*, déc. 2007 22(suppl2): pgs v 64-68.

Recommandation(s) :

14. Administrer, par voie orale et à mi-trimestre, une dose unique de 100 000 unités internationales de vitamine D à quelque 100 femmes enceintes (suivies au Centre des sciences de la santé) et :
 - mesurer la concentration d'hydroxy dans le cordon à la naissance du bébé;
 - encourager l'administration quotidienne de suppléments de vitamine D aux nourrissons après l'accouchement et leur départ de l'hôpital;
 - administrer un supplément de vitamine D (*Sprinkles Global Health Initiative*) au nourrisson une fois que celui commencera à consommer des aliments complémentaires (**moyen terme**).

15. Lorsque le bébé atteint un an, il convient de procéder à un examen dentaire exhaustif pour déceler la présence de caries, de soumettre le bébé à un examen physique complet et de mesurer son taux de 25-hydroxyvitamine D (**moyen terme**).

Outils de formation

La vaccination est un élément clé d'un plan de santé publique visant à favoriser le sain développement des enfants de la période prénatale jusqu'à l'âge de 16 ans. La diminution du taux de vaccination fait craindre que les enfants soient de moins en moins protégés contre les maladies pouvant être prévenues. En 2002, 84 % des enfants du Manitoba étaient vaccinés. En 2006, cette proportion est passée à 77 %. Dans plusieurs provinces et territoires, les parents ou les soignants reçoivent un carnet de santé de l'enfant peu après la naissance de ce dernier. Ces carnets ont comme objectif d'aider les parents et les fournisseurs de soins à pouvoir consulter tous les renseignements importants sur la santé de l'enfant et à en faire le suivi. Ils servent également d'outil de communication entre les praticiens et les fournisseurs de soins de santé qui assurent le suivi médical de l'enfant. Deux modèles représentent un intérêt particulier, soit ceux utilisés en Colombie-Britannique et en France, où le *carnet de santé* est utilisé depuis de nombreuses années.

En Colombie-Britannique, en plus du carnet de santé (qui s'appelle dans cette province le *Passeport santé de l'enfant*), les parents reçoivent le livre *Toddler's First Steps*, qui fait suite à la publication *Baby's Best Chance*. Ce livre présente de l'information sur la santé des enfants, notamment sur les vaccins destinés aux enfants entre 6 mois et 3 ans, de façon à favoriser la croissance et le développement optimaux des enfants. Il fournit aux parents et aux soignants des renseignements pratiques sur le développement de l'enfant, la nutrition, la santé et le bien-être, le rôle des parents et la sécurité. Le Manitoba a acheté la publication *Baby's Best Chance* de la Colombie-Britannique et la remet aux parents et aux soignants partout dans la province. Le *Passeport santé de l'enfant* et le livre *Toddler's First Steps* peuvent être intégrés à l'initiative et pourraient l'enrichir.

D'autres initiatives font actuellement l'objet d'un examen visant à déterminer si elles entraîneraient une hausse du taux de vaccination, mais elles doivent être approfondies et soumises à des discussions.

La conception et la mise en place de ces outils (p. ex., le document sur la santé de la femme enceinte et de l'enfant *Babies First Steps*) sont des démarches qui ont déjà fait leurs preuves. L'application de modèles similaires au Manitoba peut réduire le taux de maladies pouvant être prévenues et promouvoir le maintien et l'intégration des soins de santé mère-enfant.

Recommandation(s) :

16. Évaluer la possibilité d'utiliser des outils (carnets de santé) semblables à ceux ayant été présentés ci-haut pour promouvoir la santé de la femme enceinte et de l'enfant, élaborés en collaboration avec des fournisseurs de soins de santé publique et les offices régionaux de la santé, y compris une campagne coordonnée axée sur les activités déjà mises en œuvre ou en cours de développement (**moyen terme**).
17. Évaluer la possibilité d'acheter et de distribuer le livre *Toddler's First Steps* et déterminer s'il conviendrait de l'utiliser auprès des collectivités autochtones (**moyen terme**).

Santé sexuelle et virus du papillome humain (VPH)

Le début du programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) est prévu pour l'automne 2008. La mise en branle de ce programme provincial offrira une protection aux personnes qui se feront vacciner dans le cadre du programme de vaccination dans les écoles. Le programme se traduira au départ par la réduction du nombre de tests de cytologie anormaux et, ultérieurement, du nombre de coloscopies. Par la suite, on devrait observer une baisse du taux de cancer du col utérin. Il s'agit d'objectifs à long terme, qui se traduiront par une amélioration directe de la santé des Manitobaines dans une dizaine d'années.

Il est possible que cette amélioration se manifeste plus tôt et de façon plus globale que prévu si le nécessaire est fait pour fournir l'accès au vaccin aux cliniques offrant des soins aux adolescentes à risque et à celles qui sont sexuellement actives ou le seront bientôt et qui ne participeront pas au programme de vaccination dans les écoles. Un grand nombre d'adolescentes à risque ne peuvent être vaccinées que par ce moyen. Un modèle semblable existe déjà dans le cas de la vaccination contre l'hépatite B. En effet, dans le cadre du programme provincial de vaccination contre l'hépatite B, les cliniques offrent un programme de vaccination aux adolescents qui n'y ont pas accès par l'intermédiaire de l'école. Au départ, cette initiative peut entraîner une hausse des coûts et des volumes. Cependant, ces désavantages seraient compensés par le fait que les personnes qui ne bénéficieront pas du programme de vaccination dans les écoles pourront recevoir le traitement.

L'un des moyens d'atteindre le niveau de capacités requis consiste à examiner les possibilités d'élargir le « champ de pratique » des infirmières-hygiénistes dans les régions où les services de base sont restreints. Cette mesure exigerait la mise en place des politiques et lignes directrices pratiques appropriées ainsi que la délégation des fonctions nécessaires pour permettre aux infirmières-hygiénistes d'offrir des services comme les tests de grossesse, l'administration d'un contraceptif oral d'urgence et de DepoProvera, les analyses d'urine visant la détection de la gonorrhée et de la chlamydia, la veinopuncture permettant de détecter la syphilis, l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH ainsi que le traitement des ITS simples à traiter, soit la gonorrhée et la chlamydia.

Recommandation(s) :

18. Mandater Santé et Vie saine Manitoba pour :

- a) évaluer la possibilité d'étendre le programme de vaccination contre le VPH pour y inclure les jeunes femmes « à risque » qui ne fréquentent pas l'école publique (**court terme**);
- b) procéder à une évaluation des besoins (**court terme**);
- c) renforcer la capacité de prestation de soins des infirmières-hygiénistes (en veillant à ce qu'un nombre suffisant d'infirmières-hygiénistes soient en poste et en fournissant une combinaison adéquate de formation et de perfectionnement ainsi que de services informatiques) pour mettre en œuvre une stratégie globale en matière de santé sexuelle, laquelle comprend la vaccination contre le VPH (**moyen terme**).

Vaccination

Au Manitoba, la baisse du taux de vaccination soulève des inquiétudes. Pour freiner cette tendance, il faudra des investissements des responsables des programmes de santé publique afin qu'il soit possible de s'attaquer aux mythes entourant la vaccination et communiquer des renseignements fondés sur des données probantes à ce sujet.

Recommandation(s) :

19. Mandater Santé et Vie saine Manitoba pour collaborer avec les offices régionaux de la santé et les médecins afin de mettre au point une stratégie permettant d'augmenter le taux de vaccination (**court terme**).

Modèles d'intérêt

Plusieurs modèles conçus et appliqués ailleurs au Canada se sont avérés fructueux en ce qui concerne la prestation de services de santé axés sur les patients et adaptés à leur culture, à l'intention des femmes et des enfants des régions rurales et éloignées. Ces programmes s'appuient sur le rôle des travailleurs de milieu, des infirmières praticiennes et des doulas¹¹ qui fournissent des soins axés sur les patients, dans le respect des pratiques de leur groupe ethnique et de façon à préserver leur dignité et leur intimité. Deux modèles présentent un intérêt particulier, soit celui des intervenants recrutés parmi les pairs du Access Alliance Multicultural Community Health Centre, à Toronto, et du projet Gesundheit Fur Kinder du Centre de santé communautaire de Woolwich à St. Jacobs, Ontario.

¹¹ Définition de Wikipédia (<http://en.wikipedia.org> – traduction) : « Personne qui ne fait pas partie du corps médical et qui dispense différentes formes de soutien non médical (physique, émotionnel et relatif au consentement éclairé) au cours du processus de naissance. En fonction de sa formation et de son expérience, cette personne peut offrir de l'assistance dans le cadre des soins prénatals, au cours de la naissance ou pendant la période postpartum. »

Intervenants recrutés parmi les pairs du Access Alliance Multicultural Community Centre à Toronto

- Recrutement d'intervenants parmi les pairs en collaboration avec des immigrants et des réfugiés
- Trois mois de formation offerts
- Contrats de trois ans
- Les intervenants recrutés parmi les pairs offrent des ateliers sur le rôle de parent et travaillent à faciliter les soins destinés aux enfants et aux femmes prodigués par les professionnels d'Access Alliance
- Dix mille femmes réfugiées et leurs enfants ont bénéficié des services mère-enfant offerts
- Après l'expiration de leur contrat, 85 % des intervenants recrutés parmi les pairs obtiennent un emploi en santé ou en services sociaux

Gesundheit Fur Kinder du Centre de santé communautaire de Woolwich à St. Jacobs, Ontario

- Soins prénatals, cliniques de santé pour femmes et enfants dirigées par des infirmières praticiennes
- Éducation nutritionnelle
- Intervenants faisant la promotion de la nutrition parmi leurs pairs
- Soutien aux femmes allaitantes
- Programmes destinés aux enfants
- Soutien matériel
- Transport
- Constitution de réseaux sociaux

Recommandation(s) :

20. Évaluer la possibilité de mettre en œuvre dans certaines régions, à titre d'essai, l'un des modèles de soins de santé primaires ayant été abordés (ou les deux modèles) afin de combler les écarts en matière de prestation de services et d'offrir des services de proximité (**court terme**).

IV. AUTRES QUESTIONS/FACTEURS À EXAMINER

Questions liées aux territoires de compétence

Le groupe de travail sur les services de santé mère-enfant (MACHS) ne s'est pas penché spécifiquement sur les « questions liées aux territoires de compétence », mais plutôt sur le contexte général des services de soins de santé destinés aux femmes et aux enfants. Le groupe de travail a également travaillé à « combler l'écart » existant au chapitre des soins de santé et des soins maternels offerts aux Autochtones. Toutefois, comme les questions liées aux territoires de compétence constituent des obstacles, il convient d'en traiter.

Dans notre province, l'ambiguïté persiste quant à savoir quelle sphère de compétence est responsable de la prestation des soins de santé aux Premières Nations¹², ce qui s'explique directement par l'existence de deux systèmes de soins de santé parallèles, un système fédéral et un provincial, qui fournissent des services aux membres inscrits des Premières Nations vivant dans les réserves et hors de celles-ci. Cette situation a donné lieu à des litiges concernant le paiement des services ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun. Par conséquent, il existe de nombreux écarts, limites et incohérences dans les services offerts aux Premières Nations. De même, on a relevé des services peu efficaces, non coordonnés, très compliqués ou non existants.

À l'heure actuelle, certaines bases de données administratives et de santé ne sont pas conçues de façon à permettre de désigner les personnes qui sont membres des Premières Nations, ce qui rend difficile l'établissement de liens entre les données ainsi que l'échange d'information entre les deux gouvernements. Ce manque complique également les recherches, surtout celles portant sur l'incidence et le taux de prévalence de maladies données dans ce groupe. Il est donc souvent impossible de faire un suivi adéquat de divers facteurs concernant les Premières Nations, soit l'utilisation des programmes destinés à ce groupe, les données différentielles sur le recours aux programmes de Santé et Vie saine Manitoba, les différences dans les protocoles thérapeutiques, les limites relatives aux programmes spécialisés ainsi que l'endroit où ces résidents bénéficient des services de santé et la façon dont ils s'en prévalent. En outre, il n'est pas possible de faire le suivi du nombre de membres des Premières Nations qui quittent leurs collectivités pour les grands centres urbains afin d'avoir accès aux soins de santé. (Lavoie)

La recherche de solutions à ces problèmes d'attribution des compétences constitue un défi de taille qui exige une démarche à long terme. Malgré cela, il faut s'attaquer à ces problèmes et les régler. Les recommandations formulées dans le présent document, en particulier celles visant la mise au point de systèmes d'information capables d'établir un lien entre les données des gouvernements fédéral et provincial, serviront de fondements sur lesquels reposeront les autres liens qui seront créés ou développés ultérieurement.

Délais d'attente en soins pédiatriques

Dans le cadre de son mandat, le groupe de travail MACHS s'est penché sur les délais d'attente en soins pédiatriques. Après avoir examiné la situation, le groupe de travail a constaté que de nombreuses démarches ont déjà été mises en branle afin de cerner et de régler les problèmes relatifs aux délais d'attente en soins pédiatriques. Tel que démontré ci-après, ces problèmes de délais d'attente font l'objet de nombreux projets menés sur plusieurs fronts. Bien que ces démarches portent jusqu'ici en grande partie sur les délais des chirurgies pédiatriques, les leçons qui en seront tirées serviront à régler les problèmes d'accès aux soins pédiatriques dans d'autres secteurs, comme la consultation médicale. Le groupe de travail MACHS continuera de travailler avec les partenaires à la tête de ces initiatives afin de coordonner les démarches et d'examiner les possibilités d'élargir les activités à d'autres secteurs des soins pédiatriques.

¹² Le terme « Premières Nations » vise à reconnaître et à désigner les « tribus indiennes du Canada » et les « nations indiennes », dont les membres parlent des dizaines de langues distinctes et qui présentent des différences notables en ce qui a trait aux coutumes, aux traditions et aux économies. Ce terme très significatif sur les plans politique et historique est apparu pour la première fois dans la Proclamation royale de 1763. Par la suite, il a été mentionné de nouveau dans des traités et dans d'autres décisions juridiques importantes rendues au Canada et aux États-Unis. Aujourd'hui, il est entré dans l'usage et fait généralement référence à ces « Nations » et aux citoyens qui en font partie, lesquels sont considérés comme des Indiens en vertu de la Loi sur les Indiens. *Adapté de : Gouvernement du Canada et Comité spécial sur l'autonomie politique des Indiens, L'autonomie politique des Indiens au Canada, rapport du Comité spécial. 1983. Imprimeur de la Reine.*

Participation de l'Hôpital pour enfants au projet national sur les délais d'attente dans les chirurgies pédiatriques

- Ce projet prévoit la collecte d'informations sur les délais d'attente dans les chirurgies pédiatriques des secteurs de l'oncologie, de la cardiologie, de la médecine dentaire, de la neurochirurgie, de l'urologie, de la chirurgie gynécologique, de la chirurgie plastique et de l'oto-rhino-laryngologie de même que les chirurgies dans les cas de scoliose et de strabisme.

Participation de l'Hôpital pour enfants au projet d'outil provincial de registre des patients (Patient Access Registry Tool)

- Ce système informatique provincial permet de recueillir des renseignements sur les enfants en attente de services chirurgicaux au Manitoba. Dans la deuxième phase du projet, le système traitera également les renseignements sur les délais d'attente pour obtenir une consultation avec des spécialistes de la pédiatrie.

Révision du processus de transfert des patients devant subir une chirurgie à l'Hôpital pour enfants

- Ce projet, dirigé par la D^{re} Gerarda Cronin et financé par le Manitoba Patient Access Network, vise l'analyse et la révision du processus actuel de transfert des patients devant subir une chirurgie à l'Hôpital pour enfants. Des spécialistes en réorganisation des processus de gestion travaillent en collaboration avec les équipes cliniques et la direction dans le but de revoir le processus de transfert des patients devant subir une chirurgie. Pour ce faire, ils doivent relever les processus actuels, établir des comparaisons avec ce qui se fait hors de la province, en plus de mettre au point et d'apporter des améliorations aux processus de gestion de l'Hôpital pour enfants, afin d'accroître l'accès des enfants aux services chirurgicaux.

Stratégie provinciale visant à accroître l'accès aux services de médecine dentaire pédiatrique

- Cette initiative, financée par le Manitoba Patient Access Network, a entraîné une vérification provinciale du secteur de la chirurgie dentaire pédiatrique. Cette vérification visait tous les aspects de l'accès aux soins et de la qualité des services en chirurgie dentaire destinés aux enfants à l'échelle du Manitoba. En outre, l'Hôpital pour enfants a reçu des fonds du Manitoba Patient Access Network afin de créer une liste d'attente centralisée et un système d'aiguillage des patients en attente d'une chirurgie dentaire pédiatrique à l'une des unités de chirurgie de l'Hôpital pour enfants (Misericordia, Maples Surgical Centre et Centre des sciences de la santé). L'expérience ainsi acquise dans la gestion d'une liste d'attente centralisée et l'aiguillage des patients devant subir une chirurgie dentaire pédiatrique fera l'objet d'un examen en vue d'évaluer l'élargissement et l'application possibles de ces démarches dans d'autres secteurs de l'Hôpital pour enfants.

Sensibilisation du public et des parties intéressées

L'obtention de résultats à court terme est l'une des caractéristiques communes des attentes du public et de celles des parties intéressées. Le présent document propose des initiatives qui peuvent être mises en place à court terme, qui ont un coût minime et qui ont déjà fait leurs preuves au chapitre de l'amélioration de l'accès aux services et des résultats ainsi que de l'aide

permettant aux femmes enceintes de demeurer plus longtemps dans leur collectivité. Pour que la situation s'améliore de façon durable, il faut du temps et de la patience de la part du public et des parties intéressées, qui doivent aussi redéfinir leurs attentes relativement à ce qui peut être fait à court terme. Il est possible d'y arriver grâce à une démarche de collaboration en matière de communication, laquelle doit s'amorcer par la mise au point d'un plan de communication de l'information sur les activités du groupe de travail MACHS aux diverses parties intéressées.

Mise en œuvre des recommandations

Le document comporte un total de 25 recommandations, dont 8 sont des sous-éléments d'une recommandation principale. Selon les estimations, la mise en œuvre des recommandations formulées peut se faire selon les échéances suivantes :

Court terme (de 6 mois à 1 an)	11
Moyen terme (de 1 à 2 ans)	13
Long terme	1
Total	<u>25</u>

Il est entendu que le groupe de travail n'est pas responsable de la mise en œuvre des recommandations. Cependant, les recommandations présentées comme pouvant être mises en œuvre à *moyen* ou à *long terme* sont complexes et doivent être approfondies. Pour la mise en œuvre d'un grand nombre des recommandations, il serait avantageux que les offices régionaux de la santé collaborent avec des experts.

V. RÉSUMÉ DES INITIATIVES

Favoriser l'accès à des services de proximité

Lignes d'assistance téléphonique

1. Établir une ligne d'assistance téléphonique permettant d'accéder immédiatement à un spécialiste de soins néonataux, à un pédiatre et à un obstétricien de garde (**court terme**).
2. Continuer d'étendre la mise en œuvre de liaisons télésanté accessibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept entre les maternités et les unités néonatales de soins intensifs afin d'inclure tous les établissements du Manitoba qui offrent des services pour les naissances désirables et établir une liaison télésanté similaire, accessible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, dans le domaine de l'obstétrique entre une maternité située en milieu rural ou dans le nord de la province et une unité d'obstétrique en soins tertiaires (**moyen terme**).
3. Évaluer la possibilité d'étendre la portée de Health Links–Info Santé (**moyen terme**).
4. Évaluer la possibilité que des médecins fassent la promotion de modèles de « soins partagés » (**long terme**).

Comblent les écarts en matière de prestation de services

Mettre sur pied des structures

5. Évaluer la possibilité d'employer un modèle « d'engagement » semblable à celui utilisé dans le cadre du projet *Need to Know* (**moyen terme**).
6. S'inspirer d'un concept qui existe déjà et poursuivre le développement d'archives centrales regroupant des données, des indicateurs et des publications sur la santé mère-enfant, qui peuvent être utilisés à l'appui de la planification, de la prestation et de l'évaluation globales de services de naissance et de programmes de santé mère-enfant au Manitoba (**moyen terme**).
7. Organiser une « table ronde » annuelle au cours de laquelle seront présentées et communiquées des analyses actualisées de données et d'information dans le contexte des enjeux antérieurs et nouveaux et des priorités régionales et provinciales (**court terme**).

Ressources humaines dans le secteur de la santé

8. Aider chaque région à :
 - a) effectuer une analyse relative au Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²) dans le but d'évaluer et de coordonner les services néonataux et maternels accessibles à toutes les collectivités à l'échelle régionale (y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis) (**court terme**);
 - b) utiliser les ressources du MCP² pour mettre au point une stratégie de services maternels et néonataux à l'échelle régionale (**court terme**).
9. Évaluer la possibilité d'accroître le nombre d'inscriptions dans les programmes d'éducation, d'optimiser le champ de pratique et de promouvoir, le cas échéant, la pratique collaborative parmi les fournisseurs de soins de santé mère-enfant (sages-femmes, médecins, infirmières et infirmières praticiennes) (**moyen terme**).

10. Évaluer la possibilité d'offrir du soutien au développement et au maintien des compétences et des connaissances en matière de prestation de soins maternels et néonataux aux fournisseurs de services prénataux, périnataux et postpartum (**moyen terme**).

Fournir des services directs aux femmes et aux enfants

11. Veiller à ce que les femmes enceintes (inuites, métisses ou des Premières Nations, ou celles qui résident en région éloignée ou rurale) qui doivent quitter leur collectivité pour une longue période afin d'accoucher puissent bénéficier d'un système coordonné de soutien prénatal et social, par la mise en œuvre des mesures suivantes :
 - a) Créer un processus d'aiguillage des patientes coordonné entre les gouvernements fédéral et provincial (offices régionaux de la santé), lequel comprendra des consultations avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi qu'une communication bidirectionnelle entre les offices régionaux de la santé à tous les moments clés de la prestation de services, à partir du moment où la patiente regagne sa collectivité. Il sera ainsi possible de dispenser des services et un soutien de qualité, sans interruption (**moyen terme**).
 - b) Mettre sur pied un groupe de travail sous forme de programme (ministères, personnel responsable de la prestation de services et principales parties prenantes) sollicitant la participation des pensions publiques. Il sera ainsi possible de concevoir et d'adopter officiellement des politiques, de créer un environnement de soutien et de cibler les ressources qui contribueront au bien-être de la femme enceinte, notamment en ce qui a trait à la sécurité, à la nutrition et à l'allaitement, et à répondre aux besoins physiques et émotionnels des patientes (**moyen terme**).
 - c) Former les intervenants recrutés parmi les pairs de manière à ce qu'ils soient en mesure d'offrir de l'assistance prénatale et postpartum ainsi qu'un soutien en cours de travail, et ce, d'une façon adaptée à la culture de la patiente et, s'il y a lieu, dans les langues parlées par les Premières Nations, les Inuits et les Métis (**court terme**).

12. Développer les ressources humaines dans les régions offrant du soutien aux femmes ayant temporairement quitté leur région pour bénéficier de services de naissance, notamment par la création de postes d'infirmières-hygiénistes (et par du soutien aux personnes occupant ces fonctions) à Winnipeg, lesquelles joueront le rôle de personnes-ressources et de coordonnatrices de services (**court terme**).

13. Consolider les ressources visant à informer les femmes des services à leur disposition (programme sur la santé du nourrisson, coûts de transport pour assister au programme, location d'une salle pour les rencontres, paiement d'autres services comme le soutien par des aînés, les honoraires de conférenciers, l'approvisionnement en aliments sains, etc.) et à les encourager à se prévaloir de ces services (cartes avec les coordonnées de personnes-ressources, par exemple) (**court terme**).

Promouvoir et soutenir la mise en œuvre de pratiques « prometteuses » (exemplaires)

Vitamine D

14. Administrer, par voie orale et à mi-trimestre, une dose unique de 100 000 unités internationales de vitamine D à quelque 100 femmes enceintes (suivies au Centre des sciences de la santé) et :

- mesurer la concentration d'hydroxy dans le cordon à la naissance du bébé;
 - encourager l'administration quotidienne de suppléments de vitamine D aux nourrissons après l'accouchement et leur départ de l'hôpital;
 - administrer un supplément de vitamine D (*Sprinkles Global Health Initiative*) au nourrisson une fois que celui commencera à consommer des aliments complémentaires (**moyen terme**).
15. Lorsque le bébé atteint un an, il convient de procéder à un examen dentaire exhaustif pour déceler la présence de caries, de soumettre le bébé à un examen physique complet et de mesurer son taux de 25-hydroxyvitamine D (**moyen terme**).

Outils de formation

16. Évaluer la possibilité d'utiliser des outils (carnets de santé) semblables à ceux ayant été présentés pour promouvoir la santé de la femme enceinte et de l'enfant, élaborés en collaboration avec des fournisseurs de soins de santé publique et les offices régionaux de la santé, y compris une campagne coordonnée axée sur les activités déjà mises en œuvre ou en cours de développement (**moyen terme**).
17. Évaluer la possibilité d'acheter et de distribuer le livre *Toddler's First Steps* et déterminer s'il conviendrait de l'utiliser auprès des collectivités inuites, métisses et des Premières Nations (**moyen terme**).

Santé sexuelle et virus du papillome humain (VPH)

18. Mandater Santé et Vie saine Manitoba pour :
- a) évaluer la possibilité d'étendre le programme de vaccination contre le VPH pour y inclure les jeunes femmes « à risque » qui ne fréquentent pas l'école publique (**court terme**);
 - b) procéder à une évaluation des besoins (**court terme**);
 - c) renforcer la capacité de prestation de soins des infirmières-hygiénistes (en veillant à ce qu'un nombre suffisant d'infirmières-hygiénistes soient en poste et en fournissant une combinaison adéquate de formation et de perfectionnement ainsi que de services informatiques) pour mettre en œuvre une stratégie globale en matière de santé sexuelle, laquelle comprend la vaccination contre le VPH (**moyen terme**).

Vaccination

19. Mandater Santé et Vie saine Manitoba pour collaborer avec les offices régionaux de la santé afin de cibler des stratégies permettant d'augmenter le taux de vaccination (**court terme**).

Modèles d'intérêt

20. Évaluer la possibilité de mettre en œuvre dans certaines régions pertinentes l'un des modèles de soins de santé primaires ayant été abordés (ou les deux modèles) afin de combler les écarts en matière de prestation de services et d'offrir des services de proximité (**court terme**).