Transformation 2014
Qualité de la santé

Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Engagement communautaire : À l'écoute des populations vulnérables afin d'assurer une prestation équitable des soins

Divulgation des conférenciers

Conférenciers : Jeffrey Turnbull, Sean Kidd et Paulos Gebreyesus

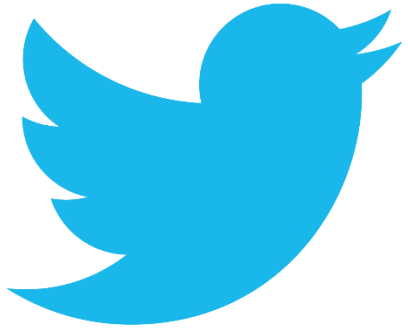
Relations avec des intérêts commerciaux : Aucune

- Subventions/soutien à la recherche
- Bureau/honoraires des conférenciers
- Honoraires d'expert-conseil
- Autre

Divulgation du soutien commercial

- Aucun soutien commercial n'a été reçu pour cette séance.

Gazouillez avec nous



Utilisez le mot-clic

#HQT2014

Objectifs d'apprentissage

1. Explorer les principes directeurs et les stratégies utilisés pour faire participer les populations vulnérables et orienter la conception et la prestation de leurs soins.

2. Apprendre comment les autres font participer les populations vulnérables et corrigent les iniquités et les problèmes d'accès aux soins.

Mot de bienvenue et présentation des conférenciers

- Sean Kidd – Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Paulos Gebreyesus – Unison Health and Community Services
- Jeffrey Turnbull – Qualité des services de santé Ontario

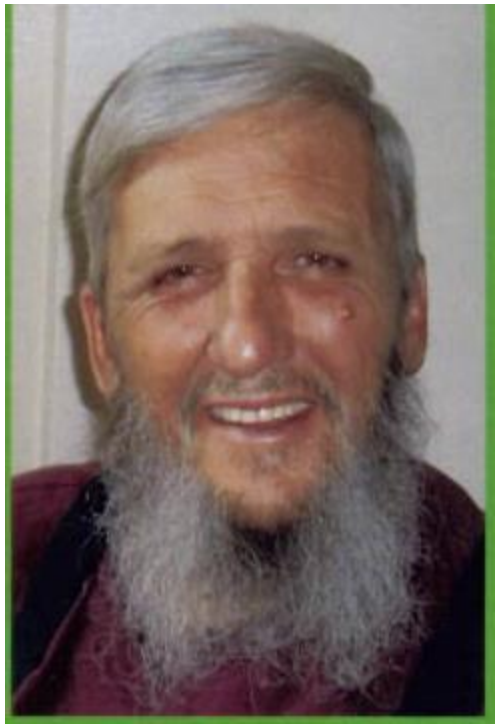
Programme

1. Introduction
2. Présentations des conférenciers
   - Sean Kidd – Faire progresser les soins aux patients hospitalisés en communiquant avec d'anciens clients
   - Paulos Gebreyesus – Faire participer les populations vulnérables aux soins de santé primaires
   - Jeffrey Turnbull – Ottawa Inner City Health : des services de santé pour les sans-abri
3. Discussion et période de questions
4. Mot de la fin

« Notre système de soins de santé actuel n'est pas durable. »

Facteurs sociaux, démographiques et politiques structurant le débat

- Vieillissement de la population
- Prévalence des maladies chroniques
- Utilisation
- Contraintes budgétaires
- Fédéralisme classique
- Iniquité sociale en hausse



Répercussions sur les populations vulnérables

Faire participer les populations vulnérables

Faire progresser les soins aux patients hospitalisés en communiquant avec d'anciens clients

Sean Kidd, Ph.D., CPRP
Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto

camh
Centre for Addiction and Mental Health

Remerciements

- Équipe de direction
  - Jeremiah Bach, PSSP
  - Carrie Clark, M. Erg.
  - April Collins, M. Serv. Soc.
  - Lucy Costa (Empowerment Council)
  - Debora McDonagh, PSSP
  - Kwame McKenzie, M.D.
  - Jane Paterson, M. Serv. Soc.
  - Eleu Pontes, PSSP
  - David Quarter, PSSP
  - Shannon Quinn, PSSP
  - Gursharan Virdee, M.A.
- Financement
  - Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
  - Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto

Contexte

- La discussion sur les soins axés sur le rétablissement a largement négligé le contexte des soins aux patients hospitalisés malgré :
  - que ce soit le premier point de contact important avec les soins en santé mentale pour la plupart des personnes atteintes d'une maladie mentale grave;
  - qu'un grand nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale grave y aient accès fréquemment et à répétition :
    - 75 % des schizophrènes canadiens ont été hospitalisés;
    - 38 % ont été réadmis dans l'année qui a suivi leur congé;
    - la durée moyenne du séjour est de 27 jours;
  - les écarts de pouvoir les plus importants et le milieu le plus restrictif;
  - que 50 % des sommes soient consacrées à la santé mentale.

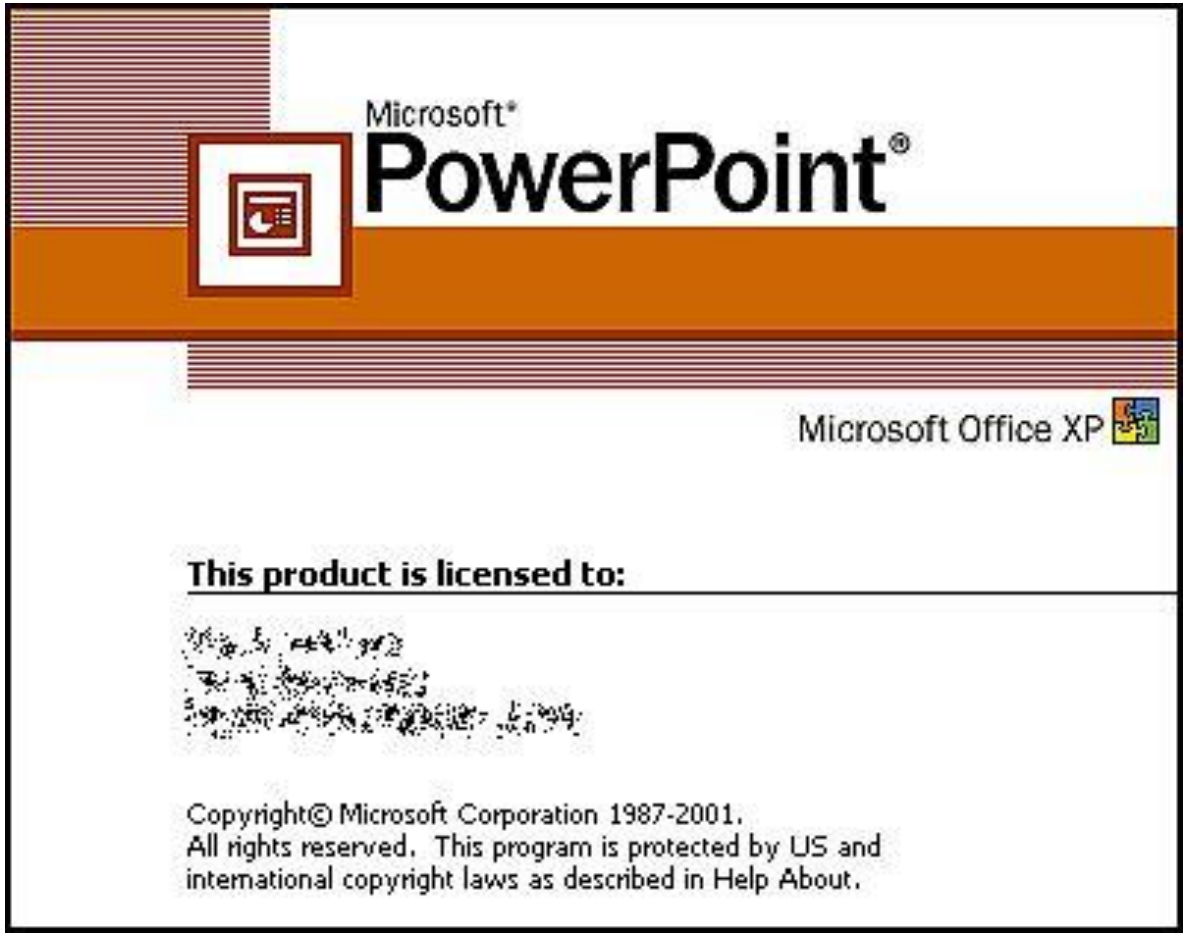
Contexte

- Fournisseurs de soins aux patients hospitalisés
  - Gestion du risque et prise de décision orientée par le clinicien
  - Comprennent le modèle de rétablissement, mais ne peuvent voir comment il s'applique et disposent d'un piètre soutien.
  - Ne voient habituellement que des clients en crise ou pour le moins en mauvaise santé et en état grave.

La question :

Comment pouvons-nous faire progresser le modèle de rétablissement dans le contexte des soins psychiatriques prodigués aux patients hospitalisés?

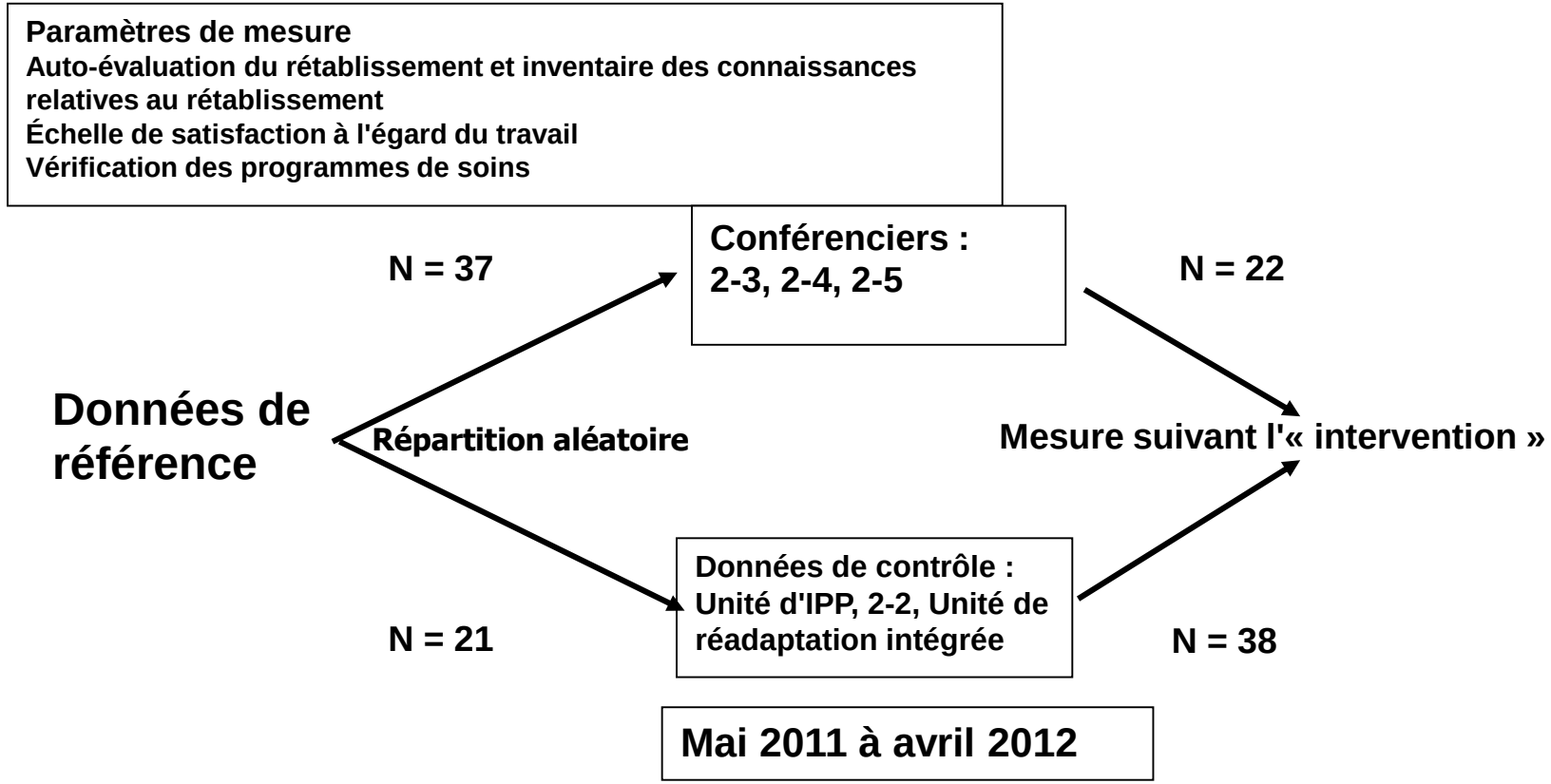
Le baiser de la mort dans la progression de la pratique clinique



L'idée

- Anciens clients hospitalisés du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
- Histoires de leur rétablissement et commentaires
- Discussion animée

Conception de la recherche



Transformation Qualité de la santé 2014
Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

« Le deuxième élément essentiel à mon rétablissement était l'influence de ma petite amie, qui est aujourd'hui ma fiancée. Elle m'a aidé à traverser trois épisodes. Je me suis retrouvé avec une permission d'une journée, de retour de la plage. Je me rappelle que j'étais assis et que je pensais que je pourrais vivre une vie faite de moments comme celui-là, et que je n'avais pas besoin de voir en couleur ni de découvrir la preuve du voyage dans le temps. Tout ce dont j'avais besoin, c'était d'amour. C'est suffisamment cosmique. »

Résultats quantitatifs

- Inventaire des connaissances sur le rétablissement
  - Effet important des interactions
  - Principalement absence de la linéarité du rétablissement
  - Taille d'effet modérée, d = 0,68
- Auto-évaluation du rétablissement et échelle de satisfaction à l'égard du travail
  - Non significatif

Résultats qualitatifs – Groupes de discussion du personnel

- **Thème nº 1 : Il y a de l'espoir**
  - Perspectives limitées soulignées, tout comme la crédibilité des conférenciers.
  - Ont vu leur rôle comme étant plus significatif, avec un regain de fierté pour leur travail.
  - Meilleures relations avec les clients
  - Plus grande motivation

Résultats qualitatifs – Groupes de discussion du personnel

- **Thème nº 2 : « Plus nous écoutons, plus les soins de santé s'améliorent »**
  - Rare occasion d'avoir un effet sur la pratique.
  - Élément humain et « détails insignifiants » en apparence
  - Écouter et participer : trouver du temps.
  - Réduction des cycles d'escalade de la frustration
  - Plus d'énergie consacrée à l'évaluation des objectifs et au soutien dans des domaines allant au-delà des médicaments.

Incidences

- Au-delà de l'exposition au perfectionnement des compétences et à l'intégration de la pratique
- Preuve de l'engagement des clients, dans un certain cadre rigoureux
- Besoin d'examiner plus minutieusement les répercussions de ces types de démarches.
- Transfert et échange de connaissances, et projet Workman Arts

Advancing the Recovery Orientation of Hospital Care Through Staff Engagement With Former Clients of Inpatient Units

Sean A. Kidd, Ph.D.
Kwame McKenzie, M.D., M.R.C.Psych.
April Collins, M.S.W.
Carrie Clark, M.Sc.O.T.
Lucy Costa, B.A.
George Mihalakakos, B.A.
Jane Paterson, M.S.W.

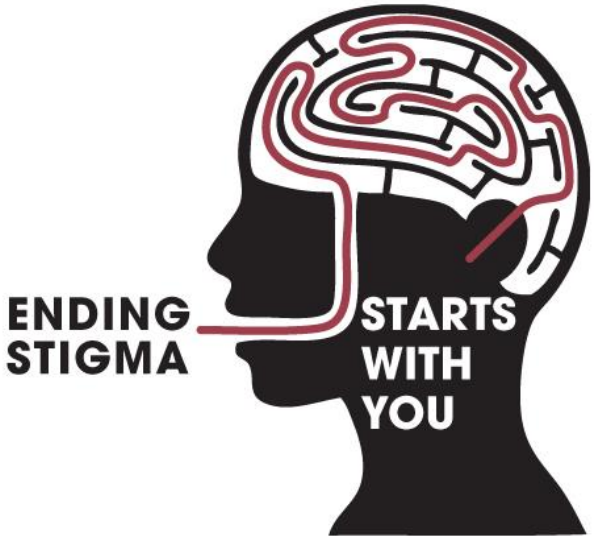
Objectives: **This study was undertaken to assess the impact of consumer narratives on the recovery orientation and job satisfaction of service providers on inpatient wards that focus on the treatment of schizophrenia. It was developed to address the paucity of literature and service development tools that address advancing the recovery model of care in inpatient contexts.** ***Methods:*** **A mixed-methods design was used. Six inpatient units in a large urban psychiatric facility were paired on the basis of characteristic length of stay, and one unit from each pair was assigned to the intervention. The intervention was a series of talks (N=58) to inpatient staff by 12 former patients; the talks were provided approximately biweekly between May 2011 and May 2012. Self-report measures completed by staff before and after the intervention assessed knowledge and attitudes regarding the recovery model, the delivery of recovery-oriented care at a unit level, and job satisfaction. In addition, focus groups for unit**

oriented care, in turn, supports clients as they pursue their own goals by providing care that is individually tailored, respectful of rights, and strengths based and that promotes consumer involvement and hope (3).

Efforts to develop and invest in recovery-based approaches, such as supported employment (4) and Illness Management and Recovery (5), have focused on outpatient services. However, the inpatient setting often represents a critical juncture for people with severe mental illness. For many, it is

Transformation Qualité de la santé 2014
Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Faire participer les populations vulnérables aux soins primaires



Unison
Health & Community Services

camh Transformative Global Health

Mental Health Commission of Canada
Commission de la santé mentale du Canada

Remerciements

Chercheurs principaux (Centres de santé communautaires)

Les CSC du Centre-Toronto : Joe Bortolussi et coll.
CSC de South Riverdale : Jason Altenberg et coll.
Unison Health & Community Services : Paulos Gebreyesus et Tamara Robert

Chercheurs principaux (CAMH)

Akwatu Khenti
Jaime Sapag
Sireesha Bobbili

Chercheuse associée

Maureen Murney

Assistants de projet (CAMH)

Kaha Ahmed
Stefanie Freel
Ayesha Nayar

Soutien administratif

Katherine Lo (CAMH)
Hazzel Rosales (Unison)

Unison Health & Community Services

Michelle Joseph
Équipe du groupe de travail sur la santé mentale

Consommateurs-survivants

Chris Whitaker
Gordon Singer
Amy

Comité consultatif externe d'experts

Duncan Pedersen (Université McGill)
Heather Stuart (Université Queens)
Julio Arboleda-Florez (Université Queens)
Patrick Corrigan (Illinois Institute of Technology, É.-U.)
Víctor A. López (psychiatre du Guatemala)

Financement

Changer les mentalités – Santé Canada
Fonds de développement et de diffusion – CAMH

Transformation 2014
Qualité de la santé
Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Pourquoi les centres de santé communautaires sont-ils importants pour ce travail?

1) La stigmatisation et la discrimination se manifestent de manière importante quand on accède aux services de santé.

2) Ils constituent le composant communautaire des soins primaires de l'Ontario avec une emphase particulière sur les déterminants sociaux de la santé.

3) Ils travaillent avec les populations les plus vulnérables, en particulier certains groupes ethnoculturels.

4) Ils possèdent de l'expérience et de l'expertise dans le renforcement des capacités communautaires dans des établissements disposant de peu de ressources.

5) Ils sont sensibilisés au problème et acceptent de s'y attaquer.

6) Ils présentent des occasions d'augmenter les capacités.

Pourquoi est-ce important pour nous?

L'organisme de charité sans but lucratif **Unison Health and Community Services** est dirigé par la collectivité.

Vision : Des collectivités en santé

Mission : Collaborer pour offrir des services de santé et des services communautaires accessibles et de qualité supérieure qui sont intégrés, qui répondent aux besoins, qui tirent parti des forces et qui inspirent le changement.

Valeurs : Responsabilisation, collaboration et équité

Historique du projet

1) **Examiner et mieux comprendre** le phénomène de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

2) **Cerner les éléments clés** dont il faut tenir compte pour concevoir une intervention efficace.

3) **Concevoir une intervention antistigmatisation/antidiscrimination exhaustive** destinée aux centres de santé communautaires (CSC) de l'Ontario qui desservent les communautés raciales et défavorisées, ainsi que celles constituées de nouveaux immigrants.

4) **Effectuer des essais pilotes** de l'intervention élaborée.

5) **Élaborer un processus d'échange de connaissances** afin de partager les résultats avec d'autres CSC et d'autres organismes communautaires au Canada.

Qu'est-ce que l'initiative entraîne?

Avril 2010 à mars 2011	• **Recrutement de centres de santé communautaires** • **Examen documentaire** • **Analyses du milieu**
Avril à juillet 2011	• **Collecte de données avant l'intervention** • **Analyse des résultats de la recherche** • **Symposium contre la stigmatisation et conception d'une intervention pilote**
Juillet 2011 à avril 2014	• **Adaptation de l'intervention pilote à chaque CSC** • **Volets 1 et 2 des cycles d'intervention résultant en un plan d'action pour la phase 3.**
2012 à 2015	• **Phase 3 : Sensibilisation reposant sur l'interaction : Pratique artistique axée sur le rétablissement**
Avenir	• **Prochaine étape : Élaborer un milieu de soutien pour les consommateurs survivants, afin qu'ils participent à la planification et à l'évaluation des programmes (comité consultatif).**
Avenir	• **Échange de connaissances et diffusion des résultats**

Comment effectuerons-nous ce travail?

Principales priorités

1. Créer un milieu accueillant et accessible.
2. Élargir les services de réduction des blessures en les faisant passer d'activité de programme à engagement de l'ensemble de l'organisme.
3. Créer une équipe consultative qui orientera et dirigera.
4. Renforcer nos valeurs antistigmatisation et antidiscrimination dans notre travail avec les consommateurs survivants.
5. Harmoniser notre orientation stratégique organisationnelle avec les principales parties intéressées au moment de s'attaquer à la stigmatisation.

Actions clés

1. Formation et échange de connaissances
2. Création d'une équipe consultative ou composée de notre clientèle cible
3. Réalisation de campagnes antistigmatisation par l'intermédiaire du comité organisationnel
4. Structure, services et processus organisationnels

Qu'est-ce que cela a exigé de la part d'Unison?

- Il s'agissait d'une occasion de réfléchir sur notre propre stigmatisation et notre engagement.
- Une consultation et des recommandations pour l'élaboration de l'atelier et de son contenu
- Il fallait s'attendre à des réactions défensives et à de la résistance de la part des gestionnaires (pertinence) et des fournisseurs (est-ce que cela me concerne?). – Leadership
- Élaboration et communication d'un message relatif à la participation aux ateliers afin de réduire au minimum les messages implicites négatifs.
- Groupe de travail en santé mentale – rôle de leadership par la participation volontaire à différentes activités avant et pendant l'atelier. A aidé à trouver des consommateurs survivants qui dirigent/facilitent la formation.
- Discussions de la direction pour rendre la formation obligatoire ou non – décision de fermer pour la journée.

Sensibilisation reposant sur l'interaction :

Rétablissement par l'intermédiaire d'un atelier de responsabilisation

Objet
Améliorer les compétences antistigmatisation et axée sur le rétablissement des professionnels de la santé à l'égard des personnes aux prises avec une maladie mentale et (ou) des problèmes de toxicomanie, grâce à un modèle de formation perfectionné, interactif et axé sur le rétablissement.

Contenu de l'atelier

- Composant didactique : un expert en pratiques axées sur le rétablissement a partagé des exemples concrets.
- Discussions en petit groupe avec des consommateurs/survivants : s'assurer que les règles du jeu sont les mêmes pour tous.
- Jeu de rôle avec des consommateurs/survivants : favoriser le rétablissement – améliorer l'humilité, l'empathie et la compréhension.
- **Discussion en groupe avec des consommateurs/survivants : Pratiques exemplaires en matière de rétablissement (photo)**

Évaluation

- Satisfaction des participants
- Résultats du questionnaire avant et après l'atelier
- Commentaires qualitatifs écrits des participants

Conclusions

Participants : 180 participants (y compris le personnel administratif et clinique) aux deux ateliers tenus à l'occasion de deux jours différents (2 et 4 avril 2014)

Succursale du CSC	Type de questionnaire	
	Avant l'atelier	Après l'atelier
Unison (LH)	71 %	57 %
Unison (KR)	61 %	49 %

Tableau 1 : Taux de réponse au questionnaire par succursale du CSC

Conclusions

CSC		Différences appariées		test t	ddl	Sign. (bilatéral)
		Moyenne	Variation			
Unison	Attitudes à l'égard de la maladie mentale (avant)	20,13	62,02	8,523	214	0,000
	Attitudes à l'égard de la maladie mentale (après)	12,96	18,21			

Tableau 2 : Comparaison des questionnaires avant et après l'atelier : Sous-échelle d'évaluation des attitudes

Conclusions

Points forts	Limites
Occasion de travailler dans des groupes interdisciplinaires.	Certains participants ont trouvé l'atelier trop simpliste et auraient apprécié une couverture plus approfondie des sujets.
Occasion de participer à des discussions significatives avec des collèges et de partager des apprentissages/connaissances.	Outils pratiques (surtout pour les cliniciens) et activités d'enrichissement des aptitudes insuffisants
Jeu de rôle	Trop d'activités en peu de temps
Discussion de groupe	Les participants à chaque atelier du CSC possédaient des niveaux de connaissances et des ensembles d'aptitudes différents. Par conséquent, certains participants ont déclaré que l'atelier avait « renforcé » leurs connaissances et auraient aimé un rythme d'apprentissage plus rapide.
Conférenciers experts	Insuffisance d'information fournie sur la disponibilité des ressources dans la collectivité et au sein du CAMH
Exercices en petit groupe	L'atelier était trop axé sur les soins primaires.
Inclusion de consommateurs/survivants et occasion d'apprendre d'eux	Manque de cliniciens dans le groupe
Les scénarios utilisés dans les exercices en petit groupe fournissaient des renseignements sur la manière dont on peut gérer pratiquement les situations.	Les groupes étaient trop importants et il était parfois difficile d'entendre à cause du niveau de bruit.

Tableau 3 : Points forts et limites des ateliers

Prochaines étapes

- Pratique artistique axée sur le rétablissement
  - Utiliser les arts par l'intermédiaire de la sensibilisation reposant sur l'interaction afin de confronter et de réduire la stigmatisation chez les fournisseurs de soins de santé (FSS) de première ligne et d'améliorer la capacité des soins de santé primaires en matière de démarche antistigmatisation axée sur le rétablissement.
- Analyse des politiques et procédures internes
  - Évaluer les politiques du CSC et déterminer comment elles contribuent à la stigmatisation et à la discrimination ou les réduisent.
  - Élaborer des recommandations pour renforcer les politiques du CSC dans le but de réduire la stigmatisation et la discrimination en matière de santé mentale et de toxicomanie et de promouvoir le rétablissement.
- Soutien continu du groupe de travail sur la santé mentale et la toxicomanie

Transformation 2014
Qualité de la santé

Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Services de santé pour les sans-abri

Ottawa Inner City Health

Dr Jeffrey Turnbull
Chef, Qualité clinique, QSSO
Directeur médical, Ottawa Inner City Health

L'itinérance :
Santé mentale, dépendances et santé

- Milieu caractérisé comme une alternance entre les crises et le chaos.

Nature évolutive de l'itinérance à Ottawa

7 308 personnes

381 jeunes

1 125 familles

1 097 femmes

3 296 hommes

Axe du programme TED

Population adulte

- Était 80 % masculine, 20 % féminine; aujourd'hui, augmentation de la représentation féminine.
- Composée de personnes qui « dorment à la dure », utilisateurs de refuges d'urgence, de lieux d'hébergement temporaires.
- Aussi, locataires de maisons de chambres, personnes qui ont un domicile stable qui demeurent en lien avec la vie de la rue (c.-à-d. population de la rue).
- Domicile instable

Transformation Qualité de la santé 2014
Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Population de jeunes

- Population extrêmement mobile
- Davantage des habitués de l'hébergement temporaire que des utilisateurs de refuges
- Taux élevés de problèmes de toxicomanie et de santé mentale
- Plusieurs fuient la violence ou sont le produit des services de protection de la jeunesse.

Familles

- La pauvreté est la principale raison de l'itinérance des familles.
- Des données probantes évidentes indiquent que, si l'on fournit aux familles de l'hébergement abordable, le cycle de l'itinérance est rompu.
- Répercussion sur les enfants hautement inquiétante
- La plupart sont des familles monoparentales.
- Chômeurs ou sous-employés

Femmes

- En nombre proportionnellement plus petit, mais souvent plus difficiles à servir efficacement.
- La population est répartie entre les femmes qui fuient la violence, celles qui ont des problèmes de santé mentale et celles qui ont des problèmes de toxicomanie (un grand nombre sont des travailleuses du sexe); un grand nombre font partie des trois groupes.
- Un grand nombre ont des enfants, dont souvent elles n'ont pas la garde.

Transformation 2014
Qualité de la santé
Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Personnes souffrant de maladie mentale

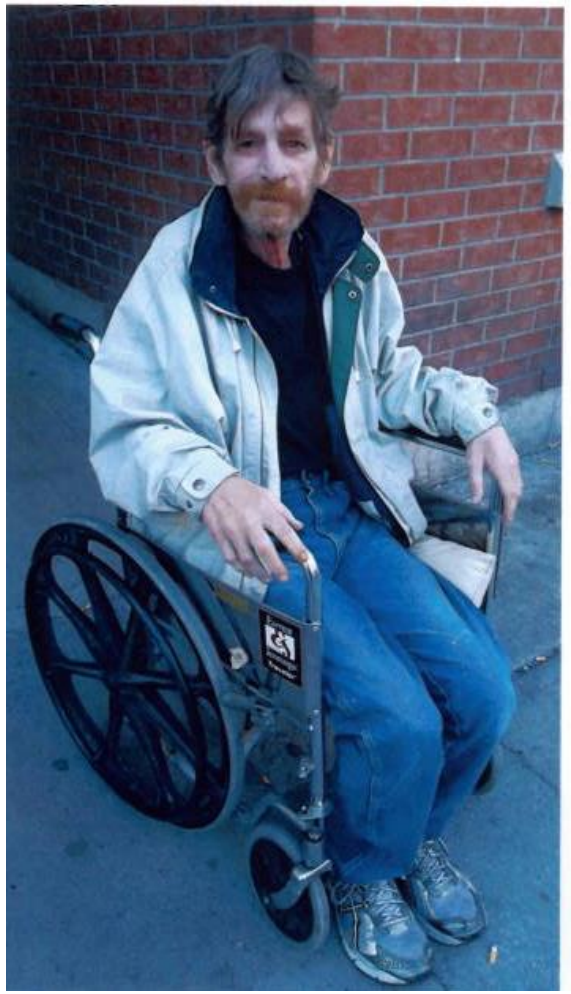
- Selon les études, représentent de 15 à 40 % de la population générale des sans-abri.
- 95 % font partie de la population itinérante chronique.
- L'itinérance peut être la cause ou le résultat de la maladie mentale.
- Les lois actuelles ne sont pas efficaces pour aider les personnes qui ont les besoins les plus grands.

Répercussions sur la santé

- En règle générale, citoyens en moins bonne santé que les autres, bien que souvent, l'auto-déclaration de l'état de santé ne reflète pas la réalité (effet d'adaptation).
- Taux de mortalité selon l'âge quatre fois plus important, meurent habituellement 25 ans plus jeunes que leurs homologues qui ont un domicile stable.
- Plus grande exposition aux maladies transmissibles (c.-à-d. hépatite, VIH)
- Plus susceptibles de souffrir de complications à la suite de problèmes de santé simples (fractures, éruptions cutanées).

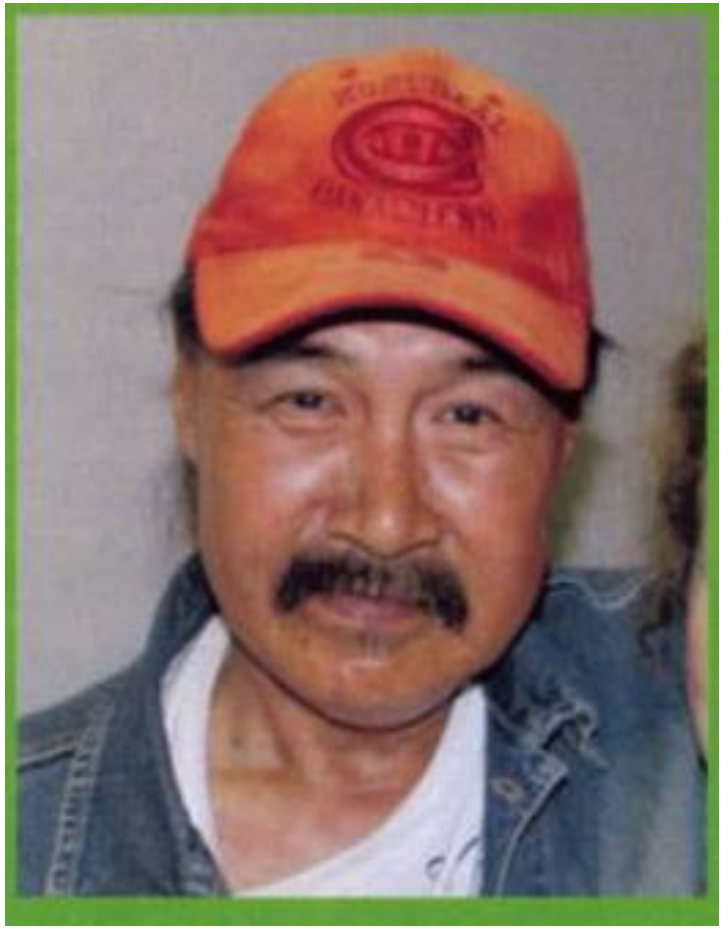
Répercussions sur la prestation des soins de santé

- Fardeau de maladie plus lourd
- Plus grande exposition
- Manque de ressources de base pour les soins personnels
- D'autres circonstances (c.-à-d. maladie mentale, toxicomanie, besoin de trouver un refuge) peuvent nuire aux efforts de solliciter les soins appropriés.
- Le système complexe des prestations constitue un défi pour le patient et le médecin.



Défis pour le médecin

- Le patient peut ne pas admettre qu'il est sans abri.
- Le patient peut ne pas souhaiter suivre le programme de soins recommandé.
- Le patient peut ne pas être capable de suivre le programme de soins recommandé.
- Défis associés au suivi
- Tout est plus long qu'avec les autres patients.
- Besoin de faire participer d'autres disciplines aux soins pour qu'ils soient efficaces.



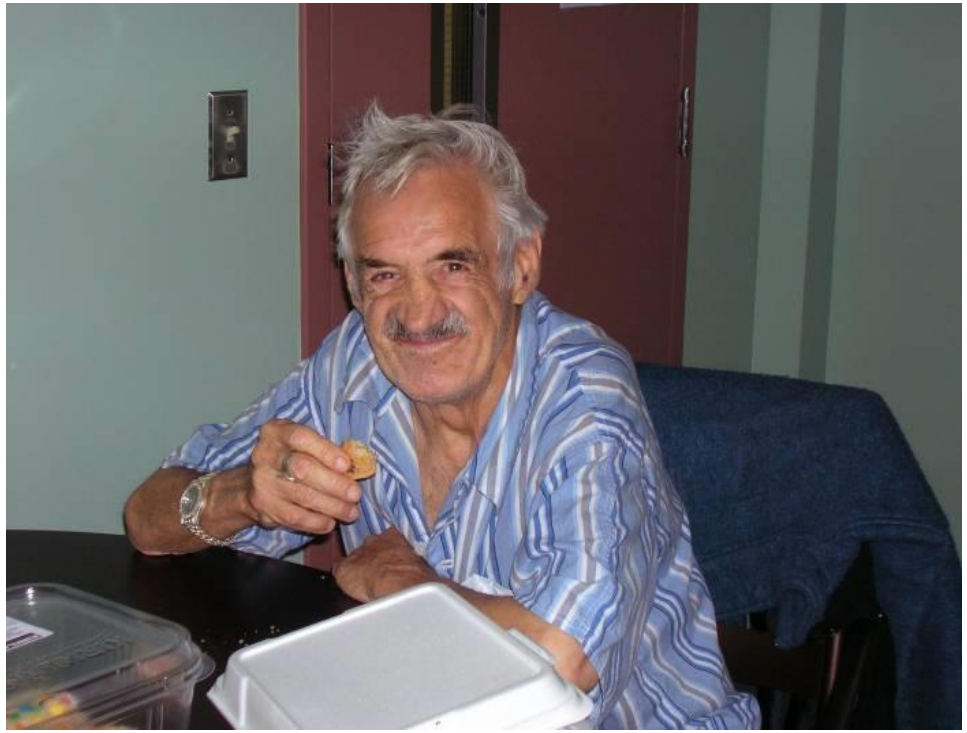
Obstacles aux soins

- Transport
- Cartes de médicaments
- Stigmatisation
- Médicaments
- Éducation
- Jugement négatif des fournisseurs de soins de santé
- Concept de santé

Interventions simultanées essentielles

- Établissement d'un sentiment de confiance
- Soins prodigués selon les conditions du patient
- Hébergement de soutien (envisager d'autres déterminants de la santé)
- Gestion de cas intensive
- Intervention soutenue malgré les échecs
- Faire preuve de souplesse et accepter les risques.

Inner City Health : Réseau de santé pour la communauté itinérante d'Ottawa



Membres d'Ottawa Inner City Health

- L'Hôpital d'Ottawa
- Université d'Ottawa
- Services de santé Royal Ottawa
- Centre d'accès aux soins communautaires
- Centres de santé communautaires
- The Ottawa Mission
- L'Armée du Salut
- Options Bytown
- Services sociaux anglicans
- Cornerstone
- Les Bergers de l'Espoir
- Association canadienne pour la santé mentale
- Wabano Centre for Aboriginal Health
- Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Services et soins de santé communautaires Carefor
- Bureau des services à la jeunesse

Résumé du programme et des services d'Inner City Health

- Programme de gestion de l'alcool 16 lits
- TED 46 lits
- Soins spéciaux pour femmes 16 lits
- Soins spéciaux pour hommes 30 lits
- Maison de soins palliatifs 14 lits
- Logements subventionnés
- The Oaks 55 unités
- Maison Booth 20 unités
- Logements supervisés (pour personnes âgées) 10 unités
- Clinique de soins de santé primaires

L'équipe TED

- Travailleurs effectuant de la sensibilisation par les pairs.
- Travailleurs de première ligne dans les refuges
- Travailleurs prodiguant des soins aux clients.
- Infirmier coordonnateur
- Médecin substitut

Équipe de gestion supervisée du sevrage

- Travailleurs effectuant de la sensibilisation par les pairs.
- Travailleurs prodiguant des soins aux clients.
- Infirmier coordonnateur
- Infirmier spécialisé en santé mentale
- Gestionnaire de cas complexes
- Infirmier praticien spécialisé en soins primaires
- Médecin substitut (comprend le psychiatre)

Équipe de traitement et de soins

Transformation 2014
Qualité de la santé
Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

14 NEWS

A change for the better

Alcoholics band together, collect pennies to help kids

By NELLY ELAYOUBI

Spare some change?

You've heard it many times, but chronic alcoholics at a downtown men's shelter are giving the phrase new meaning. They're collecting pennies to help sick kids.

"We're like a family. Our family is working hard to help other people," said organizer Harold Fraser, 49.

Fraser is one of about 25 residents of the Managed Alcohol Program at the Shepherds of Good Hope. Each month, they receive a $116 personal needs allowance from the city — $100 goes to the program, the rest is theirs to spend.

About five years ago, Fraser noticed a donation box for CHEO at a Tim Hortons. It gave him cause to reflect on his family. "I had two daughters. I love them both."

He last saw the girls a decade ago when they were six and seven. Born at CHEO, they both suffered from myotic dystrophy.

The day he saw the donation box Fraser decided he would start collecting change.

"I'm doing it for the kids," he said.

After collecting change around the coffee shop, he started approaching others lined up for meals at the shelter. He'd trade two cigarettes for 15 pennies.

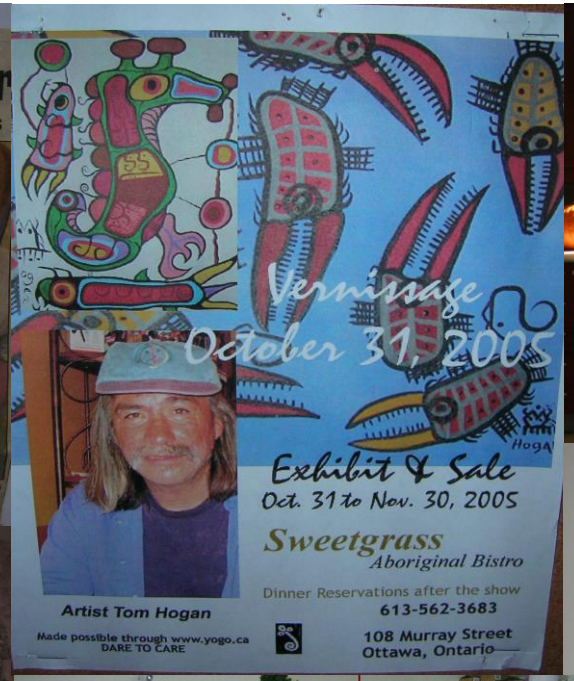
"I'm losing but I'm gaining. Every cent counts to fill up those cans," said Fraser, who collected $80.

His idea caught on at the shelter, where many residents also have children they've lost touch with. Collecting change makes them feel like they can still help children. In addition to saving their own pennies, they ask for donations.

They're now rolling the pennies to give to CHEO. After that, they hope to help other groups that support children. "I'd love to send them to kids overseas, to kids suffering over there," Fraser said.

Geoff Robins SUN

HAROLD FRASER, left, Sharron Stidle and Ron Lalonde hold some of the pennies they've collected for



Transformation Qualité de la santé 2014
Des partenariats pour offrir de meilleurs soins, être en meilleure santé, optimiser les ressources

Discussion et période de questions

Mot de la fin

Thèmes communs

- Engagement significatif effectué de manière précoce, sincère et stratégique.
- Rencontrer les gens là où ils sont.
- Revoir la manière dont nous offrons des soins pour répondre aux besoins d'autres populations.
- Prodiguer les soins selon leurs conditions; ajuster la manière dont nous prodiguons les soins aux 5 %.
  - Ce n'est pas à eux de s'ajuster au système, mais à nous de l'ajuster à eux.
  - Écouter le patient et concevoir des services appropriés à leurs besoins.
- Nous devons augmenter notre tolérance au risque.