



Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne rêve ou réalité ?

*Marie-Claude Vanier,
Jean Rivest et Solange Boucher*

M^{me} Roy est désormais suivie par une équipe de professionnels sous la conduite du D^r Cyr selon les paramètres que ce dernier a définis. À la suite des recommandations des professionnels de la clinique, plusieurs interventions ont été réalisées. Ce type de soins coordonnés existe-t-il réellement ici ? Si vous désirez savoir ce qui se passe au Québec, au Canada et même ailleurs dans le monde, poursuivez votre lecture. Qui sait, peut-être y trouverez-vous des trucs et astuces pour offrir de tels soins dans votre clinique !

Où trouver la pratique collaborative au Québec ?

Les soins interprofessionnels coordonnés sont principalement offerts dans certains groupes de médecine de famille (GMF) ou dans des cliniques-réseau. Depuis 2001, plusieurs GMF ont été créés partout au Québec. Ils s'intègrent à des CLSC, à des cliniques privées et à des unités d'enseignement de la médecine familiale (UMF). En ce moment, leurs budgets prévoient le matériel informatique, les honoraires des médecins pour des tâches liées au fonctionnement du GMF et les salaires d'un adjoint administratif et des infir-

M^{me} Marie-Claude Vanier, pharmacienne, est clinicienne à l'UMF-GMF de la Cité de la Santé de Laval et est professeure agrégée de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Le D^r Jean Rivest, médecin de famille, exerce et est professeur adjoint de clinique à l'UMF-GMF ainsi qu'à l'unité d'hospitalisation en médecine familiale de la Cité de la santé de Laval. M^{me} Solange Boucher, infirmière-conseillère clinique, travaille à l'UMF-GMF du même hôpital et est chargée d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

mières. Aucune somme n'est toutefois actuellement versée pour d'autres professionnels, bien que certains GMF aient tout de même réussi à en intégrer plusieurs dans leur équipe, du fait qu'ils sont associés à un CSSS et qu'ils ont réussi à établir des ententes avec ce dernier ou avec leur agence régionale. Le nombre et le type de professionnels dans ces GMF varient en fonction des besoins et des priorités ainsi que du succès des démarches visant la conclusion d'ententes ou l'obtention de budgets spéciaux. À titre d'exemple, l'UMF de Baie-des-Chaleurs, créée en 2007 à Maria en Gaspésie, regroupe onze médecins (six équivalents temps plein – ETP), deux infirmières ETP, un psychologue ETP, 0,6 pharmacien ETP, 0,4 diététiste ETP et 0,4 agent de recherche ETP.

En 2008-2009, 33 % de la population montréalaise déclarait ne pas avoir accès à un médecin de famille¹. L'Agence de santé et de services sociaux de Montréal mise sur la création de cliniques-réseau et de cliniques-réseau intégrées pour accroître l'accessibilité des soins de première ligne. Au printemps 2010, 23 GMF, 30 cliniques-réseau et une clinique-réseau intégrée étaient en place à Montréal². Une clinique-réseau est une clinique, ou un groupe de cliniques, qui offre déjà des services de santé et qui accepte de jouer un rôle de coordination

et de liaison avec le CSSS de son territoire. L'objectif de ces cliniques est de rapprocher les médecins de pratique privée du réseau public. Une clinique-réseau prend des ententes avec le CSSS de son territoire afin de bénéficier d'un accès privilégié à son plateau technique ainsi que d'un budget additionnel. En retour, elle s'engage entre autres à fournir³ :

- 1) des services médicaux sur et sans rendez-vous ;
- 2) l'aide à la recherche de médecins pour la prise en charge de patients vulnérables ;
- 3) une garde en disponibilité pour la clientèle vulnérable en perte d'autonomie ;
- 4) une fonction de liaison avec le CSSS ; et
- 5) une coordination avec les services de soutien à domicile du CSSS.

Les cliniques-réseau intégrées sont constituées de GMF et de cliniques-réseau auxquelles s'ajoutent des professionnels de la santé et des services sociaux (infirmier, psychologue, nutritionniste, pharmacien, travailleur social, etc.) provenant des services généraux des CSSS^{2,4}. Ce modèle de clinique-réseau intégrée est à notre connaissance le premier au Québec qui incorpore systématiquement d'autres professionnels au tandem médecin-infirmière dans les cliniques de soins de première ligne et qui dispose d'un budget pour l'embauche de ces professionnels. À terme, l'Agence prévoit la création d'une soixantaine de ces cliniques intégrées sur l'île de Montréal pour permettre à l'ensemble de la population montréalaise d'avoir accès à un médecin de famille^{1,2}. Des démarches comparables sont aussi en cours dans d'autres régions du Québec.

Où se situe le Québec par rapport au Canada et à l'étranger ?

L'Ontario à l'avant-garde

Au Canada, l'Ontario est une des provinces à l'avant-garde de la pratique collaborative en soins de première ligne. Depuis 2005, 170 équipes multiprofessionnelles de soins de première ligne ont été créées dans l'ensemble de la province. L'objectif est d'atteindre au total 200 équipes de santé familiale constituées d'un

noyau de médecins, d'infirmières et d'infirmières praticiennes auquel se greffent différents professionnels choisis selon les besoins de la collectivité. Ces équipes mettent l'accent sur le traitement des maladies chroniques, la prévention et la promotion de la santé. Elles travaillent aussi avec les groupes de santé publique et les Centres de santé communautaires⁵. Le gouvernement ontarien a créé un site Web qui regorge d'outils et de guides très intéressants pour faciliter la mise en œuvre de telles équipes (www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht_guides.html).

Les autres provinces

L'Alberta a aussi bien amorcé le virage de la pratique collaborative avec l'établissement de nombreuses équipes interprofessionnelles élargies dans le cadre du réseau de soins de santé primaires. En 2004, le gouvernement canadien a pris l'engagement d'assurer l'accès à des équipes de soins de première ligne à au moins la moitié des Canadiens. Selon le rapport du Conseil canadien de la santé, publié en 2009, 32 % des Canadiens signalaient avoir accès en 2008 à un ou plusieurs professionnels de la santé en plus de leur médecin⁶. Selon un autre sondage (2002), les trois quarts des Canadiens sont d'accord avec la création d'équipes de soins et aimeraient que leur médecin œuvre au sein d'une telle équipe⁶. Le *tableau* résume l'accès de la population canadienne à une équipe interdisciplinaire de soins de première ligne, selon les provinces.

Le reste du monde

Un sondage effectué auprès des médecins de première ligne de onze pays a révélé que le Canada était en queue de peloton pour le nombre de cliniques où des professionnels non-médecins partagent avec les médecins la responsabilité des soins des patients atteints de maladies chroniques⁷. Les médecins suédois et britanniques sont les plus nombreux à le faire (98 %) au sein de leur clinique⁷. La *figure* présente des données comparatives entre les pays.

En Finlande et en Suède, le travail en équipe inter-

Le modèle de clinique-réseau intégrée est le premier au Québec qui incorpore systématiquement d'autres professionnels au tandem médecin-infirmière dans les cliniques de soins de première ligne et qui dispose d'un budget pour l'embauche de ces professionnels.

Repère

Tableau**Accès des Canadiens à une équipe interdisciplinaire de soins de première ligne en 2009**

Province	Pourcentage de la population cible desservie par une équipe de soins de première ligne	Équipes de soins de première ligne
Colombie-Britannique	25 %	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 80 équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires • 26 réseaux de santé intégrés desservant 50 000 personnes
Saskatchewan	29 %	<ul style="list-style-type: none"> • 61 équipes de soins de santé primaires
Manitoba	Non précisé	<ul style="list-style-type: none"> • 9 % des médecins de famille se sont joints à un réseau de médecins intégré
Ontario	16 %	<ul style="list-style-type: none"> • 150 équipes de santé familiale • 54 centres de santé communautaire • 18 % des médecins de première ligne travaillent selon un modèle interdisciplinaire de soins
Alberta	60 %	<ul style="list-style-type: none"> • 35 réseaux de soins de santé primaires. Huit à venir
Québec	25 %	<ul style="list-style-type: none"> • 210 GMF au Québec en 2010
Nouveau-Brunswick	7 %	<ul style="list-style-type: none"> • 7 centres de santé communautaire
Nouvelle-Écosse	Non précisé	<ul style="list-style-type: none"> • 73 équipes de soins de santé primaires • 10 % des médecins travaillent au sein d'une équipe interdisciplinaire
Île-du-Prince-Édouard	25 %	<ul style="list-style-type: none"> • 33 % des médecins de famille travaillent au sein d'une équipe • 25 % des habitants seront desservis par un centre de santé familiale quand le nombre de ces centres passera de 5 à 7 • 19 équipes de soins de santé primaires (3 autres à venir)
Terre-Neuve et Labrador	27 %	<ul style="list-style-type: none"> • 11 secteurs pour les équipes de soins de santé primaires

Sources : Conseil canadien de la santé. *Équipes à l'œuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*; 2009. Site Internet : www.healthcouncil-canada.ca/docs/rpts/2009/Equipes_a_loeuvre.pdf (Date de consultation : le 28 juin 2010).

Gouvernement de l'Alberta. *Primary Health Care*. Calgary : Le Gouvernement; 2010. Site Internet : www.health.alberta.ca/initiatives/primary-health-care.html (Date de consultation : le 23 août 2010).

MSSSQ. Rapport annuel de gestion du MSSSQ 2008-2009. Québec ; Le Ministère : 2010.

disciplinaire est la norme. Les cliniques offrent un large éventail de services diagnostiques, curatifs et préventifs¹. Au Royaume-Uni, les médecins généralistes exercent majoritairement en groupe dans un modèle de soins primaires où prédomine le tandem médecin-infirmière. Une clinique type regroupe habituellement quatre médecins, 2,4 infirmières ETP et 6,6 employés administratifs ETP, et parfois un pharmacien ou un kinésithérapeute¹.

Comment faciliter la création d'équipes interprofessionnelles dans votre clinique ?

Les principes

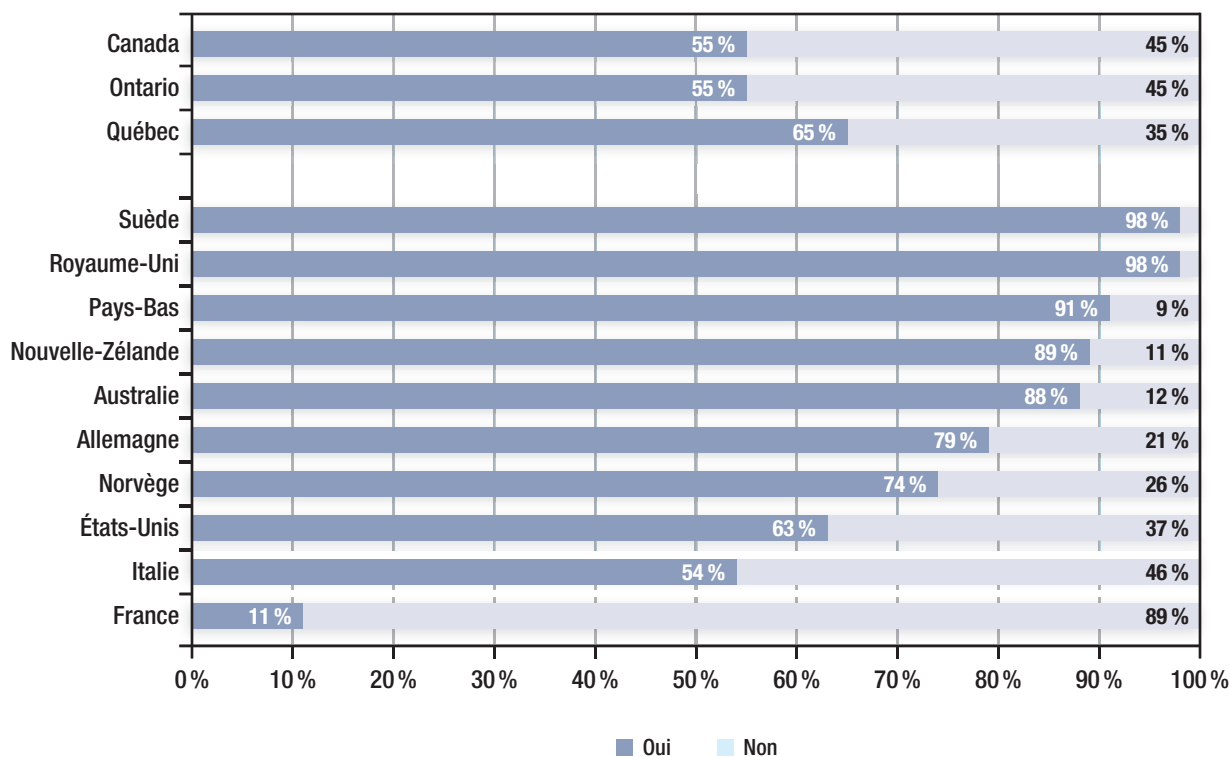
Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la pratique collaborative en soins de santé se réalise lorsque

plusieurs professionnels de la santé, ayant des formations différentes, offrent des services globaux en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs aidants et les collectivités pour prodiguer des soins de la plus haute qualité dans les différents milieux⁸.

L'approche collaborative est donc centrée sur le patient et ses proches et demande les efforts concertés et coordonnés de plusieurs professionnels qui œuvrent physiquement au même endroit ou dans des lieux différents. Dans l'exemple de M^{me} Roy, le médecin, l'infirmière et le pharmacien clinicien font partie de l'équipe du GMF et collaborent au quotidien. Ils travaillent aussi de concert avec le pharmacien de pratique privée, les intervenants du CLSC du centre d'enseignement sur la santé et ceux du programme de prévention

Figure

Autres professionnels de santé dans le cabinet, ensemble des pays et des provinces, 2009



Source : Commissaire à la santé et au bien-être. *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2009 auprès des médecins*. Québec : Le gouvernement du Québec ; 2010. Site Internet : www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_CommonwealthFund/EnsembleGraphiques-CWF2009.pdf (Date de consultation : le 10 janvier 2010). Reproduit avec l'autorisation de M. Robert Salois, commissaire à la santé et au bien-être, gouvernement du Québec.

des chutes pour élargir l'offre de service à M^{me} Roy. Une ordonnance individuelle pour le suivi de l'anticoagulothérapie par voie orale a été établie avec le pharmacien de pratique privée. Une ordonnance collective pour le suivi de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension ainsi que l'ajustement des médicaments a été créée avec le pharmacien et les infirmières du GMF. Le pharmacien du GMF a rencontré la patiente et sa fille pour explorer les croyances de la dame en ce qui a trait aux médicaments et découvrir les barrières à l'observance. À la suite de cette rencontre, l'équipe du GMF a dressé un plan d'intervention avec M^{me} Roy et sa fille. Le pharmacien de pratique pri-

vée en a été informé et sa participation au renforcement de l'observance a été sollicitée. À la suite des démarches entreprises par l'infirmière du GMF, M^{me} Roy devrait voir l'intervenant du centre d'enseignement sur la santé du CLSC dans deux semaines pour la prise en charge de son diabète. En outre, le programme d'intervention multifactorielle du CLSC pour la prévention des chutes a été mis en branle.

Dans ce contexte, il est capital de coordonner les interventions et d'assurer une bonne circulation de l'information entre les intervenants. L'approche sera collaborative si les divers professionnels s'entendent sur une

L'approche collaborative est centrée sur le patient et ses proches et demande les efforts concertés et coordonnés de plusieurs professionnels qui œuvrent physiquement au même endroit ou dans des lieux différents.

Repère

stratégie concertée. L'équipe du GMF devra aussi ajuster le plan d'intervention en fonction des nouvelles informations que lui transmettront les intervenants des milieux communautaires.

Des conseils pratiques

Le Collège des médecins de famille du Canada a produit des outils, accessibles en ligne, pour faciliter la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de première ligne. Vous retrouverez l'adresse dans l'*encadré 1*, ainsi que d'autres ressources utiles. Les gouvernements ontarien et manitobain ont aussi conçu des documents d'orientation et des guides intéressants^{5,9}. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a nommé, à partir d'une revue de littérature, les enjeux et les facteurs facilitant la mise en place de services de première ligne fonctionnant en interdisciplinarité¹. Les facteurs locaux peuvent être divisés en trois catégories : 1) organisationnels-structurels ; 2) cliniques-professionnels et 3) personnels-relationnels.

Sur le plan organisationnel, il est important que le soutien administratif soit suffisant pour en assurer le fonctionnement et que les lieux physiques et les équipements permettent à l'interdisciplinarité de s'actualiser au quotidien (Ex. : bureaux à proximité, aires communes de traitement, salle de rencontre, dossier-patient partagé, matériel informatique). Sur le plan professionnel, tous les intervenants doivent partager des valeurs et la même vision des cibles cliniques et organisationnelles et de la philosophie de soins centrée sur le patient et ses proches. L'équipe doit définir clairement le rôle de chacun ainsi que les zones de chevauchement des responsabilités professionnelles. L'équipe sera plus efficace si sa pratique est encadrée par des protocoles d'intervention et de suivi et si elle dispose d'outils cliniques interprofessionnels. La bonne communication est la clé d'une bonne équipe interdisciplinaire. Il faut aussi que le leadership médical et la gouvernance soient clairement établis au sein de l'équipe. Il faut prévoir des protocoles de gestion des situations cliniques et relationnelles problématiques entre les membres.

Encadré 1

Outils en ligne pour la mise en place d'une pratique collaborative dans votre milieu

- **Collège des médecins de famille du Canada**
Trousse mise au point par le Collège des médecins de famille du Canada
<http://toolkit.cfpc.ca/fr/index.php>
- **(EICP) Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative**
Collaboration Toolkit Website
www.eicp.ca/fr/toolkit/default.asp
- **Site de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal**
Forum sur l'interdisciplinarité du 4 mai 2010
www.santemontreal.qc.ca/Fr/agence/4mai2010.html
- **Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS)**
Comité directeur représentant dix associations professionnelles. Site subventionné par Santé Canada présentant des informations et des outils.
www.eicp.ca/fr/
- **Site officiel du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé**
La section Ressources de ce site regorge d'informations intéressantes.
www.cihc.ca/

Enfin, il est utile d'établir un programme de formation continue interprofessionnelle. Sur le plan personnel, les candidats devraient être compétents et crédibles dans leur domaine, respecter les différences interprofessionnelles et posséder des habiletés relationnelles et de communication. Nous vous proposons, dans l'*encadré 2*, dix trucs pratiques issus de notre expérience et de nos lectures pour faciliter la création d'une équipe interprofessionnelle dans votre clinique. Un cadre de référence canadien pour l'enseignement et l'instauration de la pratique collaborative a été publié récemment¹⁰.

Le Collège des médecins de famille du Canada a produit des outils, accessibles en ligne, pour faciliter la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de première ligne.

Repère

Encadré 2

Dix trucs pour la création d'une équipe interprofessionnelle

1. Évaluer les besoins spécifiques de la clientèle et de la clinique et choisir les professionnels pertinents en conséquence
2. Intégrer graduellement les différents professionnels
3. Apprendre à se connaître (personnellement et professionnellement)
4. Définir clairement les attentes et les rôles de chacun. Réévaluer régulièrement.
5. Mettre au point des protocoles d'intervention. Vérifier ce qui existe au niveau du CSSS ou de l'Agence régionale de santé et de services sociaux
6. Aménager des lieux physiques adéquats facilitant les interactions entre les différents professionnels (y compris les autres employés de la clinique)
7. Prévoir des rencontres d'équipe régulières (administratives et cliniques)
8. Utiliser un dossier-patient unique (les outils électroniques facilitent le travail)
9. Prévoir des activités interprofessionnelles de formation
10. Créer des occasions de rencontre à caractère social, hors du milieu de travail

L'avenir : une relève déjà rompue à la collaboration interprofessionnelle

Un projet de l'Université de Montréal a montré qu'il est possible d'offrir dans le cursus universitaire des activités sur la collaboration¹¹. Plus de 750 étudiants provenant de cinq programmes ont ainsi acquis, à l'aide de modules en ligne, des notions de base sur la pratique collaborative, qu'ils ont ensuite appliquées lors de discussions de cas en petits groupes interfacultaires. La réussite de ce projet a entraîné la création d'un curriculum formel de trois cours d'un crédit sur la collaboration en sciences de la santé (CSS). Ces nouveaux cours regrouperont dix programmes (audiologie, ergothérapie, médecine, nutrition, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychologie, sciences infirmières et travail social). Les externes de deuxième année de l'Université de Montréal actuellement en stage dans vos

cliniques ont participé au projet pilote, et les étudiants qui suivront auront suivi l'ensemble des cours. L'Université Laval est aussi en train de mettre sur pied des activités de formation interfacultaires sur la collaboration, comme plusieurs autres universités canadiennes et américaines. L'avenir s'annonce donc prometteur pour les nouveaux modèles de collaboration dans nos milieux cliniques.

LA PRATIQUE COLLABORATIVE en soins de première ligne est déjà une réalité pour certains et un rêve possible pour plusieurs. Au Québec, des GMF et des regroupements de cliniques ont réussi à bâtir des équipes multidisciplinaires offrant des soins interprofessionnels intégrés aux clientèles nécessitant cette approche. *Le D^r Cyr est parvenu à bien s'entourer et à établir des liens de collaboration efficaces avec les autres ressources professionnelles de son territoire. Il éprouve une plus grande satisfaction en ce qui a trait aux soins qu'il peut offrir à ses patients dont l'état est plus complexe comme M^{me} Roy. Il croit pouvoir maintenant assurer le suivi d'un plus grand nombre de patients vulnérables, car il sait qu'il peut compter sur son équipe pour compléter son expertise et intervenir au besoin en son absence.* ☞

Date de réception : le 20 septembre 2010

Date d'acceptation : le 8 octobre 2010

M^{me} Marie-Claude Vanier est clinicienne au sein d'une chaire universitaire subventionnée par sanofi-aventis et a été cochercheuse dans le cadre d'un projet de recherche subventionné par Pfizer Canada en 2008-2010. Le D^r Jean Rivest et M^{me} Solange Boucher n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Gadoury M, Alarie F. *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne. Perspective canadienne et internationale*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2010. Site Internet : www.santemontreal.qc.ca/pdf/inter/Sommaire_interdisciplinarite.pdf (Date de consultation : le 20 septembre 2010).
2. Alarie F, Bérubé F, Gadoury M et Roy C. *Planification stratégique montréalaise 2010-2015. Des priorités urbaines pour des Montréalais en santé*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2010. Site Internet : www.santemontreal.qc.ca/fr/plans_regionaux/plans.html (Date de consultation : le 13 novembre 2010).
3. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Cadre de référence pour l'implantation des cliniques-réseau*. Montréal : L'Agence; 2006. Site Internet : www.santemontreal.qc.ca/pdf/cma_cadre.pdf (Date de consultation : le 20 septembre 2010).

Summary

Interprofessional teams in primary care: dream or reality? Development of interprofessional teams in primary care is perceived as a mean to optimize care accessibility and quality. Collaborative practice in primary care is a reality for some and an attainable dream for others. In Quebec, a few clinics and family medicine groups have managed to build integrated interprofessional care for patients requiring this approach. Other Canadian provinces are developing collaborative practice, particularly Ontario and Alberta where many successful teams have been established. Worldwide, Scandinavian countries and Great Britain have taken the lead of interprofessional practice in primary care.

4. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *GMF et CR intégrés*. Montréal : L'Agence ; 2008. Site Internet : www.cmis.mtl.rss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-521-3.pdf (Date de consultation : le 20 septembre 2010).
5. *Family Health Team: Advancing Primary Health Care. Guide to Interdisciplinary Roles and Responsibilities*. Toronto : Ministry of Health and Long-Term Care ; 2005. Site Internet : www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_inter_team.pdf (Date de consultation : le 20 septembre 2010).
6. Conseil canadien de la santé. *Équipes à l'œuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*. Toronto : Le Conseil ; 2009. Site Internet : www.healthcouncilcanada.ca (Date de consultation : le 28 juin 2010).
7. Schoen C, Osborn R, Doty MM et coll. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009. Perspectives on care, costs and experiences. *Health Aff* 2009 ; 28 (6) : w1171-83.
8. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ et coll. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; 2010. Site Internet : www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ (Date de consultation : le 22 juin 2010).
9. Gouvernement du Manitoba. *Physician integrated network. Primary care interdisciplinary team toolkit*. Régina : Le Gouvernement ; 2009. Site Internet : www.gov.mb.ca/health/phc/pin/docs/pinit.pdf (Date de consultation : le 20 septembre 2010).
10. Gilbert JH, Orchard C, Casimiro L et coll. A National Interprofessional Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Février 2010. Site Internet : www.cihc.ca (Date de consultation : le 13 novembre 2010).
11. Vanier MC, Lebel P, Lefebvre H et coll. *Implementation of a health sciences interfaculty curriculum on interprofessional collaboration at Université de Montréal*. AFPC Annual Canadian Pharmacy Education and Research Conference ; du 2 au 5 juin 2010 ; Vancouver (Richmond) (Affiche) Résumé publié dans : *J Pharm Pharm Sci* 2010 ; 13 (3) : 1s-154s.