

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE

Les soins en équipe dans le Centre de médecine de famille

JUILLET 2017

INTRODUCTION

Les équipes de soins de santé peuvent prendre diverses formes — des équipes d'opération d'urgence aux équipes réparties géographiquement qui soignent des patients ambulatoires. Elles sont grandes ou petites, centralisées ou dispersées, virtuelles ou en personne. Leurs responsabilités peuvent être précises et brèves, ou vastes et à long terme. La combinaison des divers parcours professionnels des membres des équipes permet de redéfinir ce qui est considéré comme optimal, en fonction des besoins de la pratique et de la communauté desservie. Une équipe hautement performante est un élément central pour la création d'un système de prestation de soins efficace et coordonné, qui offre des soins complets et globaux axés sur les besoins du patient.

Les soins en équipe constituent une partie intégrale du modèle du [Centre de médecine de famille \(CMF\)*](#), conformément aux principes directeurs qui se trouvent à l'Annexe A. Les soins complets, globaux, continus et axés sur le patient, offerts par ces pratiques de médecine familiale sont encore plus efficaces si l'on met sur pied une équipe solide, dotée de liens bien établis et qui travaille vers un objectif commun. Ce guide examine les avantages des soins offerts en équipe en ce qui concerne l'efficacité de la pratique et les résultats sur la santé des patients. Le document donne aussi un aperçu de la gamme de professions qui jouent un rôle important au sein des équipes interdisciplinaires. Le présent guide a été créé en collaboration avec des organisations représentant les professionnels de la santé qui travaillent fréquemment avec les médecins de famille. Dans cette optique, nous avons comme objectif de fournir des conseils sur la meilleure façon dont les médecins de famille peuvent travailler avec d'autres professionnels de la santé au sein d'un CMF.

APERÇU

La prestation de soins en équipe, mise en œuvre efficacement, a le potentiel d'améliorer la globalité, la coordination et l'efficacité d'une pratique¹. Pour atteindre ce potentiel, les pratiques qui font la transition vers un modèle de soins en équipe doivent s'assurer qu'elles sont prêtes à accommoder tout changement à la culture de la pratique, à la nature des interactions entre les collègues et les patients, et à l'éducation et à la formation.

Pour pratiquer efficacement au sein d'une équipe de soins interprofessionnelle, le médecin doit d'abord avoir une idée précise de ce que chaque membre apporte au groupe, notamment leur formation, leurs champs de pratique et leurs connaissances, ainsi que leurs domaines d'excellence et leurs limites². Les médecins de famille sont spécialisés dans la prestation de soins basés sur la relation avec les patients à long terme et peuvent s'assurer que leurs collègues respectent les mêmes principes. Les pratiques qui profitent de l'expertise d'une équipe diversifiée sont plus aptes à offrir aux patients les soins dont ils ont besoin et répondre aux besoins de la communauté. Les équipes peuvent effectuer des interventions intégrées pour répondre aux besoins divers de leurs patients, de leurs familles et de leurs communautés³.

Étant donné que les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables du financement des

Une équipe interprofessionnelle ou intraprofessionnelle ?

Bien que ce guide examine les répercussions de la collaboration avec d'autres professionnels de la santé au sein d'une équipe interprofessionnelle, les relations intraprofessionnelles constituent un autre élément important du travail en équipe. Ce Guide Conseil pratique est le deuxième de deux guides portant sur le travail en équipe; le premier traitant des communautés de pratique en médecine familiale (CPMF).

Les CPMF portent sur les collaborations intraprofessionnelles entre médecins de famille. Les médecins de famille avec des intérêts particuliers possèdent un ou plusieurs domaines d'intérêts. Ces domaines d'intérêts font partie de la vaste gamme de services qu'ils offrent. Les médecins de famille avec des pratiques ciblées sont ceux qui mettent l'accent sur un ou plusieurs domaines cliniques dans leur pratique. Les communautés de pratique permettent aux médecins de famille avec ces intérêts particuliers ou ces compétences avancées de mieux répondre aux besoins de leurs patients et leurs communautés en offrant un plus large éventail de services, au besoin.

Voir le guide Conseil pratique [Les communautés de pratique dans le Centre de médecine de famille](#) pour de plus amples renseignements.

*Une liste complète des liens utilisés dans ce guide se trouve à l'Annexe C : Ressources

soins de santé dans leurs territoires respectifs, les équipes de soins de santé ne reçoivent pas toutes le même financement (Voir le Tableau 1 pour des exemples). Une distinction est faite entre le financement des équipes et des prestataires de soins individuels. Du financement peut être alloué à l'équipe dans son ensemble, ou à un groupe de professionnels de la santé qui reçoit une rémunération indépendante, mais qui partage certains coûts. Vous trouverez ci-dessous deux exemples de la façon dont des équipes de soins sont financées par le système provincial.

Tableau 1 : Exemples de modèles de financement appuyés par le système au Canada

Type de modèle	Province(s)/ Territoire(s)	Description
Réseaux de soins primaires (RSP)	Alberta	Les réseaux de soins primaires (RSP) sont les liens entre médecins de famille et autres professionnels de la santé qui travaillent ensemble pour offrir des soins qui répondent aux besoins de la communauté/population. À l'heure actuelle, on compte 42 RSP auxquels 3,2 millions de patients sont inscrits de façon informelle et dont 800 autres professionnels de la santé font partie.
Centres d'urgence collaboratifs	Saskatchewan et Nouvelle-Écosse	Les centres d'urgence collaboratifs sont composés d'équipes de soins primaires qui travaillent pendant les heures normales de bureau. Par la suite, le centre profite de l'expertise des infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers praticiens, ainsi que des ambulanciers; un médecin d'expérience est disponible pour des consultations à distance. Ceci permet à la clinique de prolonger les heures d'ouverture et d'améliorer l'accès aux prestataires de soins primaires, étant donné que les médecins n'ont plus besoin de travailler de nuit à l'urgence on peut prolonger les heures d'ouverture des cliniques. Les centres d'urgence collaboratifs sont particulièrement avantageux dans les zones rurales où les cas d'urgence aigus sont moins fréquents.
Réseaux de soins de santé primaires (My Health Team)	Manitoba	Les réseaux de soins de santé primaires, aussi connus sous l'acronyme MyHT, sont un modèle interprofessionnel qui a été mis au point pour améliorer l'accès aux soins primaires pour toute la population manitobaine, afin de mettre davantage l'accent sur les soins centrés sur le patient, et d'établir le lien entre prestataires de soins à l'intérieur et au-delà des frontières géographiques.
Équipe Santé familiale (ESF)	Ontario	Les équipes de Santé familiale sont des modèles organisationnels composés d'une équipe de médecins de famille, d'infirmières et d'infirmiers praticiens, d'infirmières et d'infirmiers autorisés, et d'autres professionnels de la santé qui travaillent ensemble pour offrir des soins et des services à leur communauté. Depuis 2005, 200 équipes de Santé familiale répondent aux besoins de 3,5 millions d'Ontariens inscrits partout dans la province.
Groupe de médecine de famille (GMF)	Québec	Les groupes de médecine de famille (GMF) sont des regroupements de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec le personnel infirmier pour offrir des services aux patients inscrits, peu importe leur emplacement géographique. En moyenne, un GMF dessert environ 15 000 personnes, et est composé de 10 médecins, deux infirmiers/infirmières et deux employés de soutien administratif. Les services sont offerts les jours de semaine, et des services sans rendez-vous sont offerts les fins de semaine et les jours fériés. Un service de réponse téléphonique sur demande est aussi offert pour les patients qui font partie des clientèles vulnérables (p. ex., les personnes âgées ou les malades chroniques).
Unité de prestation de soins de santé (UPSS) des Forces canadiennes	Partout au Canada	Une unité de prestation de soins de santé (UPSS) est une équipe interdisciplinaire de fournisseurs de soins de santé militaires et civils qui collaborent afin de satisfaire aux besoins de santé d'un groupe défini de membres des Forces armées canadiennes. Chaque membre est affecté à une UPSS et quand ses besoins en matière de soins de santé l'exigent, un médecin de famille responsable/traitant lui est affecté pour assurer la continuité des soins. Le patient peut aussi être vu et traité par d'autres membres de l'UPSS. L'objectif de cette approche en équipe collaborative est de s'assurer que les patients voient le bon médecin au bon moment pour répondre à leurs besoins d'une manière flexible, efficace et holistique.

Alberta

Un réseau de soins primaires (RSP) est créé conformément à une entente de coentreprise entre un groupe de médecins de famille, qui constitue une entreprise sans but lucratif, et *Alberta Health Services* (AHS)⁴. L'entreprise sans but lucratif composée de médecins et l'AHS administrent conjointement le RSP, et relève de *Alberta Health* dans le cadre d'une entente de subvention. Le financement est accordé en vertu de l'entente de subvention aux entreprises à but non lucratif pour embaucher d'autres professionnels de la santé et offrir des services et des programmes qui ne font pas partie du barème des prestations médicales. Les prestataires de soins de santé autres que les médecins — personnel infirmier, psychologues, diététistes — reçoivent habituellement un salaire tiré du budget du RSP. *Alberta Health* fournit aux RSP une subvention de 62 \$ par patient par année, versée à l'entreprise sans but lucratif des médecins ou à l'entreprise sans but lucratif du RSP⁴.

Manitoba

L'autorité sanitaire régionale attribue le financement aux équipes individuelles. Dans le programme du réseau intégré de médecins (RIM), il n'y a pas de financement de base spécifique. Les médecins du secteur privé rémunérés à l'acte peuvent participer au programme, ce qui leur permet de recevoir du financement supplémentaire pour appuyer la pratique en équipes interdisciplinaires, notamment pour les salaires des professionnels de la santé autres que les médecins (p. ex., le personnel infirmier ou les diététistes). Sous l'approche des réseaux de soins de santé primaires (MyHT), les équipes sont financées en vertu d'ententes officielles, dotées de plans préapprouvés par le gouvernement. Les prestataires de soins autres que les médecins avec les réseaux de soins de santé primaires sont des employés des autorités sanitaires régionales, et sont rémunérés conformément à des échelles salariales stipulées dans les conventions collectives. La distribution des fonds et la composition des équipes sont négociées dans le cadre de l'entente visant les réseaux de soins de santé primaires (MyHT). L'*Interprofessional Team Demonstration Initiative* (ITDI) est une autre initiative manitobaine en soins primaires qui appuie le programme *Des médecins de famille pour tous*, et fournit du financement pour permettre aux pratiques privées rémunérées à l'acte d'embaucher des professionnels de la santé autres que des médecins.

Bien qu'il existe divers modèles de financement appuyés par le système de santé au Canada, ceux-ci ne sont pas nécessaires pour assurer le succès d'une équipe. Par exemple, la [Clinique Médicale Nepisiguit](#) à Bathurst (Nouveau-Brunswick) a été mise sur pied pour répondre aux besoins de la communauté. En grande partie, la clinique a évolué de façon autonome, grâce au leadership et à la bonne gestion du médecin de famille responsable et de l'équipe de soins dans son ensemble. Les dirigeants de la clinique comprennent la population de patients, recrutent des prestataires de soins dont ils ont besoin, et répondent aux besoins changeants de la communauté en adaptant leurs services et leur dotation en personnel.

Il est important de reconnaître que selon les ressources communautaires et la disponibilité des médecins, ce ne sont pas tous les patients qui auront accès à un médecin de famille, ou à une équipe de soins de santé dirigée par un médecin de famille. Les cliniques dirigées par du personnel infirmier jouent un rôle essentiel dans les communautés rurales et éloignées, où il pourrait y avoir moins de médecins. Ces cliniques offrent des heures d'ouverture prolongées et une solution de rechange à la salle d'urgence, conformément aux principes des soins de santé primaires. Ces pratiques collaborent avec les médecins de famille pour s'assurer que des consultations sont disponibles pour les cas qui en ont besoin.

Il existe aussi une interconnexion qui va au-delà des soins offerts par l'équipe de soins de santé au sein d'un CMF. Le concept d'un « quartier médical » reflète le partenariat entre la clinique et les services communautaires, qui comprend les soutiens médicaux et sociaux nécessaires pour améliorer la santé des patients. Dans ce contexte, le CMF est la plaque tournante qui assure la coordination de la prestation des soins de santé que reçoit le patient⁵. Les objectifs d'un CMF hautement performant incluent la collaboration avec divers partenaires médicaux pour favoriser l'échange d'information entre les cliniciens et les patients. Ils comprennent les services sociaux et communautaires, les soins ambulatoires et hospitaliers, les services diagnostics, les soins aigus et les soins en phase post-aiguë, la pharmacie, et les organismes de santé publique⁶. Ensemble, ces organisations peuvent activement promouvoir la coordination des soins, la forme physique, des comportements sains, une bonne alimentation, ainsi que des lieux de travail et de résidence sains.⁵

Tous les professionnels de la santé d'une équipe de soins apportent des compétences et des connaissances particulières qui contribuent aux soins des patients. Pour leur part, les médecins de famille utilisent leurs connaissances uniques du développement humain et des déterminants sociaux pour élaborer une approche globale pour la prise en charge des maladies auprès de patients et de leurs familles⁷.

Le paradoxe des soins primaires suggère que des maladies particulières peuvent être bien prises en charge dans des cliniques spécialisées; toutefois on obtient les meilleurs résultats pour la longévité et la qualité de vie d'un patient lorsque le patient reçoit des soins holistiques d'un médecin de famille et d'une équipe de soins de santé⁸. Contrairement aux spécialités très ciblées, la médecine familiale inclut les aspects biologiques, cliniques et comportementaux, et englobe tous les âges, les sexes et les genres, les systèmes organiques et les entités morbides⁹.

Avant d'examiner des façons d'offrir des soins en équipe, il est important de bien comprendre leurs avantages.

LES AVANTAGES DES SOINS EN ÉQUIPE

Un meilleur accès aux soins

Les pratiques de médecine familiale où travaillent des équipes de soins offrent rapidement les soins dont leurs patients ont besoin. Bien que la plupart des médecins de famille offrent déjà des soins après les heures normales de bureau, de nouveaux modèles de soins permettent d'accommoder les patients grâce à des heures d'ouverture prolongées¹⁰. Les attributions de la couverture et la prestation des soins sont réparties entre les médecins de famille au sein d'une ou de plusieurs pratiques, et font appel à d'autres membres de l'équipe¹⁰. En ajoutant



d'autres professionnels de la santé dans une pratique, on donne aux patients accès à une gamme de services plus variée. Par exemple, les programmes et services offerts peuvent inclure la prise en charge du diabète, la cessation du tabagisme ou le counseling en allaitement.

Plusieurs modèles d'équipes ont démontré un meilleur accès aux soins et une réduction des temps d'attente, entraînant ainsi une meilleure satisfaction des patients¹¹. Une étude qualitative menée dans une clinique de Waterloo, en Ontario, a découvert que le fait d'offrir des services cliniques après les heures d'ouverture réduisait les temps d'attente, et que les services d'autres prestataires de soins étaient essentiels pour améliorer l'accès aux soins pour les patients¹². En plus d'un meilleur accès aux soins primaires de base, les participants ont indiqué que les équipes de soins favorisaient un meilleur accès à des services de santé élargis et plus de soins holistiques comparativement à ce qui était offert auparavant¹³. Ces résultats sont également ressortis dans un sondage du *Conference Board of Canada*, où les répondants ont nommé l'accès aux soins, la réduction des temps d'attente, une amélioration des résultats pour la santé, et la satisfaction des patients comme les grands avantages d'une pratique interdisciplinaire¹⁴.

L'utilisation efficace des ressources

Les personnes qui ont un accès régulier à des soins en équipe au sein d'une pratique de médecine familiale sont beaucoup moins susceptibles de consulter des services médicaux d'urgence que celles qui n'ont pas accès à un tel service¹⁵. De plus, le manque d'accès à un médecin de famille et à une équipe de soins de santé peut refléter une surutilisation des services de soins de santé¹⁶.

Un rapport du *Conference Board of Canada* estime qu'une couverture complète par des équipes interprofessionnelles en santé pour des patients adultes atteints de diabète de type 2 aurait pu permettre d'économiser plus de 260 millions de dollars en frais de santé directs et environ 400 millions de dollars en frais indirects liés aux pertes de productivité dans l'économie en 2011¹⁷. Le rapport a aussi estimé que la couverture complète par des équipes interprofessionnelles en santé, notamment la prise en charge des cas — pour des patients atteints de dépression — pourrait avoir fait augmenter la main-d'œuvre de 52 000 années-personnes pleinement fonctionnelles travaillant à temps plein en un an, ce qui aurait eu comme effet d'ajouter près de 2,3 milliards à l'économie en 2011.¹⁸

La continuité des soins

Avoir une équipe coordonnée et reliée permet de répondre de façon efficace aux besoins du patient, tout en s'assurant qu'il n'y a pas de redoublement inutile de tests ou d'omission dans les soins. Les données probantes montrent que les équipes hautement performantes peuvent améliorer la continuité des soins¹⁹. La révision d'un sondage effectué auprès des patients a révélé que la plupart des patients qui ont bénéficié d'une continuité des soins avaient aussi une étroite relation avec un médecin de famille ou une équipe de soins²⁰. Par exemple, les patients qui avaient accès à des infirmières ou infirmiers praticiens et à des adjoints aux médecins, en plus de leur propre médecin de famille, ont rapporté une meilleure continuité des soins²¹.

L'amélioration de la prise en charge des soins chroniques

Comme un plus grand nombre de patients souffrent de multiples maladies chroniques, les équipes de soins peuvent jouer un rôle essentiel dans l'amélioration des résultats cliniques chez ces patients. Les patients dont les maladies chroniques sont bien gérées sont beaucoup plus susceptibles d'avoir accès à des équipes de soins de santé, en plus de leur propre médecin de famille²². Les membres des équipes de soins peuvent aider à planifier, offrir du counseling et effectuer le suivi auprès des patients. Dans l'ensemble, une équipe de soins permet d'améliorer la santé et le bien-être des patients atteints de maladies chroniques, atténue les facteurs de risque et compense les coûts dans d'autres secteurs des services de santé, particulièrement aux soins d'urgence¹⁴.

Voir le Guide Conseil pratique *Prise en charge des maladies chroniques dans un centre de médecine de famille* pour de plus amples renseignements sur la prise en charge des maladies chroniques dans le contexte d'une pratique de médecine familiale.

LES OBSTACLES POTENTIELS

Une meilleure compréhension des obstacles potentiels à la formation d'équipes nous permet de trouver des solutions.

Les modèles de financement

On a déterminé que les modèles de financement et d'incitation financière constituaient un obstacle important à la pratique interdisciplinaire des soins primaires. Quand un membre de l'équipe — souvent un médecin — reçoit du financement pour offrir des services de soins primaires, il pourrait être moins porté à partager la prestation de services ou les responsabilités décisionnelles avec d'autres membres de l'équipe¹⁴. Par exemple, un modèle de rémunération à l'acte pourrait être moins propice à la collaboration interprofessionnelle comparativement à des modèles de financement alternatifs, car souvent, ils récompensent seulement les services offerts directement par le médecin. Les centres de santé communautaires et les équipes Santé familiale offrent des modes alternatifs de pratiques de soins en équipes. Cependant, les modèles appuyés par le système ne constituent pas le seul mode utilisé pour mettre sur pied une équipe. Comme nous l'avons mentionné dans le cas de la Clinique Médicale Nepisiguit, les médecins rémunérés à l'acte réinvestissent une partie de l'argent qu'ils gagnent pour embaucher eux-mêmes des professionnels de la santé.

Crowfoot Village Family Practice (CVFP), une clinique dans la zone de Calgary des Services de santé de l'Alberta, a rapporté un meilleur accès aux soins. Le nombre moyen de patients inscrits (patients par médecin) à CVFP est de 1 700 patients, comparativement à 1 200 dans un modèle de rémunération à l'acte traditionnel.

La clinique touche un paiement mensuel pour chaque patient inscrit (en fonction de l'âge et du sexe). Selon la CVFP, le modèle de financement basé sur le patient a encouragé la prestation de soins en équipe, a augmenté l'accès aux soins et a favorisé des économies liées aux soins de courte durée.

La définition des rôles

Quand certains groupes possèdent des compétences communes ou qui se chevauchent, les attentes entourant les rôles de chacun des membres de la pratique peuvent devenir ambiguës. Par exemple, des travailleurs sociaux, des conseillers en santé mentale, ou des psychologues peuvent offrir du counseling en santé mentale en plus des médecins de famille. Un manque de clarté peut semer la confusion au sein de l'équipe, et appauvrir les soins offerts aux patients. Les rôles devraient être clairement définis pendant les phases de planification et de mise sur pied des équipes. Il est préférable d'effectuer cette étape au niveau de la pratique locale en fonction des besoins et des ressources de la communauté. Cette approche tient compte des changements qui surviennent au fil de la carrière d'un professionnel de la santé, y compris le perfectionnement des compétences, l'obtention de certifications et la poursuite d'intérêts professionnels²³. Il est important de donner le temps aux membres de l'équipe d'apprendre leur rôle au début de la mise en place des équipes de soins et après tout changement au sein de l'équipe.

Les relations entre les rôles

Si les membres de l'équipe perçoivent ou projettent une hiérarchie professionnelle artificielle, la collaboration et l'efficacité peuvent en souffrir. Tous doivent reconnaître que selon la personne responsable dans une situation donnée, les membres de l'équipe doivent être en mesure de comprendre les responsabilités de chacun et de qui ils relèvent afin d'assurer la qualité des soins et de réduire les risques médico-légaux²⁴. Bien que souvent, le médecin de famille assume une grande part de responsabilité dans la prise de décisions médicales, ce n'est pas toujours le cas dans d'autres domaines de soins²⁵.

L'élaboration et la mise en place d'un ensemble normalisé de politiques et procédures comportementales peuvent assurer que les attentes sont bien comprises par les différents membres de l'équipe. Il est important de s'assurer que les politiques sont cohérentes, qu'elles sont appliquées de façon uniforme, et qu'elles ne traduisent aucun favoritisme envers des rôles particuliers. Le fait d'encourager des interactions informelles ou formelles au

sein du groupe peut aussi favoriser la collaboration entre des rôles perçus comme hiérarchiques, et éliminer un éventuel cloisonnement.

Le manque d'efficacité dans les communications

Quand les professionnels de la santé ne communiquent pas efficacement, la dynamique de l'équipe est affectée et les soins aux patients sont compromis. Des erreurs médicales peuvent se produire si des renseignements essentiels ne sont pas transmis, une information est mal interprétée, les prochaines étapes ne sont pas claires, ou des changements dans l'état d'un patient passent inaperçus. Une communication efficace est essentielle pour assurer la prestation de soins continus, coordonnés, cohérents et axés sur le patient.

LES STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE

La combinaison des compétences et la taille de l'équipe

Il n'existe pas de modèle universel pour déterminer quelle combinaison de professionnels de la santé est idéale pour l'équipe de la pratique. La composition de l'équipe dépend des compétences professionnelles, des aptitudes et des expériences nécessaires pour répondre aux besoins de la population de patients²⁵. Ces besoins varient en fonction des caractéristiques des communautés; par exemple, la géographie, la culture, la langue, la démographie, la prévalence de certaines maladies. Les médecins de famille doivent cerner les lacunes dans la prestation des soins de santé au sein de leur milieu de pratique, et discuter avec d'autres professionnels de la santé afin de déterminer si l'ajout de leurs aptitudes à la pratique permettrait de répondre à ces besoins. Des données tirées des dossiers médicaux électroniques — ainsi que la rétroaction des patients, des membres de la communauté et des intervenants — peuvent fournir de l'information sur les défis en santé auxquels sont confrontés les patients de la communauté.

Il est important de considérer la taille de l'équipe, qui dépend de divers facteurs, notamment :

- La taille de la population de patients et les besoins en matière de soins de santé
- Les heures d'accès pour les patients
- Le nombre d'heures de travail de chaque médecin
- Les rôles et le nombre de professionnels de la santé autres que des médecins
- Les fonds disponibles²⁵

La North Perth Family Health Team (NPFHT) à Listowel, en Ontario, est composée de 22 professionnels de la santé, dont des médecins de famille, du personnel infirmier et des diététistes. La communauté rurale affiche une prévalence élevée de maladies chroniques, comme le diabète, la maladie cardiaque et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). La NPFHT offre un programme complet pour la gestion du diabète qui permet d'éduquer les patients sur la gestion de leur maladie. Elle a aussi un programme de MPOC qui offre du soutien à toutes les étapes du plan de traitement, notamment pour le diagnostic, l'éducation sur la médication et des conseils sur le mode de vie.

Une plus grande équipe n'est pas nécessairement la meilleure option. Une équipe trop large peut être moins efficace qu'une plus petite équipe et la communication peut être plus difficile²⁶. Par contre, de plus petites équipes peuvent limiter l'accessibilité, ainsi que la continuité et la qualité des soins, et transférer le fardeau à d'autres secteurs du système de soins de santé (p. ex., soins aigus)²⁵.

La composition de l'équipe et la combinaison des compétences dépend du nombre de patients inscrits à la pratique et de leurs besoins, notamment de la santé de cette population et des approches de prévention appliquées dans le cadre des soins²⁷. L'emplacement géographique de la pratique et le statut socioéconomique des patients influencent le nombre de patients inscrits et le type de services offerts. Habituellement, les pratiques en milieux ruraux offrent plus de services que les pratiques urbaines²⁸. Les plus grandes pratiques peuvent aussi offrir plus de services, et des recommandations vers d'autres services plus efficacement. On a démontré que les équipes de soins primaires qui travaillent auprès de communautés démunies sont plus sollicitées en raison des

effets des déterminants sociaux de la santé. Ces patients consultent plus fréquemment, appellent plus souvent la nuit et se disent en moins bonne santé²⁹. Le Guide Conseil pratique [sur le nombre de patients inscrits](#) couvre le sujet plus en détail, notamment en ce qui concerne les approches, les facteurs qui ont une incidence sur le nombre de patients inscrits et les mesures pour évaluer le rendement.

Les pratiques devraient évaluer les ressources existantes à l'intérieur ou à l'extérieur de leur communauté pour déterminer si une plus grande collaboration est nécessaire. L'évaluation des besoins et l'amélioration de la qualité devraient constituer un processus continu et itératif afin de s'assurer que la pratique répond aux besoins changeants de la communauté.

Soins centrés sur le patient : « Rien sur moi sans moi »

Les équipes de soins de santé devraient travailler ensemble pour se fixer des buts communs qui reflètent les priorités des patients et des familles, et qui peuvent être clairement articulés, compris et appuyés par tous les membres. Il existe un lien entre les équipes dont l'approche est plus centrée sur le patient et une meilleure continuité des soins, et une plus grande satisfaction des patients et des professionnels de la santé¹. Offrir des soins continus axés sur les besoins de la communauté et des patients individuels est un aspect essentiel de l'expertise des médecins de famille et devrait être souligné aux autres membres de l'équipe et partagé avec eux.

Les patients peuvent aussi contribuer aux procédures et politiques de la pratique. Ils peuvent jouer un rôle dans l'établissement de l'orientation et la vision du modèle de prestation de soins. Demandez aux patients de vous faire part de leurs réflexions sur les sujets suivants :

- Les autres professionnels de la santé qui pourraient constituer des atouts pour la pratique.
- Les besoins en matière de services qui nécessitent une aide supplémentaire (p. ex., un programme pour les patients diabétiques).
- Les modes de partage d'information en santé et si les professionnels de la santé dans la pratique ont de bons rapports.
- Des commentaires sur la planification et la prestation des soins en équipe; ceci peut être aussi simple que de mettre une boîte de commentaires dans la salle d'attente, ou de créer un comité consultatif de patients comme celui qui a été mis sur pied à la clinique de médecine familiale de l'Université Memorial de Terre-Neuve.

Les relations entre les membres de l'équipe

Une bonne dynamique d'équipe encourage la collaboration ouverte et inclusive. Comme dans toutes équipes, il est important que les membres aient une vision commune. Les professionnels de la santé devraient travailler ensemble pour assurer que chaque patient reçoit les soins les plus complets possible. Ceci signifie que bien que les membres de l'équipe travaillent de façon interdépendante, ils devraient aussi reconnaître les contributions uniques que les autres membres apportent à l'équipe.

La communication est un élément clé pour renforcer les relations entre les membres de l'équipe. Non seulement elle aide à communiquer les responsabilités au sein de l'équipe, mais elle permet aussi de définir la culture de la pratique¹⁹ et de réduire le dédoublement inutile de services³⁰. Le fait d'avoir des lignes de communication ouvertes et claires crée une communauté motivante, confiante, transparente et respectueuse. Une bonne dynamique d'équipe sème la confiance au sein de l'équipe, un prérequis essentiel à une culture de pratique positive et à une communication ouverte.

Les membres de l'équipe qui ont une bonne écoute et qui respectent les différences d'opinions disent avoir plus d'interactions positives¹¹. Prévoir des réunions d'équipe ou des caucus quotidiens peut s'avérer une très bonne façon d'améliorer la communication et de resserrer les liens au sein de l'équipe. Ces réunions peuvent être une façon productive de parler de prestation de programmes, de planification et de coordination des soins ou de tout autre problème lié aux soins des patients dont l'équipe doit discuter³¹. Des séances de formation, des réunions ou des caucus réguliers du personnel, une utilisation judicieuse de la technologie et la colocation des membres de l'équipe sont toutes des solutions aux obstacles individuels et collectifs dans la pratique qui favorisent une

collaboration interprofessionnelle efficace³². Tenir des réunions régulières n'est qu'une des façons d'améliorer la communication. Les réunions devraient être organisées de sorte qu'elles n'imposent pas une charge excessive au personnel déjà occupé. De plus, le type de communication qui fonctionne le mieux peut différer d'une équipe à l'autre et en fonction des besoins/préférences des membres.

La technologie

Les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) facilitent la communication et l'échange d'information entre les membres de l'équipe. Les médecins indiquent qu'il est plus facile pour eux de partager les renseignements sur les patients avec les membres de leur équipe, qu'ils soient sur les lieux ou qu'ils travaillent à distance, quand ils ont accès à des notes complètes, lisibles et précises sur les antécédents des patients³³. Par exemple, une pratique multidisciplinaire à Prince George, en Colombie-Britannique, utilise les DMÉ comme outil de communication pour leurs réunions d'équipe hebdomadaires, afin que tous les membres de l'équipe puissent voir le dossier pendant qu'ils discutent des plans de traitement.

Les dossiers tenus par les patients, comme l'initiative [MyHealthNS](#) en Nouvelle-Écosse, leur donnent un accès direct à leurs renseignements personnels, y compris aux tests de laboratoire et aux images diagnostiques. Ces plateformes peuvent permettre une communication électronique entre les patients et les membres de l'équipe de soins.

La technologie permet aussi aux patients et aux médecins d'être reliés à des cliniciens d'autres disciplines qui ne travaillent pas au même endroit ou dans la même organisation. Si possible, une pratique peut songer à intégrer des programmes externes et travailler avec ces derniers dans le cadre d'une équipe virtuelle. Dans les régions éloignées, la communication électronique est essentielle au partage d'information et même à la prestation de soins à distance aux patients.



Une communication efficace et l'intégration de DMÉ sont des déterminants importants de la collaboration interprofessionnelle et de la création de relations d'équipe efficaces¹³. Ce type d'intégration harmonieuse améliore la communication entre les professionnels de la santé, entraîne moins de contradiction dans les avis des professionnels de la santé et facilite le transfert des données entre les professionnels de la santé¹³.

Le Guide Conseil pratique *L'adoption des DMÉ dans les centres de médecine de famille* contient de l'information sur la façon d'adopter les DMÉ et leurs avantages pour les membres de l'équipe et les patients.

Le travail d'équipe

L'efficacité de l'équipe peut être perçue différemment selon les points de vue. Par exemple, les patients peuvent évaluer l'efficacité d'une équipe en fonction des services reçus, tandis que les membres de l'équipe peuvent mettre davantage l'accent sur la satisfaction professionnelle et l'atteinte d'objectifs communs au sein de l'équipe. Au niveau de la pratique, l'efficacité de l'équipe peut être davantage axée sur l'efficacité et le rendement financier. Ces perspectives divergentes soulignent l'importance d'avoir des objectifs bien définis et des indicateurs qui permettent de mesurer l'efficacité de l'équipe. L'outil appelé « inventaire de climat d'équipe » (I.C.É.) permet aux équipes et aux cliniques d'évaluer le fonctionnement de l'équipe selon quatre volets : la vision, la participation ouverte, la focalisation sur les tâches et le soutien à l'innovation³⁴.

Pour s'assurer que les efforts à l'échelle de la pratique visant à offrir des soins en équipe ont l'effet désiré, les pratiques devraient discuter de façons de définir et de mesurer le succès, puis intégrer les leçons apprises dans la prestation continue des soins. Les pratiques devraient définir des objectifs en ce qui a trait à la prestation en équipe de soins axés sur le patient et en faire le suivi. Les mesures peuvent permettre d'examiner non seulement l'efficacité quantitative d'une pratique, mais aussi l'efficacité qualitative – c'est-à-dire, la qualité des relations entre les membres de l'équipe. Les pratiques peuvent aussi adopter une perspective axée sur le patient en leur donnant l'occasion de soumettre leurs commentaires sur leurs interactions avec l'équipe de soins, en entamant une brève conversation ou en leur remettant un court questionnaire à la fin des visites. L'Annexe B contient une liste de ressources qui fournissent des conseils sur la façon d'utiliser la rétroaction des patients pour améliorer leur expérience dans une pratique.

LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS UNE ÉQUIPE COLLABORATIVE

Les membres d'une équipe multidisciplinaire et collaborative travaillent en étroite collaboration, et les services qu'ils offrent respectivement sont souvent complémentaires. Il est important de comprendre le rôle spécifique de chacun, et la façon dont un patient peut bénéficier de différents services. En ayant accès au professionnel de la santé qui sera le mieux en mesure de répondre à ses besoins, le patient ne perd pas de temps et reçoit des soins de qualité.

Le CMFC tient à reconnaître la contribution des organisations suivantes dans la création des descriptions des rôles des professionnels de la santé.

Soulignons d'emblée qu'il s'agit de descriptions générales d'une profession; les personnes au sein de la profession possèdent diverses aptitudes en fonction de leurs expériences et compétences individuelles. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. La composition des équipes interprofessionnelles devrait, avant tout, être déterminée par les besoins de la communauté desservie par la pratique.

Les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers praticiens

CANADIAN
NURSES
ASSOCIATION



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU CANADA

Les infirmières et les infirmiers autorisés (IA) et les infirmières et les infirmiers praticiens (IP) jouent un rôle essentiel dans le succès d'une équipe de soins primaires collaborative. Ils travaillent au sein de l'équipe pour promouvoir la santé pendant toute la durée de la vie du patient avec comme objectif d'améliorer les résultats en santé et de faciliter l'accès aux services. Les IP sont des IA qui ont reçu plus de formation et qui possèdent plus d'expérience en soins infirmiers; ils peuvent donc travailler de façon autonome et collaborative pour offrir des soins complets et globaux dans le milieu des soins primaires.

En fonction des besoins d'une pratique ou d'une communauté, les IA et les IP contribuent une expertise au domaine de pratique pour améliorer les soins aux patients qui ont besoin de soins spécialisés, comme des soins palliatifs en fin de vie, la gestion d'une maladie chronique (p. ex., le diabète) ou des soins de périnatalité.

Les responsabilités des IA comprennent :

- La promotion de la santé, la prévention et la prise en charge des maladies, la coordination, l'éducation, les soins directs aux patients et les évaluations de la santé pour les patients et les familles tout au long du continuum des soins.
- La collaboration avec d'autres services communautaires et les références vers ceux-ci (p. ex, la santé publique, les soins à domicile, les groupes communautaires).
- La surveillance et les contributions à des cliniques/centres offrant des soins de haute qualité (p. ex., le contrôle des infections, la préparation aux situations d'urgence, etc.).
- La coordination des activités de promotion de la santé dans la communauté.
- La coordination des cliniques spécialisées/de l'éducation/de la recherche/de l'administration/de l'amélioration de la qualité.

Les responsabilités des IP comprennent toutes celles mentionnées précédemment, en plus de pouvoir poser les gestes suivants de façon autonome,[†] en consultant au besoin avec un spécialiste pertinent :

- Diagnostiquer et traiter des maladies.
- Demander et interpréter des tests.
- Prescrire des médicaments.
- Effectuer des procédures médicales.
- Admettre des patients et leur donner leur congé.
- Effectuer l'examen physique complet et l'évaluation en santé mentale.
- Orienter les patients vers des spécialistes.



[†]Les lois provinciales imposent diverses restrictions sur la portée de ces activités. Voir des renseignements détaillés sur les champs de pratique des IP dans chaque province.

Les diététistes



On estime que 20 à 25 pour cent de toutes les visites au cabinet d'un médecin de famille sont associées à des troubles liés à l'alimentation³⁵. Les diététistes peuvent offrir un précieux soutien au sein d'une équipe sur les questions comme la nutrition maternelle et infantile, la croissance et le développement optimaux, et la détection précoce des problèmes de nutrition. Les diététistes travaillent avec les patients pour créer des plans nutritionnels qui favorisent de saines habitudes alimentaires et une alimentation équilibrée. Ils offrent aussi des services de santé liés à la nutrition, comme la nutrition prénatale, la gestion des taux de cholestérol, la gestion du diabète, la gestion du poids, les troubles gastro-intestinaux et l'amélioration du niveau d'énergie quotidien.

Il y a plusieurs choses que les diététistes peuvent faire pour régler un problème lié à l'alimentation — des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que des traitements spécialisés pour la nutrition et des stratégies de rééducation alimentaire.

Les responsabilités des diététistes comprennent :

- Le counseling et le soutien des clients pour changer leurs habitudes alimentaires afin de promouvoir la santé et de prévenir les maladies chroniques (p. ex., une tension artérielle élevée, le diabète, la maladie cardiaque).
- Élaborer et mettre en œuvre des plans pour les personnes, les groupes et les communautés en fonction d'une évaluation complète des besoins; surveiller le progrès, fournir un soutien continu et évaluer les résultats.
- Appliquer leurs connaissances des déterminants de la santé et collaborer avec les communautés, les groupes ou les clients individuels pour planifier et mettre en œuvre des programmes.

Le Hamilton Service Organization Nutrition Program intègre des diététistes dans les cabinets des médecins de famille. Le programme est basé sur un modèle de soins partagés : les diététistes et les médecins de famille travaillent ensemble pour offrir des soins aux patients, en fournissant chacun des services en fonction de leurs compétences et des besoins des patients.

Un diététiste visite chaque pratique participante régulièrement. Chaque médecin reçoit environ 10 heures de services de consultation en nutrition par mois. Par exemple, dans une pratique de quatre médecins, un diététiste serait présent deux jours par semaine.

Le programme est financé par une subvention provenant du programme supplémentaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario qui verse au financement par capitation reçu par les pratiques. Les médecins participants travaillent dans des pratiques de médecine familiale inscrites.

Les psychologues



Les psychologues qui travaillent au sein d'une pratique de médecine familiale évaluent, posent des diagnostics et traitent les troubles mentaux et comportementaux. Les patients sont habituellement orientés par le médecin de famille de l'équipe ou l'infirmière ou infirmier praticien. Les services directs incluent l'évaluation et l'intervention pour une vaste gamme de troubles, notamment la dépression, l'anxiété, le stress, la douleur chronique, les dépendances, la démence, et les troubles d'apprentissage et du développement.

Les psychologues aident aussi les patients à prendre les décisions en fin de vie et à évaluer la capacité des patients à donner leur consentement libre et éclairé à une assistance médicale à mourir.

Le travail des psychologues peut aussi être indirect, par exemple, des consultations avec les membres de l'équipe sur des enjeux et problèmes précis, ainsi que la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions, de programmes ou de résultats pour les patients.

S'assurer d'une bonne communication : les psychologues traitent les problèmes continus, ou qui ont besoin d'un certain temps pour se résoudre (habituellement entre 10 et 20 séances). Il est important pour les résultats sur la santé des patients que les professionnels de la santé assurent que les différents objectifs de traitement se complètent au lieu d'aller à contresens.

Les responsabilités des psychologues comprennent :

- Effectuer l'évaluation des besoins de la population de patients de la pratique.
- Concevoir et évaluer les programmes de santé mentale fondés sur des données probantes pour répondre à ces besoins.
- Planifier et superviser la prestation de services en santé mentale par d'autres membres de l'équipe.
- Identifier et prendre en charge les troubles psychologiques qui peuvent décourager les patients à apporter les changements nécessaires à leur état de santé; cela peut aider les patients à prendre leurs médicaments ou à observer d'autres protocoles de traitement et à mieux gérer leurs maladies physiques chroniques.
- Aider la famille d'un patient à gérer les exigences et la fatigue associées au rôle de soignants.

Les travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux se spécialisent dans les facteurs biopsychosociaux qui touchent les personnes, les familles et les systèmes de soutien.

Ils peuvent examiner la complexité d'une situation et aider les patients à comprendre les plans de soins, les traitements et les services requis dans leur propre contexte. Les travailleurs sociaux aident les personnes à réintégrer leurs familles, leurs communautés et la société après avoir été isolées pour des raisons médicales, tout en mettant l'accent sur les interventions qui favorisent le bien-être de toutes les personnes concernées.

Les travailleurs sociaux qui font partie d'une équipe de soins jouent un rôle essentiel dans le système des soins de santé primaires en aidant les patients à accéder aux programmes sociaux, à prendre activement part à leurs propres soins de santé et à comprendre les facteurs externes qui influencent la santé des personnes et de la communauté. Ils peuvent aussi offrir de l'éducation sur des sujets comme la violence familiale, les dépendances, la santé mentale et le vieillissement. En travaillant avec les déterminants de la santé, les travailleurs sociaux font les liens nécessaires entre les sphères physique, sociale, émotionnelle et économique de la santé³⁶.

Les responsabilités des travailleurs sociaux comprennent :

- Évaluer les problèmes sociaux en obtenant les antécédents du patient et les renseignements généraux.
- Apporter à l'équipe de soins leurs connaissances sur les dynamiques familiales, le fonctionnement familial, les attitudes envers les autres et les comportements interpersonnels.
- Fournir de l'information sur la capacité du patient et du soignant à interpréter et à comprendre les recommandations de l'équipe et les soins prescrits.
- Fournir du counseling individuel, familial, de groupe et aux soignants.
- Aider les patients et les soignants à comprendre le système de santé et à accéder aux services dont ils ont besoin.



Les communautés ayant un taux élevé de chômage peuvent bénéficier de l'aide des travailleurs sociaux, étant donné qu'ils sont formés comme conseillers en emploi. Le travailleur social de la clinique de la *Central Interior Native Health* priorise les besoins sociaux comme l'aide au revenu, le plaidoyer, le logement, la situation économique et les besoins en matière de transport. Ils travaillent avec l'équipe de soins afin de plaider pour les intérêts des patients, de coordonner et d'organiser des conférences; ils sont proactifs face aux enjeux liés aux déterminants sociaux de la santé.

Les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) de la clinique sont aussi dotés d'une fonction « antécédents sociaux » utilisée par les travailleurs sociaux, les intervenants en toxicomanie et le travailleur de soutien autochtone. Cette fonction aide aussi les médecins et le personnel infirmier à mieux comprendre comment les divers facteurs sociaux contribuent à l'état de santé global du patient.



Les adjoints au médecin



Les adjoints au médecin travaillent avec les médecins pour aider à améliorer l'accès à des soins de qualité. Ces personnes sont formées en tant que généralistes; elles possèdent donc un large champ de pratique. Leur rôle au sein d'une équipe de soins est basé sur l'autonomie négociée entre l'adjoint au médecin et son(ses) médecin(s) superviseur(s) compte tenu de l'expérience de l'adjoint au médecin et de la formation qu'il a reçue dans le champ de pratique du médecin.

Quand un médecin embauche un adjoint, il est important de comprendre ses capacités et le type de supervision dont il aura besoin. Bien que l'adjoint au médecin puisse travailler en collaboration avec plusieurs médecins, il doit y avoir un médecin responsable de la supervision.

La supervision peut se faire à distance; toutefois, les médecins doivent être disponibles pour les adjoints. Les adjoints au médecin peuvent voir les patients indépendamment du médecin. Cependant, il est important que l'adjoint au médecin comprenne bien le champ de pratique : le médecin doit le lui expliquer clairement, ainsi qu'aux autres professionnels dans la pratique.

Les responsabilités de l'adjoint au médecin comprennent :

- Mener des entrevues avec les patients, inscrire les antécédents médicaux et effectuer les examens physiques.
- Diagnostiquer et traiter les maladies.
- Demander et interpréter les tests diagnostiques.
- Développer des plans de traitement, et effectuer du counseling sur les soins de santé préventifs.

Les autres professionnels de la santé

Comme nous l'avons mentionné, ce guide n'a pas comme objectif de dresser une liste complète de tous les professionnels de la santé pouvant faire partie d'une pratique de soins primaires. Selon une révision du Sondage national des médecins, les spécialisations en santé nommées jusqu'à maintenant se retrouvent dans un grand nombre de pratiques de médecine familiale partout au Canada³⁷. Cependant, en fonction des besoins de la pratique, il pourrait être préférable d'intégrer d'autres professionnels de la santé afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients, notamment :

- Les **physiothérapeutes** prennent en charge les troubles aigus et chroniques, les contraintes d'activités et les restrictions de participation. Ils aident aussi à la rééducation suivant une blessure et à réduire les effets d'une maladie ou d'un handicap par des programmes d'exercices thérapeutiques et d'autres interventions.
- Les **ergothérapeutes** permettent à des personnes, des groupes et des communautés de déterminer et d'atteindre le potentiel recherché dans leur vie quotidienne au travail. Les ergothérapeutes travaillent avec les patients pour voir comment prévenir ou surmonter les obstacles dans leur vie.
- Les **chiropraticiens** évaluent, diagnostiquent et prennent en charge les troubles musculosquelettiques à l'aide de traitements manuels non invasifs et non pharmacologiques, comme la manipulation et la mobilisation des articulations, ainsi que par d'autres moyens, accompagnés de recommandations d'exercices et de réadaptation.
- Les **pharmaciens** fournissent des pharmacothérapies optimales en collaboration avec les patients, les soignants et les autres professionnels de la santé. Ils déterminent les problèmes liés à l'usage de certains médicaments, sont responsables des décisions liées à la médication et surveillent les résultats pour les patients³⁸.
- Les **orthophonistes** identifient, diagnostiquent et traitent les troubles de communication et de déglutition. Les **audiologistes** identifient, diagnostiquent et s'occupent des personnes présentant des troubles de communication, comme une perte d'audition périphérique ou centrale, des acouphènes, et des troubles vestibulaires et de l'équilibre.

Ces listes ne sont pas exhaustives. Chaque médecin de famille doit identifier les besoins propres à sa situation, et mettre sur pied une équipe de professionnels de la santé qui lui permettra de répondre à ces besoins. Les facteurs comme la disponibilité des ressources humaines en santé, les besoins en matière d'accès aux soins et le financement offert ne sont que quelques éléments qui permettent de déterminer s'il est possible d'ajouter une personne à l'équipe. Il est important de noter qu'il n'est pas toujours nécessaire d'embaucher un professionnel de la santé à temps plein. Par exemple, une pratique peut embaucher une diététiste pour quelques journées pendant lesquelles il y aura un programme d'éducation sur le diabète et où elle pourra voir des patients. Les pratiques peuvent aussi accueillir d'autres professionnels de la santé, comme des autorités sanitaires locales, pour offrir des soins aux patients sur place. Les pratiques devraient s'informer sur les ressources offertes dans leur communauté, et dans quels domaines ils peuvent s'améliorer pour mieux répondre aux besoins des patients.

CONCLUSION

Les équipes interprofessionnelles peuvent appuyer les fondements d'un système de soins de santé primaire solide dans un milieu où les défis sont de plus en plus complexes. En offrant aux patients une gamme complète de services qui répondent le mieux à leurs besoins, les équipes peuvent améliorer l'accès aux soins, entraîner une meilleure satisfaction pour les patients et les professionnels de la santé, ainsi qu'une utilisation judicieuse des ressources. Bien qu'il y ait actuellement plusieurs systèmes en place qui soutiennent la création d'équipes de soins de santé, les pratiques peuvent aussi mettre une équipe en place elles-mêmes. Pour garantir le succès de l'équipe, peu importe le type de pratique, les professionnels de la santé doivent bien comprendre les responsabilités des différents rôles, et s'assurer que les outils sont en place pour favoriser une communication et un dialogue ouverts. Les équipes dans un CMF sont appuyées par un modèle flexible qui s'adapte à chaque situation. Les équipes constituent un élément clé du CMF au cœur du concept de soins complets, globaux et continus, axés sur le patient et offerts en temps opportun.





Annexe A: Principes directeurs

Vous trouverez ci-dessous les principes directeurs du But 3 du document *Une vision pour le Canada La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine de famille*:

- 3.1 Un Centre de médecine de famille peut regrouper un ou plusieurs médecins de famille, chacun ayant sa propre liste de patients.
- 3.2 Les médecins de famille ayant des compétences ou des intérêts particuliers, de même que d'autres spécialistes, devraient faire partie de l'équipe ou du réseau du Centre de médecine de famille et collaborer avec le médecin de famille du patient afin de fournir un accès rapide à une vaste gamme de services de soins de première ligne et de consultation.
- 3.3 Chaque Centre de médecine de famille devrait encourager et appuyer les modèles de soins partagés sur place qui favorisent l'accès rapide aux consultations et la continuité des soins.
- 3.4 La composition des équipes ou des réseaux de professionnels et de prestataires de soins de santé des Centres de médecine de famille peut varier d'un établissement ou d'une collectivité à l'autre.
- 3.5 L'affectation de chacun des membres de l'équipe du Centre de médecine de famille devrait être souple et tenir compte des besoins et des réalités des collectivités desservies; les membres de l'équipe peuvent travailler sur place ou au sein de réseaux physiques ou virtuels répartis dans la collectivité locale ou dans les collectivités éloignées — dans le cas de nombreuses régions rurales et isolées.
- 3.6 Le médecin de famille et l'infirmière du patient devraient constituer le noyau central de la plupart des équipes ou réseaux d'un Centre de médecine de famille et ils devraient être épaulés, au besoin, par d'autres professionnels, notamment les adjoints au médecin, les pharmaciens, les psychologues, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les diététiciens.
- 3.7 Les médecins, le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe du Centre de médecine de famille devraient être encouragés à tisser et à entretenir des liens professionnels avec les patients; chaque membre du personnel soignant devrait être présenté aux patients comme un membre à part entière de son équipe personnelle.
- 3.8 Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé qui offrent des services au sein d'une équipe d'un Centre de médecine de famille devraient respecter le cadre de leur pratique professionnelle et de leurs propres compétences. Leur tâche, qui consiste à dispenser des soins épisodiques et continus, appuie et complète le rôle du médecin de famille, sans pour autant le remplacer.
- 3.9 Les rôles et responsabilités des membres de l'équipe de chaque Centre de médecine de famille devraient être clairement définis. Les rôles de leadership et de soutien attribués aux divers membres de l'équipe relativement aux responsabilités cliniques, administratives et de gouvernance nécessaires au bon fonctionnement du Centre varient d'un service à l'autre et d'un cabinet à l'autre. Ces rôles devraient donc être déterminés au cas par cas.
- 3.10 Le soutien apporté au système de santé, y compris le financement adéquat, devrait être offert à tous les membres de l'équipe professionnelle de chaque Centre de médecine de famille.
- 3.11 Chaque prestataire de soins et/ou membre de l'équipe professionnelle doit souscrire une assurance responsabilité civile adéquate.
- 3.12 Des études continues visant à évaluer l'efficacité des équipes de médecine familiale/soins de première ligne devraient être menées dans les Centres de médecine de famille.



Annexe B: Rétroaction des patients

Les outils suivants vous aideront à utiliser les commentaires des patients afin d'améliorer leur expérience lorsqu'ils se présentent à votre pratique.

- Le guide *Using patient feedback* du *Picker Institute* fournit de l'information sur des sujets comme : Qu'est-ce que la rétroaction des patients et comment l'obtenir? Comment interpréter les résultats de sondage et partager les commentaires? Comment créer un plan d'action et faire participer les intervenants clés?
- Le *Staff Guide—Using patient feedback to improve healthcare services* du *Health Service Executive* aide les prestataires de services à recueillir, comprendre, analyser et utiliser de façon efficace la rétroaction des utilisateurs de services. Il souligne l'importance de faire en sorte que la participation des patients soient significative et intégrée à chaque service.
- L'article *Evaluation and measurement of patient experience* publié dans le *Patient Experience Journal* fournit un aperçu de diverses méthodes permettant d'obtenir la rétroaction des patients.



Annexe C: Ressources

Vous trouverez ci-dessous une liste des sites Web[†] mentionnés dans ce guide, dans l'ordre dans lequel ils apparaissent.

- Le Centre de médecine de famille — <http://centremedecinedefamille.ca>
- Guide Conseil pratique *Les communautés de pratique dans le Centre de médecine de famille* — <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/best-advice-guide-communities-practice-patients-medical-home/>
- Alberta Primary Care Networks — www.health.alberta.ca/services/primary-care-networks.html
- Collaborative Emergency Centres — <https://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/primary-health-care/collaborative-emergency-centres>, <http://novascotia.ca/dhw/primaryhealthcare/CEC.asp>
- Réseaux de soins de santé primaires — <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/public/myhts/index.fr.html>

[†]Toutes les adresses des sites Web étaient valides en mai 2017.

- Équipe Santé familiale — <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/fht/default.aspx>
- Groupe de médecine de famille — <http://www.sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/groupe-de-medecine-de-famille-gmf/>
- Unités de prestation de soins de santé des Forces armées canadiennes — <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-bases-ailes-usfc-ottawa/renseignements-gen-sante.page>
- Clinique Médicale Nepisiguit — <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/autres-professionnels-de-la-sante/patients-medical-home-takes-team-2/>
- Guide Conseil pratique *Prise en charge des maladies chroniques dans un centre de médecine de famille* — <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-dans-un-centre-de-medecine-de-famille/>
- Guide Conseil pratique sur le nombre de patients inscrits — <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/cmf-conseil-pratique-sur-le-nombre-de-patients-inscrits/>
- MyHealthNS — <https://myhealthns.ca/fr/>
- Guide Conseil pratique *Mise en place d'un système de DMÉ* — <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/cmf-conseil-pratique-sur-le-nombre-de-patients-inscrits/>
- *Une vision pour le Canada La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine de famille* — <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/document-de-vision/document-de-vision-sur-le-cmf/>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada — <https://www.cna-aiic.ca/fr>
- Les diététistes du Canada — <https://www.dietitians.ca/>
- Société canadienne de psychologie — <http://www.cpa.ca/fr/>
- Association canadienne des travailleurs sociaux — <http://www.casw-acts.ca/fr>
- Association canadienne des adjoints au médecin — <https://capa-acam.ca/fr/>
- Association canadienne de physiothérapie — <https://physiotherapy.ca/fr>
- Association canadienne des ergothérapeutes — http://www.caot.ca/?language=fr_FR&nav=home
- Association chiropratique canadienne — <https://www.chiropractic.ca/fr/>
- Association canadienne des pharmaciens — www.pharmacists.ca
- Orthophonie et Audiologie Canada — www.sac-oac.ca
- Picker Institute *Using patient feedback* — www.nhssurveys.org/Filestore/documents/QIFull.pdf
- Staff Guide: *Using patient feedback to improve healthcare services* du Health Service Executive— www.hse.ie/eng/services/yourhealthservice/hcharter/ask/feedbackstaffguide.pdf
- Article: Evaluation and measurement of patient experience publié dans le *Patient Experience Journal* — <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/5>



Références

1. Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, Ricciardi R, Burak H, McNellis R, et coll. *Creating Patient-centered Team-based Primary Care*. Rockville, MD: Mathematica Policy Research; 2015.
2. Grant R, Finocchio L, Pew Health Professions Commission, California Primary Care Consortium. *Interdisciplinary collaborative teams in primary care: a model curriculum and resource guide*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission, 1995.
3. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. Dans : *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, éd. Hughes RG. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
4. Alberta Health. *Primary Care Networks Review*. Edmonton, AB: gouvernement de l'Alberta. Publié à : www.health.alberta.ca/documents/PCN-Review-2016.pdf. Date de consultation : mai 2017.
5. Patient-Centered Primary Care Collaborative. Medical Neighbourhood. Publié à : www.pcpcc.org/content/medical-neighborhood. Date de consultation : mars 2017.
6. Taylor EF, Lake T, Nysenbaum J, Peterson G, Meyers D. *Coordinating Care in the Medical Neighborhood: Critical Components and Available Mechanisms*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. Publié à : <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/coordinating-care-in-the-medical-neighborhood-white-paper.pdf>. Date de consultation : mai 2017.
7. Le Collège des médecins de famille du Canada. Les quatre principes de la médecine familiale. Publié à : <http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/category.aspx?id=885&langType=3084>. Date de consultation : mai 2017.
8. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med*, 2009;7(4):293-9.
9. American Academy of Family Physicians. Family Medicine: Comprehensive Care for the Whole Person. Publié à : www.aafp.org/medical-school-residency/choosing-fm/model.html. Date de consultation : mai 2017.
10. Le Collège des médecins de famille du Canada. *L'accès en temps opportun aux soins dans les bureaux ou cliniques de médecine familiale*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Conseil pratique. Publié à : <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/cmf-conseil-pratique-sur-lacces-en-temps-opportun-aux-soins-dans-les-bureaux-ou-cliniques-de-medecine-familiale/>. Date de consultation : octobre 2016.
11. Virani T. Équipe de collaboration interprofessionnelle. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2012. Publié à : http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Virani-Interprofessional-FR.sflb.ashx. Date de consultation : août 2015.
12. Stalker CA. *How have physicians and patients at New Vision family health team experienced the shift to a family health team model? A pilot study: Final report*. Waterloo, ON: Lyle S. Hallman Faculty of Social Work; 2010.
13. Gocan S, La Plante MA, Woodend AK. Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature. *J Res Interprof Pract Educ*, 2014;3(3) Publié à : <http://jripe.org/jripe/index.php/journal/article/viewFile/131/84>. Date de consultation : mai 2017.
14. Dinh T, Stonebridge C, Theriault L. *Recommendations for Action: Getting the Most out of Interprofessional Primary Health Care Teams*. Ottawa, ON: Le Conference Board of Canada; 2014. Publié à : www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5988. Date de consultation : septembre 2016.
15. Khan S, McIntosh C, Sanmartin C, Watson D, Leeb K. *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2008. Publié à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2008002-fra.pdf>. mai 2017.
16. Mautner DB, Pang H, Brenner JC, Shea JA, Gross KS, Frasso R, et coll. Generating hypotheses about care needs of high utilizers: lessons from patient interviews. *Popul Health Manag* 2013;16(Suppl1):S26-33.
17. Dinh, T. *Why interdisciplinary health care teams are better for Canadians and the health system*. Conference Board of Canada. Publié à : www.conferenceboard.ca/economics/hot_eco_topics/default/14-03-13/why_interdisciplinary_health_care_teams_are_better_for_canadians_and_the_health_system.aspx. Date de consultation : mai 2017.
18. Dinh T, Bounajm F. *Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 3—Measuring the Missed Opportunity*. Ottawa, ON: Le Conference Board of Canada; 2013. Publié à : www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5479. Date de consultation : septembre 2016.
19. Task Force on Collaborative Practice. Executive Summary. Dans : *Collaboration in Practice: Implementing Team-Based Care*. Washington, DC: American College of Obstetrician and Gynecologists; 2016.
20. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Ann Fam Med* 2013;11(3):262-71.
21. Mittelstaedt TS, Mori M, Lambert WE, Saultz JW. Provider practice characteristics that promote interpersonal continuity. *J Am Board Fam Med* 2013;26(4):356-65.
22. Green BB. Caring for patients with multiple chronic conditions: balancing evidenced-based and patient-centered care. *J Am Board Fam Med* 2013;26(5):484-5.

23. Nelson S, Turnbull J, Bainbridge L, Caulfield T, Hudon G, Kendel D, et coll. *Optimizing Scopes of Practice: New Models for a New Health Care System*. Ottawa, ON: Académie canadienne des sciences de la santé; 2014.
24. L'Association canadienne de protection médicale. Les médecins et infirmières praticiennes : la collaboration entre professionnels de la santé autonomes. Publié à : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/physicians-and-nurse-practitioners-working-collaboratively-as-independent-health-professionals>. Date de consultation : mai 2017.
25. Dinh T. *Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 2—Barriers to Successful Interprofessional Teams*. Ottawa, ON: Le Conference Board of Canada; 2012. Publié à www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5181. Date de consultation : septembre 2016.
26. Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A, et coll. *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service*. Birmingham, England: Aston Centre for Health Service Organization Research; 2000.
27. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Le nombre de patients inscrits*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Conseil pratique. Publié à : <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/cmf-conseil-pratique-sur-le-nombre-de-patients-inscrits/>. Date de consultation : mai 2017.
28. Olatunde S, Leduc ER, Berkowitz J. Different practice patterns of rural and urban general practitioners are predicted by the General Practice Rurality Index. *Can J Rural Med* 2007;12(2):73-80.
29. Carlisle R, Avery AJ, Marsh P. Primary care teams work harder in deprived areas. *J Public Health Med* 2002;24(1):43-8.
30. Stewart BA, Fernandes S, Rodriguez-Huertas E, Landzberg M. A preliminary look at duplicate testing associated with lack of electronic health record interoperability for transferred patients. *J Am Med Inform Assoc* 2010;17(3):341-4.
31. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Progress of Ontario's Family Health Team model: a patient-centered medical home. *Ann Fam Med* 2011;9(2):165-71.
32. Dingley C, Daugherty K, Derieg MK, Persing R. Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. Dans : *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*, eds. Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. Publié à : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/.
33. Le Collège des médecins de famille du Canada. Les communautés de pratique dans le Centre de médecine de famille. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2016. Publié à : <http://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/best-advice-guide-communities-practice-patients-medical-home/>. Date de consultation : octobre 2016.
34. Anderson N.R., West M.A. 1998. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *J Organ Behav* 1998;19(3):235-58.
35. Royall D, Brauer P. *Moving Forward—Role of the Registered Dietitian in Primary Health Care: A National Perspective*. Toronto, ON: Les diététistes du Canada; 2009. Publié à : www.dietitians.ca/Downloads/Public/phc-position-paper.aspx. Date de consultation : mai 2017.
36. Association canadienne des travailleurs sociaux. Le travail social et les soins de santé primaires. Publié à : <http://www.casw-acts.ca/fr/le-travail-social-et-les-soins-de-sant%C3%A9-primaires>. Date de consultation : octobre 2016.
37. Sondage national des médecins. Q3ci Veuillez indiquer un maximum de trois [professionnels de la santé fournissant des services qui s'inscrivent dans votre domaine de spécialité] — Résultats pour les médecins de famille. 2013. Publié à : <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2013/10/2013-National-FR-Q3ci.pdf>. Date de consultation : octobre 2016.
38. Le Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie. *Plan directeur de la vision en pharmacie*. Ottawa, ON : Association des pharmaciens du Canada; 2008. Publié à : https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/pharmacy-in-canada/blueprint/The%20Vision%20for%20%20Pharmacy_French_Apr%201%2009.pdf. Date de consultation : mai 2017.