



Résumé

Équipes de soins primaires interprofessionnelles : Une revue de la littérature sur des pratiques internationales potentiellement exemplaires

Il est largement reconnu que des soins primaires hautement performants constituent l'assise d'un système de santé efficace et efficient. Les pays disposant d'un robuste secteur des soins primaires obtiennent des résultats de santé supérieurs, et ce, à moindres coûts. Au cours des vingt dernières années, les provinces et territoires du Canada ont mis en œuvre des initiatives de réforme visant à renforcer l'infrastructure des soins primaires et à instaurer des modèles de financement et de rémunération qui favorisent une amélioration du rendement. Malgré ces avancées, la performance du secteur des soins primaires est demeurée au pays inférieure à celle de nombreux autres pays à revenu élevé pour ce qui est de l'accès à un médecin habituel ou à un lieu habituel d'obtention des soins, de l'accès aux soins en temps opportun, de la mise en place d'équipes interprofessionnelles et de la communication entre les milieux de soins.

La mise en place d'équipes interprofessionnelles est l'une des principales caractéristiques des systèmes de soins primaires hautement performants. Au Canada, les modèles de prestation des soins en équipe adoptés par plusieurs provinces et territoires diffèrent considérablement les uns des

autres en ce qui concerne leur structure, les mécanismes de rémunération des médecins, les types de prestataires de soins primaires embauchés, les mécanismes de gouvernance, le financement du personnel de soins primaires, l'inscription des patients, l'éventail des services, la nature de la population qui reçoit les services et l'adoption d'une approche populationnelle pour la planification et la prestation des soins. Malgré d'importants investissements dans la mise sur pied d'équipes interprofessionnelles, peu de preuves démontrent que les modèles d'équipe actuels donnent systématiquement de meilleurs résultats au regard du quadruple objectif (améliorer la santé de la population, réduire les coûts des soins, améliorer l'expérience des patients et accroître la satisfaction des prestataires de soins). L'objectif de la présente étude était donc de recenser des pratiques internationales potentiellement exemplaires en lien avec les équipes interprofessionnelles de soins primaires*. Les conclusions ont été documentées par une rapide revue de la littérature grise et scientifique provenant de multiples bases de données.

La revue a identifié 28 pratiques potentiellement exemplaires. La majorité d'entre elles sont

* Par exemple, le réseau Oak Street Health (section 4.1) aux États-Unis est considéré comme une « pratique exemplaire ». Aux fins du présent document, le terme « pratique exemplaire » ne désigne pas les méthodes d'administration ou de fonctionnement les plus efficaces et efficientes au sein d'une clinique.

implantées aux États-Unis, et les autres en Suède, au Népal, à Singapour, à Hong Kong et en Australie. Ces pratiques incluent des centres de santé, des centres médicaux universitaires, des cabinets privés et des systèmes ou programmes intégrés de prestation des soins.

Pour déterminer les caractéristiques les plus communes aux pratiques potentiellement exemplaires, nous avons eu recours au référentiel d'Aggarwal et Hutchison sur les attributs des systèmes de soins primaires hautement performants et aux travaux de Bodenheimer sur les éléments de base des équipes hautement performantes. Les caractéristiques évaluées étaient les suivantes : leadership engagé, gouvernance organisationnelle, modèle de financement, affiliation des patients, technologies informatiques en santé, gestion de la santé de la population, coordination des soins, composition des équipes, champ de pratique élargi, services de soins complets et globaux, mesure du rendement, amélioration continue de la qualité, mobilisation des patients, accès rapide aux soins et continuité des soins.

Principaux constats

La revue a constaté qu'une caractéristique commune aux pratiques potentiellement exemplaires était leur volonté de dispenser des soins à **une variété de populations cibles**. Certaines ciblaient par exemple les populations à faibles revenus et non assurées, les adultes de 65 ans et plus, les anciens combattants ou les militaires, les enfants et les personnes ayant des problèmes de santé chroniques. En outre, plusieurs des équipes interprofessionnelles offraient **un éventail de services complets** qui pouvaient comprendre des soins préventifs, la prise en charge des maladies chroniques, des services et programmes axés sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que d'autres services, dont des soins dentaires, optométriques et orthopédiques ainsi que des soins de santé comportementale. De plus, de nombreuses équipes interprofessionnelles étaient composées d'un médecin, d'une infirmière ainsi que d'**au moins deux**

autres prestataires de différentes professions. Dans l'ensemble des pratiques, 50 rôles différents ont été recensés. Les plus représentés étaient les médecins de soins primaires, le personnel infirmier, les spécialistes en intégration comportementale ou les travailleurs sociaux et les pharmaciens. Dans certaines pratiques, les infirmières autorisées, les auxiliaires médicaux et/ou les gestionnaires de la liste des patients inscrits étaient autorisés à élargir leur champ de pratique et étaient appuyés dans cette démarche.

L'accès en temps opportun était également une caractéristique importante de nombreuses pratiques exemplaires. Divers mécanismes y étaient mis en place pour favoriser un tel accès, notamment des rendez-vous le jour même, le troisième rendez-vous disponible, une couverture après les heures régulières, l'accès en tout temps aux prestataires de soins, des visites à domicile, des services de télésanté (consultations par téléphone ou par vidéo), le suivi à distance, des lignes d'assistance téléphonique ou des lignes de triage téléphonique dotées d'infirmières, une messagerie sécurisée, une messagerie électronique, des politiques sur le nombre de patients à voir au cours d'une période donnée ou par jour ou l'utilisation d'outils de prévision pour évaluer la demande. Dans certaines pratiques, les patients étaient affiliés à un prestataire de soins pour faciliter la **continuité des soins**, et des plans de soins étaient élaborés pour inciter les patients à participer à leurs soins.

Certaines pratiques utilisaient **les dossiers médicaux ou de santé électroniques**. Les technologies informatiques en santé étaient utilisées à diverses fins, y compris pour la coordination des soins, la mesure du rendement guidée par les données, la gestion de la liste de patients et de la population ainsi que la gestion des consultations. Quelques-unes des pratiques exemplaires mentionnaient des initiatives de gestion du rendement et d'amélioration continue de la qualité. Certaines recueillaient par exemple **des données de mesure du rendement** à l'aide de divers mécanismes, comme des tableaux de bord et des cadres de mesure du rendement.

Quelques pratiques avaient entrepris une démarche d'**amélioration continue de la qualité** qui comportait la tenue de réunions d'équipe régulières, l'établissement de mesures et de cibles de rendement, l'emploi de facilitateurs de pratique et la schématisation du déroulement du travail.

Même si chaque pratique exemplaire diffère des autres pour ce qui est du contexte et de l'organisation, les preuves disponibles indiquent que les équipes interprofessionnelles ont un effet positif sur chacun des volets du quadruple objectif. Certaines évaluations des pratiques exemplaires ont révélé qu'elles améliorent la satisfaction des patients et de leurs familles, font diminuer les hospitalisations et les coûts, et améliorent l'état de santé des patients (amélioration de la dépression gériatrique et du diabète, atténuation de la sévérité de l'incontinence, réduction des maladies cardiovasculaires et de la mortalité, et amélioration de l'équité pour les populations migrantes). Les données autodéclarées par les organisations exemplaires indiquaient également une réduction des hospitalisations, des visites aux urgences, du nombre de journées d'hospitalisation et des taux d'absentéisme. Des progrès avaient été réalisés pour ce qui est du fonctionnement des équipes et de l'accès aux soins dans les communautés rurales, mais il y avait encore place à l'amélioration.

Bon nombre des caractéristiques des pratiques exemplaires recensées s'inscrivent dans la vision de Centre de médecine de famille (CMF) du Collège des médecins de famille du Canada^{MC} (CMFC). En comparant les modèles interprofessionnels mis en place partout au Canada, les pratiques exemplaires recensées dans le cadre de la présente revue s'apparentaient souvent au modèle de centre de santé communautaire de l'Ontario, lequel a pour but d'offrir une vaste gamme de services de santé complets et globaux aux populations marginalisées et vulnérables. Cependant, il est essentiel de souligner un manque d'information sur l'approche en matière de leadership, le cadre de gouvernance, le modèle de financement et les mécanismes de

responsabilité relatifs aux pratiques exemplaires. Il existait par ailleurs peu de documentation sur l'impact des pratiques exemplaires ainsi que sur les facteurs qui entravaient ou favorisaient leur mise en œuvre. Ces conclusions ne sont pas surprenantes puisque le manque de recherche sur les soins primaires demeure un problème partout dans le monde.

Limites

La revue comporte des limites. D'abord, malgré tous les efforts déployés, certains articles pertinents sur des pratiques potentiellement exemplaires peuvent avoir été omis. Comme il s'agissait d'une étude mondiale, la langue des documents était propre au contexte. Pour cette raison, l'information provenant des documents non disponibles en anglais ne pouvait pas être incluse, mais elle aurait pu permettre d'en apprendre davantage. En outre, les renseignements disponibles sur chacune des pratiques exemplaires étaient variables, et la revue pouvait uniquement présenter l'information à disposition. Certaines pratiques exemplaires peuvent donc présenter des caractéristiques communes qui n'ont pu être repérées dans le cadre de cette revue.

Recommandations :

Au moment où il entreprend un plaidoyer pour propager sa vision du Centre de médecine de famille à la grandeur du Canada, il est recommandé que le CMFC :

- Mène d'autres recherches sur les pratiques internationales potentiellement exemplaires recensées afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les caractéristiques propres aux équipes hautement performantes et explore leur approche en matière de leadership, leur cadre de gouvernance, leur modèle de financement, leurs mécanismes de responsabilité ainsi que les facteurs qui entravent ou favorisent leur mise en œuvre ;

- Plaide auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils investissent dans des modèles d'équipes interprofessionnelles qui exigent la mise en œuvre des caractéristiques associées aux pratiques exemplaires hautement performantes recensées dans le cadre de la présente étude et des mécanismes de responsabilité à cet effet;
- Plaide auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils investissent dans l'évaluation et la réalisation de recherches sur les modèles d'équipes interprofessionnelles actuellement en place dans le but de déterminer comment ils peuvent être optimisés et utilisés à la grandeur du Canada.

© 2022 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.



Pour obtenir une liste des références à l'appui, veuillez consulter le rapport intégral intitulé *Équipes de soins primaires interprofessionnelles : Une revue de la littérature sur des pratiques internationales potentiellement exemplaires*.