



LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Un cadre qui réunit tous les morceaux

Principes et cadre : analyse bibliographique

Présenté le 27 juillet 2004

Au Comité directeur de l'ACIS

Par Carole Stonebridge, inf. aut., M.B.A., chargée de recherche

Table des matières

SIGLES	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
1.0 INTRODUCTION	3
2.0 DÉFINITIONS	3
3.0 TRAVAUX DE RECHERCHE AYANT TRAIT AUX PRINCIPES	4
3.1 DOCUMENT : WORKING TOGETHER: A JOINT CNA/CMA COLLABORATIVE PRACTICE PROJECT, HIV/AIDS EXAMPLE	4
3.2 DOCUMENT : CHAMPS D’EXERCICE – DÉCLARATION CONJOINTE	5
3.3 DOCUMENT : INTEGRATED HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT; AN INVENTORY OF ACTIVITY IN CANADA	5
3.4 DOCUMENT : SUR LA VOIE DU CHANGEMENT : PISTES À SUIVRE POUR RESTRUCTURER LES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE AU CANADA	7
3.5 DOCUMENT : SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET MÉDECINE FAMILIALE AU CANADA : UNE ORDONNANCE DE RENOUVELLEMENT	7
3.6 DOCUMENT : INTERDISCIPLINARY COLLABORATION WITHIN QUEBEC COMMUNITY HEALTH CENTRES	8
3.7 DOCUMENT : ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX : PRINCIPES DE POLITIQUE SOCIALE	8
3.8 DOCUMENT : POUR DE MEILLEURS SOINS PRIMAIRES	9
3.9 DOCUMENT : PHARMACISTS AND PRIMARY HEALTH CARE	9
3.10 DOCUMENT : INTERDISCIPLINARY PRIMARY CARE MODELS	10
3.11 DOCUMENT: LE RÔLE DES DIÉTÉTISTES PROFESSIONNEL(LE)S DANS LE CADRE DES SOINS PRIMAIRES	10
4.0 TRAVAUX DE RECHERCHE AYANT TRAIT AUX CADRES	11
4.1 DOCUMENT : INTEGRATED HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT; AN INVENTORY OF ACTIVITY IN CANADA	11
4.2 DOCUMENT : SUR LA VOIE DU CHANGEMENT : PISTES À SUIVRE POUR RESTRUCTURER LES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE AU CANADA	12
4.3 DOCUMENT : SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET MÉDECINE FAMILIALE AU CANADA : UNE ORDONNANCE DE RENOUVELLEMENT	13
4.4 DOCUMENT : POSSIBILITÉS ET POTENTIEL : EXAMEN DE LA DOCUMENTATION INTERNATIONALE SUR LES RÉFORMES ET LES MODÈLES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	13
4.5 DOCUMENT : AMÉLIORER L’ACCÈS AUX SERVICES D’ERGOTHÉRAPIE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	14
4.6 DOCUMENT : INTERDISCIPLINARY PRIMARY CARE MODELS	14
5.0 AUTRES TRAVAUX DE RECHERCHE	15
6.0 CONCLUSION	18

Sigles

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ACOA	Association canadienne des orthophonistes et audiologistes
ACP	Association canadienne de physiothérapie
ACTS	Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AMC	Association médicale canadienne
APhC	Association des pharmaciens du Canada
CCARS	Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé
CD	Comité directeur
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CPSPP	Coalition de professions de santé pour la pratique préventive
CSCC	Centres de soins de santé communautaires
DC	Diététistes du Canada
DIRHS	Développement intégré des ressources humaines en santé
EICP	Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FIPCCP	Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient
GCI	Groupe consultatif interdisciplinaire
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IPCA	Interdisciplinary Primary Care Agency
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
SCP	Société canadienne de psychologie
SSP	Soins de santé primaires

1.0 Introduction

Le but de l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire en soins de santé primaires (ACIS) est d'accroître la qualité, l'efficacité et la rentabilité de la prestation de soins de santé primaires (SSP) au Canada. Dans un premier temps, l'objectif visé consiste à élaborer un ensemble de principes directeurs et un cadre pour parvenir à une meilleure définition de la relation entre le client/patient et les praticiens qui forment le réseau des SSP. Toujours dans cette première phase, nous examinerons l'interaction entre les SSP et d'autres éléments de l'ensemble du système de soins de santé.

Il ne s'agit pas de mettre au point un modèle unique de SSP, mais plutôt de créer une base de connaissances plus étoffée en vue d'actions futures. Notre entreprise commence par l'analyse des nombreux écrits qui existent sur les modèles de collaboration interdisciplinaire dans divers contextes. L'information ainsi glanée servira de base à partir de laquelle le Comité directeur pourra alors s'engager dans un dialogue éclairé. La présente étude met en évidence des conclusions pertinentes, ayant trait aux concepts de principes et de cadres, figurant dans d'importantes publications sur le système des SSP. Bien que l'analyse bibliographique n'en soit qu'à sa phase initiale, nous discutons en outre de certaines conclusions intéressantes que nous avons tirées des travaux de recherche sur la collaboration interdisciplinaire au niveau organisationnel. Mais avant d'aller plus loin, rappelons quelques définitions de base des termes « principes », « cadre » et « collaboration interdisciplinaire », dans le contexte de l'Initiative.

2.0 Définitions

Par *principes* nous entendons les valeurs communes que toutes les parties reconnaissent comme étant cruciales pour les SSP. Ces principes guident l'évolution des SSP.

Le *cadre* est composé des éléments constitutifs des SSP. Il décrit les caractéristiques d'une approche systémique en matière de SSP et les composantes requises pour soutenir le fonctionnement d'un tel réseau.

Les principes et le cadre s'appliquent à un vaste éventail de milieux de pratique au Canada, des centres de soins de santé communautaires aux cabinets privés, et fournissent une *vision* du développement souhaité du système de SSP.

Selon l'une des définitions retenues de la *collaboration interdisciplinaire* en matière de soins de santé¹, celle-ci doit présenter les caractéristiques suivantes :

- la formulation d'un but ou d'un résultat thérapeutique commun;
- l'acceptation et la reconnaissance des compétences et de l'expertise complémentaires que possèdent les différents dispensateurs de soins;
- une coordination et une communication efficaces entre dispensateurs;

- la collaboration comme cadre pour renforcer la communication interprofessionnelle et optimiser l'utilisation des ressources en soins de santé.

Les experts conviennent pour la plupart que le travail d'équipe et la collaboration interdisciplinaire sont essentiels à un système de santé intégré, notamment pour les SSP.

3.0 Travaux de recherche ayant trait aux principes

L'essentiel des écrits passés en revue jusqu'à présent porte sur les principes généraux qui favorisent l'efficacité du travail d'équipe dans divers contextes. Bon nombre de ces principes présentent un intérêt particulier pour les travaux du Comité directeur. Dans la section qui suit, nous résumons quelques documents clés étudiés.

3.1 Document : Working Together: A Joint CNA/CMA Collaborative Practice Project, HIV/AIDS Example (mars 1996)²

Cette étude met en relief les principes généraux de la pratique collaborative en matière de prestation de soins de santé et de services de soutien aux personnes porteuses du VIH/Sida. Ces principes sont « généraux » de par leur nature et sont applicables à l'élaboration de modèles de pratique collaborative. Ils stipulent que les services doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- être axés sur le patient;
- s'articuler autour d'une vision, de valeurs et d'une philosophie partagées ou communes, fondées sur la satisfaction des besoins en soins;
- assurer à tous les intéressés une définition et une compréhension claires des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe;
- favoriser un climat de respect, de confiance et de soutien mutuel, et la prise de décisions concertées;
- reposer sur une communication efficace;
- habiliter tous les membres de l'équipe;
- respecter le jugement indépendant des professionnels concernés;
- respecter les décisions et les choix indépendants du bénéficiaire des soins.

L'étude avance que les chances de réussite des approches collaboratives sont plus grandes quand règnent le respect mutuel, la confiance (s'entend la foi en l'expertise des autres membres de l'équipe et la capacité de s'en remettre à eux) et la croyance dans les effets de la synergie (c'est-à-dire que les efforts collectifs sont plus efficaces que le travail individuel).

3.2 Document : Champs d'exercice - Déclaration conjointe

(février 2003) : AMC, AIIC et APhC

Cette déclaration définit les principes et les critères utilisés pour déterminer les champs d'exercice. Elle repose sur la prémisse que les décisions stratégiques doivent primordialement être prises en fonction du patient. Ces principes mettent notamment l'accent sur :

- des soins sûrs et de qualité supérieure, qui répondent aux besoins des patients et sont abordables et prodigués de manière déontologique et opportune par des professionnels compétents;
- une démarche souple qui permet aux dispensateurs de soins de santé d'exercer leur profession à la pleine mesure de leur formation, de leurs compétences, de leurs capacités et de leur jugement;
- une approche qui répond aux besoins de la population;
- des techniques de communication excellentes;
- une approche fondée sur l'expérience;
- la croyance que les soins individuels doivent être coordonnés par des dispensateurs de soins de santé qualifiés;
- l'assurance et l'amélioration de la qualité;
- la prémisse que les choix des patients doivent être pris en compte.

3.3 Document : Integrated Health Human Resources Development; An Inventory of Activity in Canada

(février 1996) : ACE, DC, AIIC et ACP (Physiothérapie)³

Ce document porte sur l'élaboration d'un cadre d'intégration des ressources humaines en santé (*The National Framework - IHHRD*), qui prône une méthode de gestion des ressources humaines qui soit interdisciplinaire et intersectorielle. Cet ouvrage se veut un complément aux projets d'intégration des ressources humaines en santé et aux efforts visant à former des travailleurs et des travailleuses de la santé plus souples, capables de répondre aux besoins en santé de la population canadienne⁴. Les initiatives liées au projet d'intégration des ressources humaines en santé, qui reposaient sur une approche interdisciplinaire, étaient axées sur les relations entre les divers fournisseurs de services. Les auteurs du document postulent qu'il existe neuf principes fondamentaux régissant l'intégration des ressources humaines en santé, à savoir :

- une vision commune;
- une démarche fondée sur des objectifs et des besoins;
- des actions à l'écoute des consommateurs;
- la collaboration pour favoriser le changement;
- des ressources adéquates;
- des compétences uniques et communes;
- un processus décisionnel fondé sur l'expérience;
- des dirigeants tenus de rendre compte des résultats;

- l'obligation pour les fournisseurs de rendre compte.

3.4 Document : Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada

(novembre 2003) : FCRSS⁵

Dans ce document, les auteurs examinent divers modèles de prestation des SSP et font la synthèse de leurs points forts et faibles. Les recommandations du rapport visent essentiellement à assurer l'efficacité, la pertinence et la fiabilité des services de santé de première ligne dans le contexte canadien. Deux modèles d'organisation des SSP sont recommandés, tous deux étant fondés (à des degrés variés) sur le travail en équipe multidisciplinaire. Les auteurs arrivent à la conclusion que la collaboration professionnelle tient à plusieurs conditions :

- une vision commune;
- la confiance;
- le respect mutuel des professionnels;
- la reconnaissance des champs d'action spécifiques.

Ils estiment que l'acquisition de ces attitudes et comportements passe par de longs apprentissages qui débutent avec la formation et se prolongent dans les milieux de pratique⁶. Ils soulignent toutefois que ces attitudes et comportements se perdent rapidement si les nouveaux diplômés ne trouvent pas un lieu d'accueil où exprimer leurs valeurs et faire valoir leurs comportements.

3.5 Document : Soins de première ligne et médecine familiale au Canada : une ordonnance de renouvellement

(octobre 2000) : CMFC⁷

Ce document propose un modèle de prestation de services de soins primaires par les médecins de famille, les infirmiers et les infirmières et d'autres dispensateurs de soins de santé. Voici quelques-uns des principes relatifs aux soins primaires qui y sont énoncés :

- des soins exhaustifs et continus;
- le travail d'équipe faisant intervenir un vaste éventail de professionnels des soins de santé, condition essentielle de la prestation de services de qualité supérieure;
- des rôles complémentaires pour les médecins et les infirmiers et les infirmières;
- des relations de travail qui respectent et optimisent les contributions de tous les dispensateurs;
- des rôles clairement définis.

3.6 Document : Interdisciplinary collaboration within Quebec community health centres

(2002) : Claude Sicotte, Danielle D'Amour et Marie-Pierre Moreault⁸

Cet article fournit quelques éclairages très importants sur la base d'une étude sur la collaboration interdisciplinaire au sein de la communauté des centres de soins de santé communautaires (CSSC) du Québec. Le modèle québécois des SSP est parmi les plus anciens au Canada. Dans le cadre de cette étude, la population entière des CSSC a été sondée afin d'établir :

- l'intensité de la collaboration interprofessionnelle entre les CSSC;
- les facteurs organisationnels et professionnels qui favorisent ou qui limitent la collaboration interdisciplinaire.

Dans ses grandes lignes, l'étude a révélé que les CSSC ont atteint des résultats seulement *modestes* au chapitre de la collaboration interdisciplinaire. En effet, il existe encore une tension majeure entre les modèles professionnels traditionnels et les idées innovatrices incarnées par le modèle de prestation de services fondée sur la collaboration interdisciplinaire. Les résultats de cette étude ont des implications tant pour les principes que pour le cadre de l'Initiative ACIS.

Depuis leur création dans les années 70, les CSSC du Québec se sont inspirés d'un modèle reposant sur les principes régissant les CSSC que voici :

- être capables de répondre aux besoins sociaux et sanitaires de la population du territoire qu'ils couvrent;
- promouvoir la collaboration étroite entre professionnels (notamment les médecins, les infirmiers et les infirmières, les travailleurs sociaux et, à terme, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les psychologues);
- collaborer au moyen d'une approche globale et intégrée de la prestation de soins aux patients;
- lier la collaboration interdisciplinaire à la dynamique interne des groupes de travail ainsi qu'à des croyances et à une compréhension collectives communes.

3.7 Document : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux : Principes de politique sociale

(mars 2003)⁹

Ce document met en relief les principes de politique sociale clés, privilégiés par la plupart des travailleurs sociaux. Les principes qui suivent sont utilisés par l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux pour l'évaluation des initiatives fédérales en matière d'action sociale :

- la dignité des personnes, ce qui implique de souscrire aux valeurs du consentement, de l'autodétermination et du respect;

- l'égalité et une affirmation de l'importance de se doter de politiques garantissant l'égalité des chances;
- le traitement égal des personnes et des familles dans des circonstances semblables;
- des services complets;
- des services découlant de pratiques exemplaires;
- l'intégrité constitutionnelle;
- une approche *populaire* où les décisions et la prestation de services sociaux sont, dans la mesure du possible, étroitement rapprochées du client;
- la reconnaissance du droit/de l'obligation des travailleurs sociaux de participer au dialogue social et à l'élaboration des politiques et des programmes sociaux.

3.8 Document : Pour de meilleurs soins primaires

(2000) SCP¹⁰

Dans ce document, on discute du rôle des soins psychologiques dans un système de SSP. Faisant fond sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé, à savoir que la santé est un *état de bien-être complet physique, mental et social*, la thèse avancée dans cette étude est que, pour être efficace, un système de soins de santé primaires doit répondre à une vaste palette d'indicateurs de santé, notamment biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Le document cite un corpus bibliographique massif qui met en exergue les avantages pour les clients et la société d'un système de soins de santé primaires élargi, qui comprendrait les soins psychologiques. Voici certains préceptes clés mis en avant dans ce document :

- Les soins primaires interdisciplinaires dispensés de façon communautaire demeurent le moyen le plus économique et efficace d'assurer la prestation de services de soins de santé;
- La prestation du bon genre de soins, par exemple au moyen de l'aiguillage des patients vers des traitements psychologiques, réduit la souffrance, fait réaliser des économies et améliore la satisfaction des consommateurs et des intervenants;
- L'accès à des soins de santé psychologiques de qualité est encore lacunaire au Canada;
- La restructuration du système de soins primaires doit tenir compte de la nécessité d'intégrer la santé physique et psychologique par des modèles de prestation interdisciplinaires viables.

3.9 Document : Pharmacists and Primary Health Care

(mai 2004) APhC¹¹

Ce document souligne le rôle des pharmaciens dans l'évolution que connaissent les SSP actuellement au Canada. S'appuyant sur les travaux de l'Organisation mondiale de la

santé, de l'ICIS et de la Commission Romanow, l'APhC convient que les principes suivants sont au cœur des SSP :

- un système accessible, responsable et économique, s'appuyant sur des méthodes axées sur les résultats, pratiques et socialement acceptables;
- une approche produisant des programmes complets de qualité qui garantissent l'accès en tout temps à des soins de base;
- un système qui habilite les patients et les collectivités et leur permet d'utiliser leurs ressources efficacement et pleinement;
- un système adapté aux besoins et aux caractéristiques de la population qu'il sert;
- une démarche favorisant la prestation de soins interdisciplinaires et multidisciplinaires;
- une approche privilégiant des soins uniformes à tous les niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

3.10 Document : Interdisciplinary Primary Care Models

(30 avril 1997). Working Group on Interdisciplinary Primary Care Models, au nom du Groupe consultatif interdisciplinaire (GCI)¹²

Ce document offre une description très claire, étape par étape, des éléments constitutifs d'un organisme interdisciplinaire de soins de santé primaires (OISSP). D'emblée, les auteurs précisent que, par soins primaires interdisciplinaires, ils désignent une *approche* thérapeutique qui se distingue par des soins de premier contact, continus, complets et coordonnés en faveur d'une population définie. Voici, selon eux, les principes clés sous-tendant le modèle interdisciplinaire :

- la coordination, la qualité et la continuité des soins peuvent être améliorées grâce au travail d'équipe collaboratif;
- l'amélioration de l'accès à un large éventail de services est considérée importante;
- la satisfaction des patients est améliorée grâce à l'accès au fournisseur approprié (lequel respecte à la fois les besoins cliniques et le choix du patient);
- la satisfaction du fournisseur est considérée comme étant importante et elle est améliorée par la collaboration accrue;
- les services de SSP devraient être assurés au moment opportun, par le fournisseur le mieux placé.

3.11 Document : Le rôle des diététistes professionnel(le)s dans le cadre des soins primaires

(mai 2001) : DC¹³

Dans ce document, les diététistes du Canada approuvent les principes suivants de réforme des soins primaires :

- la mise en place d'une *approche axée sur la santé de la population* qui comprend tous les déterminants de la santé (par exemple le revenu, les soutiens sociaux, l'éducation et l'emploi) et qui établit un lien avec d'autres secteurs pertinents (par exemple les écoles, le logement et les organismes bénévoles);
- l'accès à un éventail complet de services de SSP par l'intermédiaire du fournisseur de services le plus approprié;
- la coordination et la continuité entre les fournisseurs (une importance particulière étant accordée à la technologie de l'information pour y parvenir);
- les pratiques des groupes interdisciplinaires comprennent une panoplie de fournisseurs de services de santé adaptés aux besoins de la collectivité;
- un système intégré, dynamique et rentable où l'accent est mis sur le financement représentatif.

4.0 Travaux de recherche ayant trait aux cadres

4.1 Document : Integrated Health Human Resources Development; An Inventory of Activity in Canada

(février 1996) : ACE, DC, AIIC et ACP (Physiothérapie)

Ce cadre trace les grandes lignes d'une méthode de gestion des ressources humaines interdisciplinaire et intersectorielle. Il met en évidence les liens complexes qui unissent cinq éléments fondamentaux du système de santé.

1) L'environnement

- conception et organisation du système
- réglementation et législation
- projections sociales et démographiques
- attentes de la société/politiques publiques
- recherche en santé et progrès technologiques
- prévisions économiques/politique budgétaire
- politique de financement

2) Les besoins en santé

- attentes et attitudes des consommateurs
- objectifs en matière de santé fondés sur des résultats
- état de santé et fonction
- autres modes de prestation des services

3) La planification des ressources humaines en santé

- analyse du rôle des ressources humaines
- ressources disponibles et besoins
- mécanismes de financement

- information sur la santé et usage de la technologie
- modèles d'intégration des ressources humaines

4) L'éducation et la formation

- programmes d'études interdisciplinaires en santé
- recyclage
- programmes coopératifs professionnels et techniques
- reconnaissance professionnelle fondée sur les résultats
- pratique fondée sur l'expérience et apprentissage à vie
- attentes/attitudes des fournisseurs
- programmes d'études pour les fournisseurs, basés sur les résultats

5) La gestion

- services et programmes axés sur les besoins
- reconnaissance professionnelle fondée sur les résultats
- pratiques organisationnelles et perfectionnement
- politiques d'intégration des ressources humaines
- systèmes intégrés d'information
- remboursement des fournisseurs et conventions collectives
- modèles intégrés de prestation des services

4.2 Document : Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada

(novembre 2003) : FCRSS

Ce document de la FCRSS fait fond sur les principes et les effets des SSP mis en relief plus tôt. Notamment, il soutient que « l'organisation des services est perçue comme un système organisé d'actions. Ce système résulte du jeu d'acteurs qui, dans un champ social donné (les services de première ligne) et dans un environnement défini (le Canada, ses provinces et territoires), interagissent pour mobiliser et utiliser des ressources afin de produire des activités, des biens ou des services nécessaires à la concrétisation de leurs objectifs et de leurs projets collectifs¹⁴. »

Le document fait état de six aspects des SSP en tant que système d'actions organisées :

- vision: les convictions, les valeurs et les objectifs au moyen desquels les acteurs communiquent et justifient leurs actions;
- ressources : la quantité et la variété des ressources disponibles;
- structure organisationnelle : la législation, la réglementation, les accords et autres arrangements qui régissent et guident le comportement des acteurs, leurs relations entre eux et les pouvoirs qui les définissent;
- pratiques : les processus sous-tendant la production d'activités et de services;
- effets : le changement souhaité au niveau des résultats des SSP à terme;

- environnement : le contexte dans lequel les acteurs interviennent et les autres systèmes avec lesquels ils doivent composer.

4.3 Document : Soins de première ligne et médecine familiale au Canada : une ordonnance de renouvellement

(octobre 2000) : CMFC

Dans ce document, on soutient que la réussite du modèle de prestation des soins primaires proposé (le Réseau de pratique familiale) passe par une volonté ferme d'assurer les éléments suivants :

- les ressources humaines requises pour la prestation des services;
- la formation des futurs intervenants;
- la recherche nécessaire pour évaluer les résultats;
- la rémunération et les stratégies de financement pour soutenir toutes les composantes du système;
- la collaboration et la communication entre tous les intervenants concernés.

4.4 Document : Possibilités et potentiel : examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé primaires

(août 2000) : Marriott et Mable¹⁵

Ce document examine la documentation relative aux SSP et aux réformes dans six pays, à partir des années 80 jusqu'à la fin de mars 2000. On y étudie les expériences vécues dans ces pays et les enseignements que ces derniers en ont tirés afin de faire avancer les efforts du Canada pour réformer les SSP. Les auteurs décrivent plusieurs éléments de structure et d'orientation clés qui sont communs à la plupart des pays :

- une tendance vers la participation accrue de la population à l'administration, à la gestion et à la planification;
- le droit des citoyens de choisir leur organisme de soins et leur prestataire de services;
- la présence d'un « registre »;
- une tendance vers le regroupement de médecins, ces derniers jouant un rôle de gardien de l'entrée au système dans tous les pays;
- l'effort multidisciplinaire dans presque tous les pays;
- la capitation;
- la priorité accordée aux systèmes d'information en santé;
- la qualité en tant qu'objectif stratégique essentiel.

4.5 Document : Améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans les soins de santé primaires

(janvier 2004) : Donna Klaiman, ACE¹⁶

Les SSP et l'ergothérapie reposent sur une vision holistique de la santé. Ce document porte sur les nouveautés en matière de SSP et les initiatives entreprises par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) pour améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans les SSP au Canada. L'auteure signale que le modèle des SSP élaboré par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), intitulé « Combiner santé et soins de santé », est conforme au Modèle canadien du rendement occupationnel de l'ACE. Les deux modèles illustrent la relation dynamique entre les clients et les fournisseurs de SSP, dont les activités sont axées sur la promotion de la santé, la prévention des blessures et des maladies, ainsi que sur la maximisation de la capacité du client de s'acquitter de ses fonctions. Dans un cadre intégré, le client occupe une place centrale et subit l'influence du milieu physique, institutionnel, culturel et social. Il est considéré comme un participant actif à la relation thérapeutique, qui assume effectivement une part de responsabilité quant à son état de santé. Les SSP doivent tenir compte du lien étroit qui existe entre la façon dont une personne perçoit sa santé et son milieu social et physique. L'ACE considère les éléments systémiques suivants comme étant fondamentaux dans l'évolution du rôle de l'ergothérapie dans les SSP :

- l'efficacité du travail d'équipe;
- l'importance de la continuité (le modèle des services intégrés pour les personnes âgées (SIPA) étant donné en exemple);
- le financement et l'infrastructure des SSP;
- les rôles et les relations entre les fournisseurs de SSP;
- la planification des ressources humaines en santé.

4.6 Document : Interdisciplinary Primary Care Models

(30 avril 1997) Working Group on Interdisciplinary Primary Care Models, au nom du Groupe consultatif interdisciplinaire (GCI)

Comme nous l'avons déjà évoqué, ce document passe en revue les éléments constitutifs d'un OISSP, que voici :

- établissement de listes de clients;
- coordination des soins prodigués aux clients inscrits sur la liste assurée par l'organisme, par le truchement d'un chargé de la *liaison avec l'équipe*;
- dossiers de patients communs, accessibles par ordinateur;
- accès facilité par le prolongement des heures de service pour les soins courants et un service de permanence 24 h sur 24, 7 jours sur 7, pour les SSP d'urgence;
- mécanismes de financement par capitation;

- gouvernance : l'organisme serait à but non lucratif et doté d'un conseil d'administration. Les fournisseurs de services en définiraient la structure de gestion et d'administration;
- réglementation demeurant l'apanage des collèges professionnels, mais établissement d'un mécanisme de plaintes touchant les fonctions de l'organisme;
- évaluation axée sur l'optimisation des coûts et la satisfaction.

5.0 Autres travaux de recherche

Il ressort d'une première analyse de certaines études quelques thèmes récurrents que l'on pourrait considérer comme étant des éléments constitutifs possibles d'un cadre de SSP.

1. Mécanismes de réglementation – le lien entre les associations professionnelles intervenant au sein du système
 - Les auteurs du projet Taber de soins primaires intégrés (août 2003)¹⁷ concluent qu'il aurait été plus facile d'apporter des changements à leur système de SSP intégré s'il y avait eu un processus de négociation clair.
 - L'expertise et les responsabilités professionnelles sont formalisées par des codes de déontologie et des champs d'exercice (législation et politiques provinciales et territoriales). Dans son étude sur les CSSC du Québec, Claude Sicotte a trouvé que, s'agissant des SSP, la délimitation des champs de compétence professionnels continue d'être une pomme de discorde. La division du travail dans le contexte interdisciplinaire est compliquée par la tension entre la logique professionnelle traditionnelle et la logique interdisciplinaire (celle-ci étant axée sur la prestation partagée des soins et la substitution professionnelle)¹⁸.
2. Système d'éducation — la formation d'équipes interdisciplinaires
 - Dans une étude britannique évaluant deux modèles communautaires de soins infirmiers collaboratifs, Nigel King¹⁹ a constaté qu'il était vital pour les divers professionnels de comprendre les pratiques, les valeurs et la culture des uns et des autres. Les auteurs de l'étude plaident en faveur de modules d'apprentissage interactifs et partagés, en début de formation professionnelle, où les étudiants font partie de petits groupes multidisciplinaires et où ils ont l'occasion d'interagir avec d'autres apprentis praticiens.
 - Dans son évaluation de la situation des CSSC du Québec, Claude Sicotte affirme que les programmes de formation professionnelle doivent être remaniés de manière à favoriser la collaboration. Les nouveaux modèles de formation doivent intégrer des valeurs interdisciplinaires au modèle professionnel traditionnel²⁰.
 - Le document intitulé *Working Together* recommande aussi que le programme de formation incorpore la théorie et l'expérience clinique dans un contexte de collaboration.

- *Une ordonnance de renouvellement* souligne la prise de position du CMFC en faveur des modèles intégrés d'éducation et de formation pour les professionnels des soins de santé. Des expériences communes en formation renforceront la collaboration et la compréhension.
- Dans une étude réalisée par Dieleman²¹, il est ressorti que le travail d'équipe était efficace quand les dispensateurs étaient au courant des compétences et des capacités que les autres dispensateurs peuvent offrir au reste de l'équipe. La confiance s'était établie quand tous les acteurs avaient appris à se connaître.

3. Modèles de financement et de paiement

- Les équipes interdisciplinaires doivent pouvoir compter sur un financement adéquat.
- Les modèles de financement et de paiement doivent refléter le rôle élargi, inhérent à un modèle de soins de santé primaires complet; souplesse et choix doivent aussi être pris en compte (*Ordonnance de renouvellement du CMFC*).

4. Infrastructure — exemples d'éléments possibles

- conception organisationnelle
- structure institutionnelle
- immeubles
- technologie (ordinateurs, systèmes d'information intégrés)
- ressources humaines
- étendue des services
- établissement de listes de clients

Voici quelques exemples :

- Dans l'étude Taber, la mise en œuvre d'un système de SSP intégré a été facilitée par la collaboration de professionnels dans un seul et même endroit.
- L'étude Sicotte a montré que les services répondaient davantage aux besoins de la population et qu'ils étaient mieux intégrés/coordonnés dans des systèmes de SSP quand il y avait une structure organisationnelle cohérente. Les initiatives administratives formalisées étaient importantes en ceci qu'elles favorisaient la collaboration; essentiellement, il s'agit de règles concrètes qui aident à aligner le modèle de travail en groupe sur des valeurs interdisciplinaires. Les processus et les fonctions formalisés se sont également révélés cruciaux, bien qu'il faille les introduire soigneusement étant donné que les professionnels n'aiment pas perdre de leur autonomie.
- L'établissement de listes de patients/l'inscription des patients ne marche que si les patients et les médecins y donnent leur adhésion sans réserve. Cela dit, ce doit être facultatif (*Ordonnance de renouvellement du CMFC, 2000*).

- Selon l'étude Halton-Peel, il n'existerait pas de liste de services de soins de santé clairement définis ou sur lesquels il y aurait consensus que les dispensateurs de soins primaires seraient tenus de fournir (même au sein de la même profession). De plus, il est ressorti de cette étude que les mécanismes suivants facilitent les soins partagés :
 - des points d'accès centralisés aux informations et aux dispensateurs;
 - du personnel représentant diverses professions, regroupé dans le même cabinet de médecins;
 - des réseaux de collaboration entre spécialistes;
 - l'affiliation à un hôpital et la technologie de l'information (crucial pour la création d'une infrastructure de soutien)²².
 - Lors de la conférence du Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé (CCARS), qui s'est déroulée en mars 2003, Marie Beaulieu²³, membre de l'équipe du CCARS, a déclaré que les SSP n'étaient pas une question de « panier » unique de services. Selon elle, c'est un exercice de collaboration interdisciplinaire, puisqu'aucune discipline ne peut, à elle seule, répondre à tous les besoins. Les SSP exigent une distribution claire des rôles et des mécanismes explicites de collaboration et de formation interdisciplinaire.
 - L'article intitulé *Towards a Canadian Model Integrated Healthcare*²⁴ décrit un système intégré de soins de santé comme étant un système où les patients ont un large éventail de choix en matière de dispensateurs de soins primaires, y compris le personnel clinique non médical. Les services doivent être fournis par les professionnels de la santé qui peuvent satisfaire le mieux les besoins des patients. Par ailleurs, la coordination et la qualité des soins dépendent de l'existence d'une infrastructure d'informations cliniques communes.
5. Cadre légal/cadre de responsabilité/conventions collectives
- Les fournisseurs de services faisant partie d'équipes interdisciplinaires doivent être responsables de leurs propres interventions professionnelles et assumer les frais de leur propre assurance-risque (*Ordonnance de renouvellement du CMFC, 2000*).
 - Marie Beaulieu est d'avis qu'il incombe aux provinces de modifier les cadres légaux, réglementaires et professionnels, selon les besoins, pour faire en sorte que le soutien financier et humain soit à la mesure des objectifs des SSP²⁵.
6. Sensibilisation du public/participation/choix
- Les Canadiens devraient avoir le droit de choisir leur propre médecin de famille et de changer de médecin s'ils le souhaitent (*Ordonnance de renouvellement du CMFC, 2000*).
 - Les changements apportés aux services et aux rôles des dispensateurs de soins peuvent être une source de confusion au sein de la population et, éventuellement, amener cette dernière à refuser ce qu'on lui propose. C'est

pourquoi il est nécessaire de sensibiliser le public sur l'évolution des modes de prestation des soins de santé primaires (King).

- Le document *Working Together* laisse entendre que ce sont les récipiendaires des soins qui ont le dernier mot quant à la détermination des préférences et des priorités en matière de santé — ils doivent occuper une place centrale dans le processus de collaboration en équipe.
- Les consommateurs s'attendent à ce que les fournisseurs comprennent le rôle de chaque intervenant et travaillent ensemble pour répondre à leurs besoins spécifiques en santé (IHHRD).
- Sur la scène internationale, des citoyens ont été appelés à prendre part à quelques projets pilotes de réforme des SSP. On remarque une tendance vers l'accroissement et le renforcement de la participation des citoyens à l'administration des organismes de SSP (Marriott et Mable).

6.0 Conclusion

La présente analyse donne un aperçu initial de quelques-uns des principaux écrits sur les SSP en ce que a trait aux concepts de principes et de cadre. Elle vise à guider les membres du Comité directeur de sorte qu'ils puissent, collectivement, approfondir ces concepts. De toute évidence, l'ensemble des écrits sur la collaboration interdisciplinaire en SSP est vaste, si bien que d'autres conclusions seront signalées à mesure que l'Initiative avancera.

¹ Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Working Together: A Joint CNA/CMA Collaborative Practice Project, HIV/AIDS Example*, Ottawa, AMC, 1996, p. 7.

² *Ibid.*

³ ACE, DC, AIIC et ACP. *Integrated Health Human Resources Development; An inventory of Activity in Canada*, Ottawa, IHHRDP, février 1996.

⁴ *Ibid.*

⁵ FCRSS. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Ottawa, CHSRF, 2003, p. 4. Peut être consulté sur le site de la FCRSS, <www.chsrf.ca/final_research/commissioned_research/policy_synthesis/pdf/choices_for_change_f.pdf>.

⁶ *Ibid.*

⁷ Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), *Une ordonnance de renouvellement* [en direct], octobre 2000 (cité le 24 juin 2004). Peut être consulté sur le site du CMFC, <<http://www.cfpc.ca/French/cfpc/communications/health%20policy/primary%20care%20and%20family%20medicine/default.asp?s=1>>.

⁸ Claude Sicotte, Danielle D'Amour et Marie-Pierre Moreault. « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », *Social Science and Medicine*, 55, 2002, p.991.

⁹ ACTS. *Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux : Principes de politique sociale*, Ottawa, ACTS, mars 2003. Peut être consulté sur le site de l'ACTS <www.casw-acts.ca>.

- ¹⁰ SCP. *Pour de meilleurs soins primaires : L'apport de la science et la pratique de la psychologie* [en direct], Ottawa, SCP, 2000 (cité le 5 juillet 2004). Peut être consulté sur le site de la SCP <<http://www.cpa.ca/primaryf.pdf>>.
- ¹¹ AphC. *Pharmacists and Primary Health Care*, Ottawa, AphC, mai 2004. Peut être consulté sur le site de l'AphC, <http://www.pharmacists.ca/content/about_cpha/whats_happening/cpha_in_action/pdf/primaryhealth2a.pdf>.
- ¹² Working Group on Interdisciplinary Primary Care Models: *Interdisciplinary Primary Care Models, Final Report*, Ottawa, GCI, 30 avril 1997.
- ¹³ DC. *Le rôle des diététistes professionnel(le)s dans le cadre des soins primaires*, Ottawa, DC, mai 2001. Peut être consulté sur le site des DC, <www.dietitians.ca/news/downloads/role_of_RD_french.pdf>.
- ¹⁴ FCRSS. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Ottawa, CHSRF, 2003, p. 4.
- ¹⁵ John Marriott et Ann Mable. *Possibilités et potentiel : examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé primaires*, Ottawa, Santé Canada, 2000. Peut être consulté sur le site de Santé Canada, <www.hc-sc.gc.ca/phctf-fassp/francais/new.html>.
- ¹⁶ Donna Klaiman. *Améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans les soins de santé primaires*, janvier/février 2004, pp. 14-18.
- ¹⁷ Paul Hasselback et coll. *Le projet Taber de soins primaires intégrés : de la vision à la réalité* [en direct], août 2002 (cité le 18 juin 2004). Peut être consulté sur le site de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <www.chsrf.ca/final_research/ogc/hasselback_f.php>.
- ¹⁸ Claude Sicotte, Danielle D'Amour et Marie-Pierre Moreault. « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », *Social Science and Medicine*, 55, 2002, p. 991.
- ¹⁹ Nigel King et Angela Ross. « Professional Identities and Interprofessional Relations: Evaluation of Collaborative Community Schemes », *Social Work in Health Care*, 38(2), 2003, p. 69.
- ²⁰ Claude Sicotte, Danielle D'Amour et Marie-Pierre Moreault. « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », *Social Science and Medicine*, 55, 2002, p. 1000.
- ²¹ Sherry Dieleman et coll. « Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process », *Journal of Interprofessional Care*, 18, n° 1, février 2004.
- ²² Halton-Peel District Health Council. *Building a Primary Health Care Infrastructure in Halton-Peel: Planning for the Future*, Mississauga, Halton-Peel District Health Council, avril 2004, p. 23.
- ²³ Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé (CCARS). *Bulletin novembre 2003* [en direct], novembre 2003 (cité le 24 juin 2004). Peut être consulté sur le site du CCARS, <www.regionalization.org>.
- ²⁴ Peggy Leatt, George Pink et Micheal Guerriere. « Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare », *HealthcarePapers*, vol. 1, n° 2, Toronto, HealthcarePapers, 2000.
- ²⁵ *Ibid.*