



FCRSS

# Équipe de Collaboration Interprofessionnelle

Juin 2012

Tazim Virani

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Rapport commandé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada



ASSOCIATION DES  
**INFIRMIÈRES ET  
INFIRMIERS**  
DU CANADA

[fcrss.ca](http://fcrss.ca)

Ce document est disponible à [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca).

Le présent rapport de recherche, commandé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, est une publication de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. Financée dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes. Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de la FCRSS, de l'AIIC ou du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927024-54-6

*Équipe de Collaboration Interprofessionnelle* © Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2012.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCRSS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel, à [info@fcrss.ca](mailto:info@fcrss.ca).

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, tous droits réservés (année de publication du rapport). »

FCRSS

1565, avenue Carling, bureau 700  
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : [info@fcrss.ca](mailto:info@fcrss.ca)

Téléphone : 613-728-2238

Télécopieur : 613-728-3527

## MESSAGES PRINCIPAUX

- ▼ Contrairement aux idées reçues, il existe, tant au Canada qu'à l'étranger, tout un éventail de modèles de collaboration interprofessionnelle en soins de santé primaires dans lesquels les infirmières jouent un rôle essentiel.
- ▼ On a trouvé cinq types de modèles de soins interprofessionnels attribuant un rôle majeur au personnel infirmier dans les publications et la littérature grise :
  - ▼ modèles d'équipes interprofessionnelles
  - ▼ modèles dirigés par le personnel infirmier
  - ▼ modèles de gestion de cas
  - ▼ modèles d'orientation des patients
  - ▼ modèles de soins partagés
- ▼ On peut mettre en œuvre un ou plusieurs modèles de soins dans un même milieu de santé.
- ▼ Bien que les données probantes à l'appui de l'efficacité de ces modèles de soins puissent présenter des différences, les résultats aux niveaux des patients, des fournisseurs et des systèmes sont de plus en plus positifs.
- ▼ Le choix du bon modèle dépend du contexte, dont les variables comprennent :
  - ▼ le rôle de leadership (en particulier le leadership infirmier), de défenseur et de champion d'un modèle donné;
  - ▼ l'environnement politique, les partis pris et les soutiens;
  - ▼ l'environnement réglementaire;
  - ▼ la connaissance sur les besoins de la population visée;
  - ▼ la disponibilité, la préparation et l'expérience des ressources humaines;
  - ▼ la volonté des fournisseurs de collaborer;
  - ▼ la capacité à former un ensemble pertinent de fournisseurs;
  - ▼ l'appui à la formation des équipes (possibilités, forums, temps, financement);
  - ▼ l'appui pour relever les défis et combler les lacunes dans le système de santé;
  - ▼ les actifs disponibles (équilibre dans la charge de travail, financement, expertise, espace, soutien en nature).
- ▼ Les leçons apprises sur la planification et la mise en œuvre des modèles de prestation de soins interprofessionnels doivent être diffusées largement en parallèle avec les soutiens à la mise en œuvre.
- ▼ Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour dégager les éléments essentiels de chacun des cinq modèles, mais comme le contexte est important, il faudrait encourager la mise en œuvre de modèles novateurs de soins, accompagnée d'une évaluation rigoureuse.

## RÉSUMÉ

Alors qu'il élabore des stratégies sur la meilleure façon de fournir à ses citoyens un accès équitable aux soins de santé, le Canada devrait accorder une attention particulière au moyen d'optimiser au mieux ses ressources humaines en santé. La réponse consiste à tirer parti du plus grand groupe de prestataires des soins, à savoir le personnel infirmier, tout en reconnaissant que les bénéficiaires des services de santé ont besoin d'une gamme de connaissances et de compétences d'un large éventail de professionnels de la santé.

Quels sont les exemples de modèles de collaboration interprofessionnelle en soins de santé primaires qui ont été mis à l'essai? Nous avons effectué une analyse documentaire exploratoire qui comprenait la littérature publiée et grise, ainsi que de l'information recueillie des personnes-ressources clés. Cette analyse visait (1) à recueillir des exemples de modèles de soins dans des établissements de santé primaires et d'autres établissements de soins non actifs qui confèrent un rôle majeur au personnel infirmier et (2) à comprendre l'efficacité de ces modèles ainsi que les principaux facteurs de réussite de leur mise en œuvre.

Les modèles de soins ont été regroupés en cinq grandes catégories :

1. Modèles d'équipes interprofessionnelles
2. Modèles dirigés par le personnel infirmier
3. Modèles de gestion de cas
4. Modèles d'orientation des patients
5. Modèles de soins partagés

**Modèles d'équipes interprofessionnelles** : il s'agit d'équipes dans différentes disciplines de la santé qui travaillent ensemble dans la réalisation des objectifs communs pour répondre aux besoins d'une population de patients. Les membres des équipes se répartissent le travail en fonction de leur champ de pratique respectif, s'échangent de l'information pour s'entraider et coordonnent les processus et les interventions pour fournir un certain nombre de services et de programmes. Dans des équipes bien rodées ou bien au point, les patients et leur famille comptent parmi les membres clés. Des exemples de modèles d'équipes interprofessionnelles comprennent des équipes de santé familiale, des équipes des centres de santé communautaires et des équipes de santé intégrées. Nous recueillons des données probantes positives sur des modèles d'équipes interprofessionnelles, et en particulier sur des équipes qui travaillent avec des patients atteints de maladies chroniques ou ayant des problèmes de santé mentale.

Les modèles d'équipes interprofessionnelles de soins varient en fonction des éléments inhérents à la structure et aux processus des équipes, notamment le contexte, les processus au sein des groupes, la nature des tâches et l'intensité de la collaboration, laquelle peut aller des activités consultatives à des pratiques intégratives. L'efficacité des équipes dépend de la connaissance réciproque du rôle et des champs de pratique de chacun des membres, de la confiance et du respect mutuels entre les membres, de l'engagement à bâtir des relations, de la volonté de coopérer et de collaborer ainsi que du degré de soutien organisationnel dont bénéficient les équipes. Des incitatifs, comme des politiques et de lois pertinentes à l'échelle du système, des modèles de rémunération favorables, l'équilibre de la charge de travail, les conditions de travail (possibilités de communication, de discussion, de travail concerté) et les caractéristiques de l'équipe (taille et leadership de l'équipe), influencent la façon dont les membres de l'équipe collaborent à l'atteinte des résultats positifs.

**Modèles de soins dirigés par le personnel infirmier :** il s'agit de programmes, de centres, de cliniques ou de services structurés qui accordent de l'importance au rôle des professionnels infirmiers et dans lesquels ces derniers fournissent seuls ou en collaboration des services infirmiers. Les interventions du personnel infirmier sont de nature holistique et comprennent l'évaluation, le traitement, l'éducation du patient, le soutien aux services de santé et à l'auto-prise en charge, ainsi que les activités de sensibilisation auprès des populations difficiles à joindre atteindre les populations. Des exemples de modèles dirigés par des infirmières comprennent des cliniques dirigées par le personnel infirmier autorisé (IA) ou par le personnel infirmier praticien (IP), des centres de soins infirmiers et des programmes intégrés dans des équipes ou des programmes plus vastes. Les programmes dirigés par des infirmières autorisées ou des infirmières praticiennes peuvent être des programmes généraux, comme ceux qui fournissent des soins à des patients ayant des problèmes indifférenciés dans des cliniques de soins primaires, ou des programmes destinés à des groupes de patients ayant des besoins de soins très précis (par exemple, les patients cardiaques, les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, les patients nécessitant le dépistage du cancer colorectal par sigmoïdoscopie flexible ou les patients ayant besoin de soutien à la désaccoutumance au tabac). Les données probantes montrent que les modèles de soins dirigés par le personnel infirmier fournissent des services de santé comparables ou meilleurs à ceux des modèles dirigés par des médecins.

**Modèles de gestion de cas :** ces modèles sont le plus souvent intégrés dans des modèles d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires et tendent généralement à se concentrer sur des groupes de patients nécessitant beaucoup de ressource ou ayant des besoins complexes, tels que les malades chroniques. La principale caractéristique est l'affectation d'un nombre défini de patients à un seul prestataire (un gestionnaire de cas) qui a pour responsabilité de coordonner les activités pour atteindre les objectifs des patients, comme le soutien aux patients pour qu'ils restent le plus longtemps possible dans la communauté. Dans ce modèle, l'accent est souvent mis sur des facteurs systémiques comme la prévention des réadmissions ou la réduction de la durée du séjour dans les hôpitaux. Le rôle de gestionnaire de cas est habituellement confié aux infirmières parce qu'elles apportent un vaste éventail de connaissances et de compétences (sur le plan clinique, des relations interpersonnelles et de la résolution des problèmes). L'évaluation des modèles de gestion de cas n'est pas une tâche facile, on peut difficilement isoler les éléments clés qui contribuent aux résultats. Les conclusions concernant le modèle sont mitigées.

**Modèles d'orientation des patients :** ils sont relativement nouveaux dans le secteur de la santé. Ils requièrent d'un orienteur qui joue un rôle à multiples facettes, notamment défendre les malades, aider les patients à naviguer dans le système de santé, surmonter ou éliminer les obstacles, coordonner les activités pour répondre aux besoins des patients. Les orienteurs peuvent être des infirmières, des travailleurs sociaux ou des non-spécialistes. En général, les orienteurs des patients se concentrent sur l'expérience de ces derniers, s'assurent qu'ils reçoivent des services en temps opportun et veillent à ce qu'ils ne soient pas laissés pour compte dans le système de santé. Les orienteurs qui ont pour responsabilité d'évaluer des patients, s'occupe de la prise en charge des symptômes et du cheminement accéléré des patients à travers le système en fonction de leur état clinique. Ces modèles de soins sont utilisés dans les cas des patients atteints de cancer ou soupçonnés de l'être et des malades chroniques. Les conclusions de recherche concernant ce modèle sont mitigées.

**Modèles de soins partagés :** ce sont principalement des modèles dans lesquels deux des prestataires de soins (par exemple, une infirmière et un médecin, une infirmière et un pharmacien ou une infirmière et un travailleur de santé communautaire) ont la responsabilité conjointe des groupes de patients ou de programmes précis. D'autres fournisseurs y participent, mais à un degré nettement moindre. La prise en charge conjointe des patients ou la cogestion des programmes exige une définition claire des rôles et des responsabilités, des niveaux élevés de communication et de collaboration ainsi qu'un degré élevé de respect et de confiance mutuels dans la contribution de chacun aux soins des patients. Les conclusions quant à l'impact de ces modèles sur les résultats de santé et sur le système sont mitigées. Les problèmes résident principalement dans l'ambiguïté des rôles et dans la question de confiance entre prestataires.

**Un inventaire exhaustif des obstacles et des catalyseurs** a été effectué à partir de la littérature et de l'analyse des études de cas. Ils sont regroupés en cinq catégories :

1. Des facteurs politiques et systémiques (législation favorisant l'optimisation du champ de pratique).
2. Des facteurs de modèle de soins appropriés (adaptés aux besoins de la population de patients).
3. Des facteurs liés aux individus et aux équipes (collaboration interprofessionnelle efficace).
4. Des facteurs organisationnels (analyse de cas valables).
5. Facteurs liés à la mise en œuvre (formation, processus de travail intégré).
6. Ces facteurs n'ont pas été différenciés pour les cinq modèles, car ces derniers comportent des points communs importants par rapport aux obstacles et aux catalyseurs.

**Cinq recommandations importantes** sont formulées à partir des leçons tirées de cet examen exploratoire :

1. Approfondir l'étude des modèles de soins mentionnés dans le présent examen exploratoire.
2. Faire preuve d'ouverture à l'égard de la pluralité des modèles de soins de santé primaires, du moins à court terme : c'est une bonne chose que d'appuyer divers modèles de soins.
3. Élaborer une stratégie pancanadienne pour intégrer les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes dans les modèles de soins de santé primaires.
4. Promouvoir le recours à des modèles de soins dont la mise en œuvre est fondée sur les données probantes et l'utilisation du cadre PEPPA (« A Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing ») qui est un processus participatif, fondé sur des données probantes et axé sur les patients pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la pratique infirmière avancée.
5. Appuyer le personnel infirmier dans sa volonté de mettre en œuvre des modèles novateurs de soins de santé primaires.