



RÉSUMÉ

Le développement d'équipes interprofessionnelles de soins primaires au Canada

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILI
DU CANADA



CENTRE DE
MÉDECINE
DE FAMILLE

Six millions de personnes au Canada n'ont pas accès à un médecin de famille. Bien que la création d'équipes interprofessionnelles ait été revendiquée au pays afin d'améliorer l'accès, le mouvement à grande échelle vers des soins offerts par des équipes bien dotées en ressources demeure inachevé. En l'absence de mesures de soutien systémiques et de directives explicites de la part des gouvernements, seuls quelques cabinets de médecine de famille se sont organisés en équipes conformément à la vision du **Centre de médecine de famille (CMF)** du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). En examinant 17 de ces cliniques citoyennes, nous avons relevé ce qui suit :



Principes fondamentaux pour une transformation citoyenne vers la pratique en équipe



Fonds : Obtenir un soutien financier au moyen d'un investissement personnel ou d'un financement gouvernemental ou communautaire.



Dossiers médicaux électroniques (DMÉ) : Assurer le lien entre les membres de l'équipe de santé au moyen de DMÉ.



Champion : Désigner pour diriger cette transformation un champion qui est animé d'une vision, d'une passion et d'un dévouement envers les soins offerts en équipe.



Partenariats : Établir des partenariats pour bénéficier d'une expertise diversifiée, regroupant des médecins, du personnel infirmier, d'autres membres de l'équipe de santé et des patients, afin de cerner les besoins de la communauté et de collaborer à la conception du CMF.

Processus clés pour une transformation citoyenne vers la pratique en équipe



Évaluation des besoins et planification stratégique : Cerner les besoins de la communauté en analysant les bilans démographiques ainsi que la documentation relative à la population concernée et en mobilisant la communauté.



Développement d'un plan d'affaires : Décrire la situation actuelle du cabinet, expliquer les changements proposés et justifier la demande de ressources.



Gestion du changement : Former les membres de l'équipe, favoriser leur engagement et les encourager.



Amélioration continue de la qualité : Recueillir et analyser continuellement la rétroaction et les données sur les résultats dans le cabinet et dans la communauté desservie, et apporter les ajustements nécessaires.

*NosSoins, <https://fr.ourcare.ca>

D'après les cliniques citoyennes, le changement a permis...

Un meilleur accès :

« Le nombre de patients vus en consultation a doublé, et, naturellement, on a aussi obtenu plus de deux fois le nombre de retours à la clinique. Nous avons donc pu constater, grâce à nos statistiques, que nous atteignons plus de gens. » (Participant 20)

« Cela m'a permis aussi d'accroître ma patientèle pour suivre plus de patients que lorsque j'exerçais en solo. Mais en plus, je peux offrir un accès aux soins en temps opportun avec l'aide de mon adjoint. » (Participant 21)

Une analyse supplémentaire des données administratives sur la santé a permis de conclure à l'avantage des cliniques citoyennes en Ontario par rapport aux cliniques des équipes de santé familiale et aux cabinets de médecine de famille où les soins ne sont pas dispensés en équipe, car elles présentent un plus grand nombre de patients inscrits par médecin de famille et de consultations annuelles par médecin de famille (au total et pour les malades chroniques).

	Ontario : cliniques citoyennes où les soins sont dispensés en équipe	Ontario : cliniques (non- citoyennes) où les soins sont dispensés en équipe	Ontario : cabinets où les soins ne sont pas dispensés en équipe
Patients inscrits par médecin de famille	1 371	1 228	587
Consultations annuelles par médecin de famille	2 792	2 321	1 378
Consultations annuelles de patients souffrant de maladies chroniques par médecin de famille	935	725	385

Source des données : ICES AHRQ Project P0908.104.000

Une meilleure collaboration entre les membres de l'équipe et une plus grande satisfaction professionnelle :

Les médecins de famille éprouvent une plus grande satisfaction et souffrent moins d'épuisement professionnel. On a constaté une plus grande efficacité organisationnelle et de meilleurs rapports collaboratifs, ce qui a permis un partage des connaissances entre les disciplines.

«... nos clients se rendaient 39 % moins souvent aux services d'urgence que les autres clients de la province.» (Participant 1, décrivant les retombées de l'application du modèle du CMF à sa clinique)

Une meilleure utilisation des services de santé :

Le recrutement des médecins de famille s'est amélioré, les cabinets se sont agrandis, et les services communautaires et les programmes spécialisés ont été mieux intégrés. L'efficacité globale s'est améliorée, avec une réduction des coûts et une diminution des visites aux services d'urgence locaux.

Recommandations pour tous les paliers de gouvernement

1. Prioriser les possibilités de financement souples et sûres pour la transformation vers des soins offerts en équipe, qui favorisent l'autonomie des prestataires dans la mise en œuvre du modèle du CMF.
2. Établir des processus clairs et accessibles de soumission des plans d'affaires, qui mènent à de l'aide financière et à du soutien opérationnel.
3. Encadrer les initiatives pilotes en y adjoignant des systèmes complets de surveillance et d'évaluation, qui permettent de mesurer les répercussions des transformations sur les cabinets de soins primaires et leurs patients.



Citation suggérée : Grierson L, Shah AQ, Elma A. *Le développement d'équipes interprofessionnelles de soins primaires au Canada* : résumé. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada. 2024.

Auteurs : Lawrence Grierson, Aimun Q. Shah, Asiana Elma

© 2024 Le Collège des médecins de famille du Canada

Remerciements et avertissements : Cette étude a été soutenue par l'ICES, qui est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). Les opinions, résultats et conclusions qui y sont exposés n'engagent que les auteurs et sont indépendants des sources de financement. Ils ne sont pas sanctionnés par l'ICES ni par le MSSLD, et la sanction de ces organismes ne doit pas être inférée. Certaines sections de ce document se basent sur des données et/ou des renseignements compilés et fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Cependant, les analyses, conclusions, opinions et propos exprimés dans le document sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'ICIS. Certaines parties de ce document sont basées sur des données et des renseignements fournis par Santé Ontario (SO). Les opinions, résultats, avis et conclusions présentés dans cet article sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de SO. SO n'a pas approuvé ce document et son appui ne doit pas être inféré. Veuillez noter que l'étude a également utilisé des données adaptées à partir du Fichier de conversion des codes postaux MO de Statistique Canada, qui se base sur des données homologuées de la Société canadienne des postes, et/ou des données adaptées à partir du Fichier de conversion des codes postaux du ministère de la Santé de l'Ontario, qui contient des données copiées en vertu d'une licence de la Société canadienne des postes © et de Statistique Canada.