

Frikha Y., et al. (2024)

# Transformer les soins primaires par un modèle basé sur le travail d'équipe en « colocation »

Une revue de la portée

## Objectifs

- Comprendre l'opérationnalisation des modèles de soins interprofessionnels (organisation et coordination des services)
- Décrire les besoins et les contextes d'émergence des modèles de soins interprofessionnels
- Identifier les impacts des modèles pour les patients et les professionnels et sur le plan économique

Au Canada, des réformes des soins primaires ont conduit à la mise en œuvre de **modèles interprofessionnels pour améliorer l'accès, l'intégration et la prévention dans les soins aux patients**, mais des défis persistent [1]. Malgré la création des groupes de médecine de famille (GMF) au Québec, une proportion considérable de la population n'a toujours pas accès à un médecin de famille ou à des services psychosociaux, et les services d'urgence des hôpitaux sont engorgés [2]. Il est donc important de mieux comprendre le fonctionnement des modèles interprofessionnels en première ligne afin de déterminer ce qui est efficace, en vue d'identifier les éléments qui contribueront à mieux répondre aux besoins des populations au Québec et ailleurs.

## Méthodologie

Critères d'inclusion des articles dans la revue de la portée

5952 études recensées  
15 études analysées

- Modèles interprofessionnels en première ligne (hors du contexte hospitalier)
- Présence d'un médecin dans l'équipe
- Équipe rassemblée dans un point de service (« colocation »)
- Services fournis par les professionnels font partie de l'offre générale des services de première ligne (exclusion des programmes dédiés à une pathologie spécifique)
- Informations disponibles et suffisantes sur le fonctionnement des modèles sur le terrain et sur les effets de ces modèles sur la population, les professionnels ou les coûts du système de santé

[1] Aggarwal M, Hutchison B. *Toward a primary care strategy for Canada*. Ottawa (CA): Canadian Foundation for Healthcare Improvement; 2012.

[2] Plourde A. *Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence : Un modèle à revoir en profondeur*. Montréal: Inst Rech Inf Socioéconomiques; 2022. p. 1-25. [Corps](#).

# Principaux résultats

## 1 Composition des équipes, optimisation des rôles et organisation des services

- L'opérationnalisation des modèles présente une variabilité importante, notamment en ce qui concerne les types de professionnels présents, ce qui influence les types de services offerts.
- Les modèles recensés ne comptaient aucune discipline de la réadaptation (p. ex. : ergothérapie, kinésiologie, physiothérapie), et aucun article n'aborde le rôle du personnel administratif.
- Le médecin est le plus souvent la porte d'entrée pour l'évaluation des besoins des patients et leur orientation vers le bon professionnel (certains modèles reposent davantage sur les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ou cliniciennes).
- Le soutien des gestionnaires est un facteur clé de succès pour l'implantation des modèles.
- Les outils de collaboration, en particulier les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) partagés et les rencontres interprofessionnelles, ainsi que la présence des professionnels sur le même site, sont des facteurs cruciaux pour la réussite.
- Le patient n'a pas été identifié comme un partenaire à part entière de la collaboration interprofessionnelle dans ces modèles.

## 2 Conception des modèles selon les caractéristiques et les besoins spécifiques d'un secteur

- Ces modèles sont généralement mis en place pour répondre à des types de clientèle spécifiques, soit les personnes vivant avec des troubles de santé mentale ou des maladies chroniques, mais rarement les deux à la fois. Certains modèles se concentrent sur des populations vulnérables ou marginalisées.
- Aucun ensemble unique de critères favorisant la mise en œuvre de ces modèles interprofessionnels n'est apparu. L'étude minutieuse des caractéristiques spécifiques et des besoins d'un secteur est essentielle pour développer un modèle qui correspondra aux besoins de la population.
- Certains éléments sont à prendre en compte dans la mise en place des modèles : le type de secteur (urbain, suburbain, rural), les besoins de la population en matière de services (p. ex., santé mentale, maladies chroniques), et le type et le ratio de professionnels disponibles dans le secteur. Bien comprendre les besoins de la population et les caractéristiques du secteur permet de déterminer les services à offrir et de choisir le type de professionnel à inclure en conséquence, au regard des possibilités du secteur.

## Intégration limitée des résultats de santé, de l'expérience des patients et des prestataires et des coûts des soins de santé

- Globalement, les modèles semblent répondre aux attentes d'un modèle de soins primaires interprofessionnel performant tant pour les patients que pour les professionnels. Cependant, bien qu'il s'agisse d'un des objectifs de la réforme des soins de première ligne, les articles n'abordaient pas la prévention ou l'autogestion des patients.
- Les résultats concernant la rentabilité des modèles sont peu nombreux, contrairement aux résultats qualitatifs analysant l'expérience subjective des patients et/ou des professionnels. Cela montre une faible intégration des aspects économiques et qualitatifs dans l'évaluation des modèles.
- Les facteurs facilitants mis en évidence comprennent les modes de financement et de rémunération des professionnels, la présence d'un gestionnaire de cas ou d'un coordinateur de services, l'adhérence du médecin au modèle, la stabilité du personnel, les compétences individuelles et une vision partagée du modèle et des services.

## À retenir

La variabilité des résultats révèle la **complexité** de la mise en œuvre des modèles; il est impossible d'identifier un seul modèle idéal ou des caractéristiques universelles pour leur implantation. Il est essentiel de procéder à une évaluation des caractéristiques et des besoins d'une population sur un territoire donné afin de concevoir un modèle permettant de répondre à ces besoins. La sélection des professionnels à inclure dans l'offre de services est décisive pour répondre adéquatement aux besoins de la population.

Une approche **collaborative** – incluant différents acteurs, dont les professionnels de la santé et les patients – semble incontournable. La **coconstruction** entre ces acteurs est pertinente à toutes les étapes du processus : de l'évaluation des besoins à l'implantation du modèle dans le milieu, en passant par la conception du modèle de soins et services. Le maintien du soutien et de l'implication constante après l'implantation du modèle apparaît essentiel pour permettre son bon fonctionnement sur le terrain.

Une approche **intégrée**, prenant en compte les aspects systémiques (financement, politiques favorables et gouvernement), organisationnels (colocation, leadership efficace, outils de collaboration), interindividuels (communication, objectifs communs) et individuels (engagement et intérêt pour la collaboration), est également essentielle. Le **financement** du modèle et le mode de rémunération des professionnels sont des facteurs clés, parmi d'autres, pour la réussite de l'implantation des modèles.

Enfin, il est nécessaire de réfléchir aux meilleurs indicateurs pour **évaluer l'efficacité** d'un modèle de soins, ainsi qu'aux méthodes de collecte de données relatives à ces indicateurs.

**Auteur(-trice)s de l'article original** | Yasmine Frikha, Andrew R. Freeman, Nancy Côté, Claudèle Charette et Maxime Desfossés  
**Synthèse graphique** | Joanie Bédard et Anne-Marie Cardinal

Pour lire l'article  
complet > [cliquez ici](#)

