

Occupational Therapy in Primary Care

Module 2

Fondements des soins primaires offerts en équipe

Please note: This course was designed to be interacted and engaged with using the online modules. This **Module Companion Guide** is a resource created to complement the online slides. If there is a discrepancy between this guide and the online module, please refer to the module.

TABLE OF CONTENTS

1.1 Les éléments fondamentaux des soins primaires	3
1.2 Les modèles de soins primaires.....	14
1.3 Promouvoir des soins primaires culturellement plus sécuritaires et axés sur l'équité.....	23
1.4 Rôles et domaines de pratique.....	33
1.5 Stratégies pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle	54
1.6 Ressources	62
1.7 Références	66
1.8 Remerciements	69

1.1 LES ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DES SOINS PRIMAIRES

Dans cette section, vous apprendrez ce qui définit les soins primaires, quels sont les principes fondamentaux des soins primaires, et pourquoi les soins primaires sont le fondement de systèmes de santé solides.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette section, vous serez en mesure de définir et de décrire les éléments fondamentaux des soins primaires. Plus précisément, vous serez en mesure de :

1. Présenter ce que les soins primaires sont et ce qu'ils ne sont pas.
2. Identifier les cadres théoriques des soins primaires et comprendre comment ils se recoupent.
3. Décrire l'impact, les avantages et les valeurs des soins primaires pour les patientèles, les prestataires et les systèmes de santé.

Définir les soins primaires

Les termes **soins primaires** et **soins de santé primaires** sont souvent utilisés de manière interchangeable. Ils désignent toutefois des concepts différents – quoique liés. **Ce module est axé sur les soins primaires.**

Cliquez sur les cartes-éclair pour comparer les concepts de soins de santé primaires et de soins primaires tels que définis par Santé Canada (2015).

Soins de santé primaires

« Les soins de santé primaires se distinguent par une approche de la santé et une gamme de services qui vont au-delà du système de soins de santé traditionnel, ce qui comprend tous les services qui touchent à la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement » (Santé Canada, 2015).

Soins primaires

« Les soins primaires constituent un élément au sein des soins de santé primaires. Ils se concentrent sur les services de soins de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies » (Santé Canada, 2015).

Les termes « soins de santé primaires » et « soins primaires » ont également été définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Cliquez sur les cartes pour comparer les concepts de soins de santé primaires et de soins primaires tels que définis par l'OMS.

Soins de santé primaires

« Les soins de santé primaires sont une approche globale touchant l'ensemble de la société et qui comporte trois composantes : (a) les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique en tant que base des services de santé intégrés; (b) les politiques et les mesures multisectorielles; (c)

l'autonomisation des populations et des communautés. » [traduction libre] (Organisation mondiale de la santé, s.d.)

Soins primaires

« Les soins primaires sont un processus clé dans un système de santé qui offre des services de promotion, de protection, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs tout au long de la vie. » [traduction libre] (Organisation mondiale de la santé, s.d.)

Les « 4C » des soins primaires

Barbara Starfield, une médecin américaine, a décrit quatre attributs de base (parfois appelés piliers ou éléments) des soins primaires (Starfield et al., 2005).

1. **Accès et utilisation au premier contact** : Pour la plupart des gens, les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système de santé, chaque fois que cela est nécessaire.
2. **Continuité** : Les relations à long terme entre une personne et un prestataire de soins de santé ou une équipe de prestataires, fondées sur la confiance mutuelle, constituent le fondement des soins primaires.
3. **Complétude** : Une gamme diversifiée de services de promotion de la santé, de prévention, de protection, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs est fournie en fonction du contexte des soins primaires.
4. **Coordination** : Les services et les soins reçus dans l'ensemble du système de santé sont organisés et intégrés au fil du temps.

Remarque : Un cinquième élément a été ajouté, soit le fait de **mettre la personne ou la patientèle au centre**. Celui-ci met l'accent sur la nécessité de sensibiliser et d'autonomiser les gens pour leur permettre de prendre des décisions et de participer à leurs propres soins.

[Lecture recommandée](#)

Cliquez sur le bouton pour lire l'article de Starfield (en anglais) et en apprendre davantage sur les quatre attributs fondamentaux des soins primaires : Contribution of Primary Care to Health Systems and Health.

Dans le sillage de Starfield

Ci-dessous, vous en apprendrez davantage sur trois projets qui s'appuient sur les quatre attributs fondamentaux des soins primaires de Starfield et sur la façon dont les éléments des soins primaires peuvent être opérationnalisés.

1. Les 10 éléments constitutifs

En 2014, Thomas Bodenheimer a publié un article sur les 10 éléments constitutifs des soins primaires performants. Pour déterminer ces éléments constitutifs, il s'est basé sur des études de cas, dont la visite de 23 lieux de pratique et une revue de la littérature sur les modèles de soins primaires (Bodenheimer, 2014).

Cliquez sur les marqueurs numérotés sur l'image pour en savoir plus sur les 10 éléments constitutifs des soins primaires performants.

0. Modèle pour l'avenir

Une clinique qui offre une variété de formes d'interactions, y compris des interactions virtuelles, en personne, individuelles et de groupe, et des visites auprès des membres de l'équipe. Des modèles de paiement qui ne récompensent pas les visites en personne sont nécessaires.

1. Leadership

Une direction pleinement engagée dans le processus de changement à tous les niveaux de l'organisation.

2. Importance des données

Des systèmes de données qui permettent de suivre les indicateurs cliniques, les processus et l'expérience de la patientèle, et de partager régulièrement les résultats afin de favoriser l'amélioration.

3. Prise en charge en équipe

La patientèle est reliée à une équipe de soins primaires et à un membre des prestataires de soins de santé en soins primaires.

4. Soins offerts en équipe

Les équipes ont une composition diversifiée, avec des fonctionnalités clés pour soutenir la collaboration, comme la colocalisation, le respect, des stratégies pour favoriser une communication régulière et l'autonomisation de chaque membre de l'équipe.

5. Patientèle

Le partenariat patientèle-équipe signifie que la patientèle participe à une prise de décision partagée.

6. Gestion de la population

Les cabinets de soins primaires stratifient les besoins de la patientèle pour leur fournir des soins et un accès aux membres de l'équipe en fonction de leurs besoins.

7. Continuité des soins

Chaque patientèle est relié à un prestataire de soins primaires et à une équipe (nécessite une prise en charge en équipe).

8. Accès rapide

L'accès rapide aux soins est lié à la mesure et au contrôle de la taille du groupe et à une équipe hautement fonctionnelle.

9. Complétude et coordination des soins

La complétude fait référence à la capacité de la pratique de répondre à la plupart des besoins de la patientèle.

[Lecture recommandée](#)

Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur les 10 éléments constitutifs des soins primaires performants.

2. Les principes partagés des soins primaires

Ted Epperly a dirigé un processus de collaboration multipartite pour définir les principes des soins primaires à l'aide d'un vocabulaire commun et permettre de parler d'une seule voix. Ce modèle conceptuel a été élaboré en réponse aux critiques des modèles passés, qui ont été décrits comme « dirigés par les médecins » et « centrés sur la patientèle », sans inclure de voix communautaires fortes dans la création des principes (Epperly et al., 2019).

« Le processus collaboratif a permis de réidentifier les quatre principes classiques de Starfield – continuité, complétude, coordination et accessibilité – ainsi que plusieurs autres concepts importants. » [traduction libre] (Epperly et al., 2019)

Cliquez sur les onglets pour en savoir plus sur les principes partagés des soins primaires déterminés par le processus collaboratif d'Epperly.

Approche centrée sur la personne et la famille

Passant d'une approche centrée sur la patientèle à une approche centrée sur la personne, le premier principe vise à développer « un rôle de partenariat axé sur l'autonomisation pour les individus et les familles » où les soins sont individualisés et basés sur les forces, les valeurs et les objectifs par l'entremise d'une prise de décision partagée (Epperly et al., 2019).

Continuité

Ce principe réitère le fondement relationnel des soins primaires en tant que « relation dynamique, de confiance, respectueuse et durable entre les individus, les familles et les membres de leur équipe clinique » (Epperly et al., 2019).

Complétude et équité

Selon ce principe, les soins primaires doivent tenir compte de l'impact des déterminants sociaux et des iniquités sociales, traiter les problèmes de santé les plus divers et s'adresser aux personnes de tous âges, quel que soit leur genre. En vertu de ce principe, les soins primaires sont appelés à être associés à des organismes communautaires pour promouvoir la santé de la population et l'équité en matière de santé.

Soins collaboratifs et offerts en équipe

Les milieux de soins primaires reconnaissent leur nature interprofessionnelle. Les prestataires de soins de santé y exploitent leurs compétences à leur plein potentiel, chaque personne y est valorisée, et la charge de travail y est répartie pour assurer une main-d'œuvre en santé.

Coordination et intégration

La coordination fait ici référence à la manière dont les soins de santé sont organisés, au-delà des soins primaires. L'intégration concerne la façon dont les données et les dossiers de santé peuvent éclairer les soins tant dans le contexte des soins primaires que dans le domaine plus vaste des soins de santé.

Accessibilité

Ce principe tient compte des nombreuses façons dont les individus peuvent accéder aux soins primaires, y compris en personne et virtuellement (téléphone/vidéo/autre), sans obstacles physiques, cognitifs, socioéconomiques, de littératie et linguistiques. Il favorise également l'accès des gens à leurs propres renseignements de santé.

Valeur élevée

Selon ce principe, les soins primaires sont responsables des résultats pour la santé et de l'utilisation judicieuse et responsable des ressources du système de santé.

[Lectures recommandées](#)

Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur les principes communs des soins primaires décrits par Epperly.

Le Centre de médecine familiale (CMF)

En 2011, le Collège des médecins de famille du Canada a publié **Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine familiale – Le Centre de médecine de famille**, qui comprenait 10 piliers. Ce document a été révisé en 2019 et fournit des définitions claires des attributs des 10 piliers ainsi que des recherches à l'appui.

« Le CMF est une pratique de médecine familiale définie par la patientèle comme l'endroit où ils se sentent le plus à l'aise de parler de leur santé personnelle et familiale, ainsi que de leurs problèmes de santé. Le CMF peut être divisé en trois thèmes : Fondements, Fonctions et Développement continu » (Collège des médecins de famille du Canada, 2020).

Cliquez sur les marqueurs pour en savoir plus sur les différents piliers de la pratique décrits dans le document de vision du CMF.

1er pilier : Administration et financement

« Les pratiques ont besoin de membre du personnel, de soutien financier, de mobilisation, de gouvernance, de leadership et de gestion afin de fonctionner au sein de la communauté et d'offrir des soins exceptionnels. »

2e pilier : Infrastructure appropriée

« L'espace physique, les membres du personnel, les dossiers électroniques et les autres supports numériques, ainsi que l'équipement et les réseaux virtuels facilitent la prestation en temps opportun de soins complets, globaux et accessibles. »

3e pilier : Soins interreliés

« Le processus d'intégration de la pratique avec d'autres services et milieux de soins est rendu possible grâce à l'intégration de la technologie de l'information en santé. »

4e pilier : Soins accessibles

« Grâce à l'adoption de l'accès anticipé et des rendez-vous accélérés, de l'accès virtuel, des approches axées sur l'équipe et des soins accessibles, la patientèle peut être vus rapidement. »

5e pilier : Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale

« Un CMF doit rendre des comptes à la communauté qu'il dessert et répondre aux besoins de la population par l'intermédiaire d'interventions au niveau de la patientèle, de la pratique, de la communauté et des politiques. »

6e pilier : Soins complets offerts en équipe sous le leadership d'un médecin de famille

« Un vaste éventail de services est offert par une équipe interprofessionnelle. La patientèle ne voit pas toujours son médecin de famille, mais les interactions avec tous les membres de l'équipe sont communiquées de façon efficace au sein d'un CMF. Il est possible que l'équipe ne partage pas les mêmes locaux, mais la patientèle est toujours vu par un prestataire de soins de santé qui possède les compétences pertinentes, et celui-ci peut rejoindre un médecin (idéalement le médecin de famille de la patientèle) au besoin. »

7e pilier : Continuité des soins

« La patientèle est en meilleure santé et peuvent vivre pleinement leur vie quand elle reçoit des soins d'un prestataire responsable qui les accompagne et qui sait comment leur santé évolue au fil du temps. »

8e pilier : Soins offerts en partenariat avec la patientèle et sa famille

« Les pratiques de médecine familiale répondent aux besoins uniques de la patientèle et des familles dans leur environnement. »

9e pilier : Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche

« Les pratiques de médecine de famille s'efforcent de progresser grâce à la mesure du rendement et à l'ACQ. La sécurité de la patientèle est toujours une priorité et de nouvelles idées sont mises de l'avant grâce à l'implication de la patientèle dans les activités de recherche et d'ACQ. »

10e pilier : Formation, éducation et développement professionnel continu

« Mettre l'accent sur la formation et l'éducation garantit que les connaissances et l'expertise des médecins de famille peuvent être partagées avec l'ensemble de la communauté des soins de santé, et au fil du temps en créant des organismes d'apprentissage où les personnes étudiantes et les médecins qui exercent la médecine à temps plein peuvent demeurer à la fine pointe des meilleures pratiques. »

[Lecture recommandée](#)

Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur la vision du CMF.

Comment les concepts se comparent-ils entre ces trois descriptions des fondements des soins primaires?

Un tableau récapitulatif des différentes caractéristiques des trois cadres théoriques des soins primaires présentés dans cette section vous est fourni.

Concepts clés	10 éléments constitutifs	Principes partagés des soins primaires	Centre de médecine familiale
Élaboration du cadre	Études de cas des sites de soins primaires, revue de la littérature	Vaste mobilisation des parties prenantes, y compris les personnes et les familles	Collège des médecins de famille du Canada
Les 4C de Starfield	Prise en charge en équipe Complétude Coordination des soins	Coordination et intégration Complétude et équité Continuité	Soins complets offerts en équipe Continuité des soins Soins interreliés
Patientèle – familles	Patientèles engagées dans une prise de décision partagée	Partenariat axé sur l'autonomisation, centré sur la personne et la famille	Soins en partenariat avec la patientèle et la famille
Soins offerts en équipe	Collaboration et autonomisation des membres de l'équipe	Collaboration et travail d'équipe, soutien à l'exploitation de l'ensemble des compétences	Soins en équipe avec leadership du médecin
Équité		Complets et équitables	
Accès	Accès rapide aux soins	Accessibles	Soins accessibles

Cliquez sur l'onglet ci-dessous pour comprendre les avantages de définir les principes ou attributs fondamentaux des soins primaires.

Avantages de la définition des principes des soins primaires

- Les cabinets et les prestataires de soins primaires peuvent déterminer à quel point leurs pratiques actuelles sont conformes aux principes, et où un travail supplémentaire serait nécessaire.
- Les personnes enseignantes peuvent axer la formation interprofessionnelle sur les soins primaires offerts en équipe et encourager des membres d'autres professions (p. ex. travail social, physiothérapie, ergothérapie, pharmacie, diététique, soins infirmiers, psychologie) à examiner comment ces principes peuvent être incorporés à la formation actuelle.
- Tous les paliers de gouvernement peuvent être encouragés à examiner comment les modèles de financement, les structures de gouvernance et les réformes peuvent aller dans le sens de ces principes.
- Les membres de l'équipe interprofessionnels peuvent développer un vocabulaire partagé et une compréhension commune des soins primaires afin de mieux conceptualiser, articuler et mettre en œuvre toutes leurs compétences au sein des équipes de soins primaires.

Ce que les soins primaires ne sont pas

Les soins primaires sont offerts dans la communauté, mais ils ne comprennent pas tous les soins dans la communauté.

Cliquez sur les onglets pour voir quatre exemples de soins dans la communauté en dehors des soins primaires.

Services de soins à domicile

Les services de soins à domicile aident les gens à rester chez eux et fournissent des soins ciblés par l'entremise d'un éventail de prestataires. Bien qu'axés sur la communauté, ils n'offrent pas de soins pour tous les problèmes de santé et ne coordonnent pas de soins supplémentaires en dehors de ce qui est fourni dans le cadre de l'ensemble des services de soins à domicile autorisés et désignés.

Services ambulatoires

Les services ambulatoires sont généralement rattachés à un hôpital, un centre de réadaptation ou une clinique. Ces services sont généralement limités dans le temps.

Soins de santé primaires

Les soins de santé primaires englobent une gamme plus vaste de mesures de soutien à la santé globale des personnes, des communautés et des populations, et peuvent inclure le logement, la nourriture ou l'éducation. Ce terme est assez souvent utilisé de manière interchangeable avec celui de « soins primaires », mais par définition, il va au-delà du système de santé.

Hôpitaux

Les hôpitaux fournissent des soins en établissement.

Terminez l'activité en sélectionnant et en faisant glisser l'exemple de service dans la catégorie appropriée (soins primaires, soins de santé primaires ou autre).

Définir les soins primaires de haute qualité

Maintenant que vous comprenez les éléments fondamentaux des soins primaires, il est important de définir à quoi ressemblent des soins primaires de haute qualité dans la pratique.

« Des soins primaires de haute qualité sont le fondement d'un système de soins de santé performant et sont essentiels pour atteindre les Quatre objectifs des soins de santé »

[traduction] (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

De plus, les **soins primaires de haute qualité** consistent en « la prestation de soins de santé complets, intégrés, accessibles et équitables par des équipes interprofessionnelles qui sont responsables de répondre à la majorité des besoins de santé et de bien-être d'une personne dans tous les contextes et par des relations soutenues avec la patientèle, les familles et les communautés » [traduction libre] (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

Des soins primaires de haute qualité sont associés à des soins de santé plus efficaces, plus efficaces et centrés sur la patientèle, qui comportent moins d'iniquités, et à des communautés plus inclusives.

Cliquez sur les onglets pour voir des résultats de recherche en faveur des soins primaires de haute qualité.

Plus efficaces

Une vaste recherche menée dans de nombreux pays a montré que les systèmes de soins primaires très performants ont des dépenses de santé globales plus faibles, avec une réduction des interventions inutiles et des recours évitables aux services d'urgence et aux hôpitaux. Cet objectif est

atteint grâce à la prévention, à l'identification précoce et aux relations à long terme établies dans les soins primaires (OCDE, 2020).

Plus efficaces et centrés sur la patientèle

Des recherches menées à travers le monde ont montré que des soins primaires de haute qualité peuvent améliorer les résultats en matière de santé de la population et créer des soins davantage centrés sur la patientèle. Une recherche phare menée par Starfield, Shi et Macinko (2005) a exploré la contribution des soins de santé primaires à la santé dans 18 pays de l'OCDE et a permis de constater que plus un pays est orienté vers les soins de santé primaires, meilleurs sont les résultats en matière de santé de la population.

Vous trouverez d'autres exemples dans la [note d'orientation de l'OCDE](#) (*cliquer pour afficher*).

Moins d'iniquités, et des communautés plus inclusives

Les prestataires et les équipes de soins primaires sont idéalement placés pour remédier aux iniquités en matière de santé, les principes fondamentaux des soins primaires se concentrant directement sur l'équité en matière de santé et les besoins de la communauté. Des études ont montré que des soins de santé primaires solides, en tant que premier point de contact avec le système, mènent à un meilleur accès et à des soins plus équitables et de meilleure qualité.

Les soins primaires sont efficaces pour ce qui est de la promotion de la santé et de la prévention, abordant la santé et les déterminants sociaux par l'entremise de soins relationnels et complets à long terme.

Des exemples sont présentés dans la [note d'orientation de l'OCDE](#) (*cliquer pour afficher*).

Lectures recommandées

Cliquez sur les boutons pour obtenir plus d'information et des exemples de soins primaires de haute qualité.

[Études de l'OCDE sur les politiques de santé](#)

[Realising the Potential of Primary Health Care](#)

[Contribution des soins primaires à la santé et aux systèmes de soins santé](#)

[Construire un système de soins primaires très performants :](#)

Après une décennie de changement de politique, est-ce que le Canada passe « De la parole aux gestes? »

Les Quatre objectifs

Les Quatre objectifs (il y en avait trois à l'origine) proposés par l'Institute of Healthcare Improvement sont considérés comme un repère pour le système de santé. Les quatre objectifs en question sont les suivants :

1. Améliorer la santé des populations
2. Améliorer l'expérience de la patientèle
3. Réduire les coûts des soins de santé
4. Assurer le bien-être de la main-d'œuvre

Remarque : L'équité, un cinquième objectif proposé

La pandémie de COVID-19 a attiré beaucoup d'attention sur les questions d'équité en matière de santé, et un cinquième objectif a été proposé.

Lectures recommandées

Cliquez sur les boutons pour plus d'informations sur les Trois, Quatre et Cinq objectifs.

[Le parcours des trois objectifs :](#)

Améliorer la santé de la population et l'expérience de la patientèle en réduisant les coûts des soins

[De Trois à Quatre objectifs:](#)

Soins pour la patientèle requiert des soins du prestataires de soins de santé

[Les Quatre objectifs pour l'amélioration des soins de santé](#)

Une nouvelle obligation pour progresser l'équité en matière de santé

Dans cette section, vous avez découvert les principes ou attributs fondamentaux des soins primaires et la manière dont ceux-ci contribuent à améliorer la qualité et l'efficacité des systèmes de santé. Dans la section suivante, vous découvrirez différents modèles de soins primaires de partout au Canada.

Passer à la section 1.2

Lien de page:

<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

<https://doi.org/10.1370/afm.1616>

<https://journals.stfm.org/familymedicine/2019/february/epperly-2018-0288/>

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en

<https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

<https://doi.org/10.1111/1468-0009.12674>

MODULE 2 COMPANION GUIDE

<https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2010/jul/triple-aim-journey-improving-population-health-and-patients>

<https://doi.org/10.1370/afm.1713>

https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2788483?casa_token=_wvXs-YA0doAAAAA:NHGnnxoOaN9bmVd3HK82XP9hFPdq2Zr4KBBmK_uGJSuJ0u039dQqRE3dbmO8l55tyxC4W7zO0NU

1.2 LES MODÈLES DE SOINS PRIMAIRES

Les modèles de soins peuvent être définis comme la façon dont les services de soins de santé sont organisés et offerts. Dans cette section, vous découvrirez le contexte historique des soins primaires au Canada et son influence sur les modèles de soins d'aujourd'hui. Vous en apprendrez davantage sur différents modèles de prestation de soins de partout au Canada et la mesure dans laquelle ils incluent la voix de la patientèle, l'approche populationnelle et l'orientation géographique.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette section, vous serez en mesure de décrire les modèles de soins primaires couramment utilisés au Canada. Plus précisément, vous serez en mesure de :

1. Reconnaître le contexte historique des soins primaires au Canada et la façon dont il est lié à l'état de la pratique et aux défis actuels.
2. Décrire des exemples de modèles de soins primaires offerts en équipe de partout au Canada.
3. Décrire comment la voix de la patientèle est prise en compte dans les différents modèles de pratique.
4. Déterminer comment les modèles de pratique intègrent l'approche populationnelle et l'orientation géographique pour favoriser un accès équitable.

« La réussite des quatre fonctions essentielles des [soins primaires] (les "4C") est liée à l'amélioration de la santé de la population, à une utilisation plus appropriée des ressources en soins de santé et à une réduction des coûts et, plus généralement, à un meilleur fonctionnement des systèmes de santé » [traduction libre] (Jeminez et al., 2021)

« L'accès aux soins de santé fondé sur les besoins plutôt que sur la capacité de payer était le principe fondateur du système de santé canadien » [traduction libre] (Martin et al., 2018).

Pour comprendre la structure actuelle des soins primaires, il est important de comprendre l'histoire de notre système de soins de santé financé par l'État – Régime de l'assurance-maladie.

Il y a quelques points clés qui ont jeté les bases du système de soins primaires :

1. Pour que le régime d'assurance-maladie soit adopté, les médecins ont négocié le maintien de leur rémunération à l'acte, de leur autonomie clinique et du contrôle de l'emplacement et de l'organisation de leurs cliniques médicales. Ces trois facteurs influencent fortement la prestation des soins primaires aujourd'hui.
2. L'assurance-maladie tire son origine du contexte hospitalier. Alors que 70 % des services de santé au Canada sont financés par le régime de l'assurance-maladie, 30 % sont couverts par une assurance privée ou payés directement par la patientèle. L'accès à bon nombre des membres de l'équipe interprofessionnelle ne serait gratuit pour les Canadiens qu'en milieu hospitalier ou dans le contexte des soins à domicile. Les Canadiennes et Canadiens qui sont inscrits sur la liste d'une équipe de soins primaires ont un accès considérablement amélioré à des services de santé gratuits, ce qui soulève la question de l'équité.

Lectures recommandées

Cliquez sur les boutons pour en apprendre davantage sur le système de soins de santé public du Canada.

Canada's universal health-care system:

Achieving its potential

Canada: Révision du système de santé

Les réformes des soins primaires

Le fait d'avoir une idée d'où nous venons en matière de soins de santé au Canada nous aidera à comprendre où nous allons et à visualiser où nous espérons aller. Les informations contenues dans la chronologie suivante proviennent de Lukey et al. (2021) et Donnelly et al. (2023).

- ***Années 1980-1990***

Première réforme des soins primaires

Ces décennies sont considérées comme une période de stagnation. La réforme des soins de santé primaires au Canada a été caractérisée par des projets pilotes à petite échelle. Les tentatives de plaider pour un changement de système ont échoué, et les changements ont été minimes. Il y a eu des innovations limitées dans l'organisation, le financement ou la prestation des soins primaires.

- ***Début des années 2000***

Investissement dans les soins primaires

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires était un investissement de 800 millions de dollars dans la réforme des soins primaires. En 2003, l'Accord des premiers ministres a permis l'investissement de 16 milliards de dollars supplémentaires dans la réforme de la santé, avec les soins primaires comme priorité majeure.

En 2004, les premiers ministres se sont fixé comme objectif que 50 % des Canadiens et Canadiennes aient accès à une équipe interprofessionnelle de soins primaires en tout temps à l'horizon 2011. Cet objectif n'a manifestement pas été atteint, mais des changements se sont opérés, mettant l'accent sur les soins primaires offerts en équipe.

- ***Milieu des années 2000***

Investissement dans les soins primaires offerts en équipe

Bien que les objectifs des réformes diffèrent d'une province à l'autre, on note des thèmes semblables en lien avec ce qui suit :

- Amélioration de l'accès aux services de soins primaires;
- Meilleure coordination et intégration des soins;
- Expansion des soins offerts en équipe;
- Amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, en mettant l'accent sur la prévention et la gestion des maladies chroniques et complexes;
- Accent plus prononcé sur l'engagement de la patientèle, l'autogestion et les soins personnelles;

- Mise en œuvre et utilisation de systèmes de gestion de l'information et de dossiers médicaux électroniques (Hutchison et al., 2011).

Au pays, une poignée de provinces ont investi dans des équipes de soins primaires, notamment l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et le Québec.

- **Depuis 2015**

Soins intégrés

À l'aube des années 2020, on a constaté un regain d'intérêt pour les soins primaires offerts en équipe en raison de la crise croissante des ressources humaines en santé et des soins primaires, faisant en sorte qu'un grand nombre de Canadiens et Canadiennes n'ont pas de prestataire de soins primaires. La plupart des provinces ont maintenant un modèle de soins primaires offerts en équipe (comme décrit plus loin dans cette section). D'autres, comme l'Ontario par exemple, ont investi davantage pour améliorer l'accès aux équipes.

Parallèlement à l'accent mis sur les équipes de soins primaires, l'attention se porte de plus en plus sur les modèles de soins intégrés, où les soins primaires jouent un rôle central dans l'appui à un système de santé plus intégré.

[Lecture recommandée](#)

Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur la réforme des soins de santé primaires au Canada.

Le Centre de médecine familiale (CMF)

Rappelons que le Centre de médecine familiale (présenté pour la première fois à la **section 1.1 Les éléments fondamentaux des soins primaires**) constitue la vision de l'avenir des soins primaires au Canada. Les soins offerts en équipe constituent l'un des piliers du CMF, mais il y a des différences dans la manière dont ils ont été adoptés ou planifiés dans les systèmes de santé à l'échelle provinciale, territoriale ou nationale au Canada. Cela a entraîné des différences dans l'accès aux membres des équipes.

Cliquez sur les marqueurs sur la carte pour voir des exemples de la manière dont les différentes provinces ont adopté les soins offerts en équipe. Notez que ces exemples proviennent du document de vision du CMF.

Colombie-Britannique : Réseaux de soins primaires

Exemples cliniques en Colombie-Britannique (*clicquer pour afficher*)

En 2018, le gouvernement provincial a annoncé le lancement d'une stratégie de soins de santé primaires, avec les soins offerts en équipe comme principe général et la vision du CMF comme fondement des réseaux de soins primaires (RSP), qui relient les services et les organisations pour mieux coordonner les soins à la patientèle.

Île-du-Prince-Édouard : Centre de médecine de famille

Exemples cliniques à l'Île-du-Prince-Édouard (*clicquer pour afficher*)

Au printemps 2022, le modèle du CMF a été implanté dans cinq établissements de soins primaires, amorçant ainsi le passage vers des soins collaboratifs offerts en équipe pour la population de l'Île. Élaboré et approuvé par le Collège des médecins de famille du Canada, le modèle du CMF tire parti des compétences et de l'expérience d'une équipe de prestataires de soins de santé dirigée par des médecins qui travaillent en collaboration pour offrir des soins complets à la patientèle. Ce changement dans la philosophie des soins primaires permettra aux personnes rattachées à un CMF de bénéficier d'un meilleur accès à des soins de santé complets.

Les CMF en place continueront d'ajouter des membres à leur équipe à mesure que les infirmières, les médecins et les prestataires de soins de santé développeront leurs cliniques. À mesure que les équipes mûriront, renforceront leurs capacités et intégreront d'autres prestataires de soins de santé, d'autres cliniques dans l'ensemble de l'Î.-P.-É. en sont à diverses étapes de l'adoption du modèle des soins primaires offerts en équipe, et on planifie l'établissement éventuel d'un plus grand nombre de CMF.

Nouvelle-Écosse : Équipe de médecine familiale collaborative

[Exemples \(opens in a new tab\)cliniques en Nouvelle-Écosse\(opens in a new tab\) \(opens in a new tab\)\(cliquer pour afficher\)](#)

En Nouvelle-Écosse, il existe 96 équipes de médecine familiale collaborative, un groupe de prestataires de soins de santé qui offrent des soins primaires adaptés, axés sur la patientèle, complets et accessibles. Les équipes peuvent être composées de médecins de famille, personnel en soins infirmiers, en travail social, en diététiques et d'autres prestataires des soins de santé.

Appuyées par la Nova Scotia Health Authority par l'entremise du gouvernement provincial, les équipes de médecine familiale collaborative travaillent dans le cadre d'un modèle de « maison de santé », un système de prestation de soins de santé primaires en équipe axé sur la patientèle et qui favorise l'accès à des soins primaires opportuns, coordonnés, complets et continus, avec le potentiel d'alléger la charge de travail des médecins de famille, d'améliorer la rétention des médecins et de permettre un meilleur accès aux soins.

Nouveau-Brunswick : Équipe de santé familiale

[Exempl\(es \(opens in a new tab\)es cliniques au Nouve\(opens in a new tab\)au-Brunswick \(opens in a new tab\)\(cliquer pour afficher\)](#)

En mars 2011, le Comité consultatif sur les soins de santé primaires (comité de travail établi par le ministre de la Santé) a publié le document de travail du comité, **Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick**, recommandant que tous les Néo-Brunswickois aient accès à une équipe de santé familiale capable de leur fournir des services de soins de santé primaires personnalisés, complets et coordonnés. En novembre 2012, la première équipe de santé familiale (ESF) a été officiellement inaugurée à Miramichi.

Les ESF ont été définies comme suit : des organismes de prestation de soins de santé familiale dirigés localement qui comprennent des médecins de famille, personnel en soins infirmiersd'infirmières et un

large éventail d'autres prestataires de soins de santé interdisciplinaires qui collaborent pour fournir des services de soins de santé familiale complets, accessibles et coordonnés à une population définie comprenant de la patientèle qui n'ont pas actuellement de prestataire de soins de santé familiale.

Québec : Groupes de médecine de famille (GMF)

[Exemples cliniques au Québec \(opens in a new tab\)](#) *(cliquer pour afficher)*

[Fiches d'intégration des professionnels en GMF \(opens in a new tab\)](#) *(cliquer pour afficher)*

En 2009, une fusion des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques traditionnelles en réseau a permis de regrouper la patientèle dans des équipes multidisciplinaires nouvellement formées. Actuellement, au Québec, il existe trois types de cliniques offrant des soins en équipe :

1. Un groupe de médecine de famille (GMF) est un groupe de médecins qui travaillent en collaboration avec d'autres prestataires de soins de santé et des services sociaux comme le personnel en soins infirmiers et en travail social. La patientèle qui demande des soins dans un GMF peuvent recevoir des services médicaux de leur propre médecin de famille, d'un autre médecin de famille du groupe ou du personnel en soins infirmiers si leur médecin de famille n'est pas disponible. Les services peuvent également être fournis par un autre prestataires de soins de santé du GMF. Pour favoriser un accès rapide aux soins primaires, tous les médecins affiliés au même GMF ont un accès complet aux dossiers médicaux de la patientèle
2. Les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) proposent également des soins offerts en équipe par divers prestataires des soins de santé. En outre, ils servent de sites d'enseignement et de formation, principalement pour les personnes résidentes, mais aussi pour les personnes étudiantes en médecine et les stagiaires d'autres professions. Les GMF-U comprennent également des médecins et d'autres prestataires de soins de santé qualifiés qui voient la patientèle au besoin.
3. Les groupes de médecine de famille – réseau (GMF-R), aussi connus sous le nom de super-cliniques, sont des groupes de médecins de famille qui travaillent ensemble et en étroite collaboration avec d'autres prestataires de soins de santé, comme le personnel en soins infirmiers, pour répondre à des besoins urgents simples ou semi-urgents. Les GMF-R sont accessibles à la patientèle non inscrit.

Ontario : Équipes de santé familiale (ESF)

[Exemples cliniques en Ontario \(cliquer pour afficher\)](#)

Le gouvernement de l'Ontario a pris des mesures au cours des dernières années pour mettre en œuvre divers modèles de soins primaires en phase avec les principes du CMF.

Les équipes de santé familiale (ESF) sont en phase avec la vision du CMF en ce sens qu'il s'agit d'équipes multidisciplinaires de prestataires de soins de santé comprenant des médecins de famille, personnel en soins infirmiers, en travail social, en diététiques et d'autres prestataires de soins de santé qui travaillent ensemble pour offrir des programmes et des services de soins primaires axés sur la communauté.

Alberta : Réseaux de soins primaires

[Exemples cliniques en Alberta](#)(opens in a new tab) (cliquer pour afficher)

Des cliniques locales de médecine familiale aux réseaux de soins primaires (RSP) qui les soutiennent, l'Alberta continue de travailler à des initiatives liées au CMF et à la réforme des soins primaires, comme l'indique sa Stratégie de soins de santé primaires. En Alberta, les RSP relient des groupes de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé, qui travaillent ensemble pour fournir des soins spécifiques aux besoins de la communauté et de la population.

Manitoba : Équipes personnelles de santé

[Exemples cliniques au Manitoba](#)(opens in a new tab)(cliquer pour afficher)

Alors que le gouvernement s'est engagé en 2015 à fournir à chaque personne du Manitoba l'accès à un médecin de famille, le Manitoba a continué de mettre en œuvre sa stratégie de soins primaires, qui comprend des initiatives de soins offerts en équipe inspirées par le CMF, comme les équipes personnelles de santé (EPS) et les cliniques personnelles (Home Clinics).

Les EPS du Manitoba rassemblent divers prestataires de soins de santé pour offrir des soins coordonnés, continus, accessibles et de grande qualité aux populations qu'elles servent. La plupart des EPS sont composées de médecins, de personnel en soins infirmiers, et d'autres prestataires de soins de santé tels que le personnel en diététique, en pharmacie, en santé mentale, travail social, en soins spirituels, en développement communautaire, en spécialité de l'exercice, en physiothérapie et en ergothérapie. Ces prestataires de soins de santé tirent parti de leur expertise et de leurs compétences mutuelles pour offrir les meilleurs soins possibles à la patientèle, y compris ceux qui ont des maladies chroniques.

Saskatchewan : Réseaux de santé

[Exemples cliniques en Saskatchewan](#)(opens in a new tab) (cliquer pour afficher)

Suite à une recommandation du Comité consultatif de la Saskatchewan en 2016, le gouvernement de la Saskatchewan a décidé de développer des soins de santé primaires en équipe sous la forme de réseaux de santé.

Les réseaux de santé relient la patientèle à des équipes de prestataires de soins de santé primaires et à des partenaires dans la communauté.

Ces équipes de soins primaires peuvent comprendre des médecins, des personnel en soins infirmiers, en pharmacie, en physiothérapie, en travail social, en diététique, en santé mentale, et d'autres prestataires de soins de santé.

Les personnes et la famille en tant que partenaires

Rappelons que l'un des principes communs des soins primaires est qu'ils sont « centrés sur la personne ou la famille ». Comme l'ont décrit Epperly et al. (2019), les soins primaires centrés sur la personne et la famille prennent en compte la personne dans son ensemble, sont fondés sur des

partenariats mutuellement bénéfiques qui font de la patientèle et des prestataires de soins de santé des partenaires égaux au sein de l'équipe de soins primaires, personnalisent les soins par le biais d'un processus décisionnel partagé, et donnent aux individus et à leur famille des occasions de façonner la conception, le fonctionnement et l'évaluation de la prestation des soins primaires.

Cliquez sur les onglets pour en savoir plus sur le rôle de l'inclusion des personnes et de la famille en tant que partenaires dans la prise de décision partagée et l'amélioration des soins.

Prise de décision partagée

Chacun des cadres présentés à la **section 1.1 Les éléments fondamentaux des soins primaires** met l'accent sur la patientèle, la famille et la communauté, en privilégiant l'autonomisation des gens et la prise de décision partagée.

Au niveau de l'interaction patientèle-prestataire, les prestataires de soins primaires ont accès à des outils pour faciliter la prise de décision partagée.

Cliquez pour consulter un [inventaire des outils d'aide à la prise de décision partagée](#) (opens in a new tab).

Amélioration des soins

Au niveau du système, la recherche a démontré que l'intégration des points de vue de la patientèle et des familles dans la conception et la prestation des soins primaires pouvait améliorer les soins. Il y a un continuum d'engagement avec la patientèle, avec différentes approches selon la profondeur de l'intégration, du partage unidirectionnel aux partenariats collaboratifs. Des outils tels que le Public and Patient Engagement Evaluation Tool (outil d'évaluation de l'engagement du public et de la patientèle) peuvent aider à guider le processus.

Cliquer pour afficher le [Public and Patient Engagement Evaluation Tool \(PPEET\)](#) (opens in a new tab).

Méthodes d'engagement de la patientèle

La mise en pratique du principe des soins centrés sur la personne et la famille en faisant participer la patientèle et leurs familles à la conception, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des soins primaires peut s'avérer difficile. À la **figure 3**, Kiran et al. (2020) décrivent comment l'accroissement des niveaux d'engagement dans le continuum exige des efforts, mais présente des avantages potentiellement plus importants en ce qui concerne la mesure dans laquelle le principe des soins centrés sur la personne et la famille est atteint. Dans tous les modèles de soins décrits dans la présente section, il y a une variation importante en ce qui concerne la mesure dans laquelle la patientèle participe réellement, certains modèles de gouvernance communautaire faisant en sorte que la patientèle et les familles sont des partenaires égaux, tandis que d'autres modèles font en sorte que la patientèle et les familles jouent un rôle consultatif. Dans certains cas, la patientèle ne participe pas encore aux activités de planification et d'exploitation.

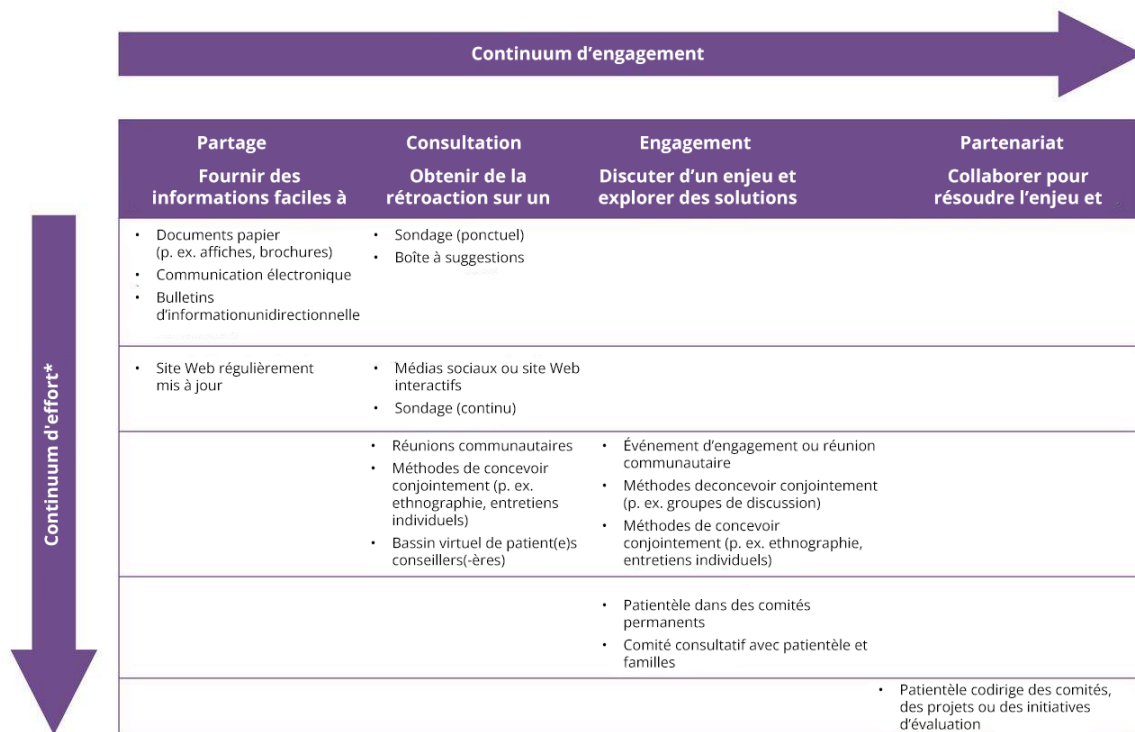


Figure 3. Travailler avec la patientèle pour améliorer les soins (Kiran et al., 2020).

Santé de la population

Il a déjà été dit que le fait d'assurer que les bons services sont offerts aux bonnes personnes au bon moment était la clé de la gestion des maladies chroniques dans un contexte de soins primaires. Wallace et Siedman (2007) ont décrit trois clientèles en soins primaires qui sont souvent représentées dans la pyramide de Kaiser Permanente sur les profils de risque au sein de la population.

Cliquez sur les onglets pour en savoir plus sur les trois clientèles en soins primaires décrites par Wallace et Siedman (2007).

Les gens qui vont bien

Le premier groupe (celui des gens qui vont bien) comprend les personnes qui ont peu d'interactions avec le système de santé et qui, avec un soutien adéquat, sont en mesure de gérer efficacement leur santé. Cette clientèle compterait pour environ 70 % des personnes recourant aux services de soins primaires, et c'est celle qui tirerait le plus profit des approches d'autogestion.

Les personnes atteintes de maladies chroniques

Le deuxième groupe (celui des personnes atteintes de maladies chroniques) compose environ 20 % de l'ensemble des cas et comprend des personnes qui ont une ou plusieurs maladies chroniques et risquent un déclin plus avancé. Le travail d'équipe ciblé et la gestion des maladies chroniques sont les approches les mieux adaptées à ce groupe intermédiaire.

Les personnes ayant des besoins complexes en matière de santé

Le troisième et dernier groupe (celui des personnes ayant des besoins complexes en matière de santé) représente environ 5 % de l'ensemble des cas et inclut des personnes qui souffrent de maladies chroniques multiples, qui ont des besoins complexes et qui bénéficieraient d'une approche de gestion de cas plus intensive.

Il a été démontré dans plusieurs provinces et territoires au Canada que cette clientèle est la plus grande utilisatrice du système de santé, comptant pour la majorité, soit plus de 60 %, de l'ensemble des coûts liés à la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Bon nombre des personnes de ce groupe ont des besoins en matière de santé physique, cognitive et émotionnelle, ce qui accroît la complexité des services.

La Pyramide des profils de risque au sein de la population décrite dans ce module est une version modifiée de la pyramide de Kaiser Permanente et décrit le rôle de l'ergothérapie dans les soins primaires avec différentes populations et à différents niveaux.

Dans cette section, vous en avez appris davantage sur le contexte historique des soins primaires au Canada, les différents modèles de soins primaires en équipe au Canada et les stratégies visant à faire participer la patientèle et les familles aux équipes de soins primaires. Dans la section suivante, vous apprendrez comment promouvoir l'équité et la sécurité culturelle dans les soins primaires.

Passer à la section 1.3

Lien de page:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33527903/>

<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>

<https://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-nova-scotia/>

<https://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-new-brunswick/>

<https://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-quebec/>

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/?&date=DESC& sujet=gmf&critere=sujet>

<https://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-ontario/>

<https://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-alberta/>

<https://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-manitoba/>

<https://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-saskatchewan/>

<https://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/outils-en>

<https://ppe.mcmaster.ca/resources/public-and-patient-engagement-evaluation-tool/>

1.3 PROMOUVOIR DES SOINS PRIMAIRES CULTURELLEMENT PLUS SÉCURITAIRES ET AXÉS SUR L'ÉQUITÉ

Merci de prendre le temps d'en apprendre davantage sur la façon de **promouvoir des soins primaires culturellement plus sécuritaires et axés sur l'équité**. Avant de commencer, nous voulons souligner que les objectifs d'apprentissage de ce chapitre ont été élaborés conjointement par un groupe interprofessionnel du secteur de la santé, étant entendu qu'il s'agit d'un travail que nous devons tous faire pour assurer un avenir plus juste et équitable. Le contenu de cette section a été conçu, sélectionné et révisé par une petite équipe de prestataires de soins de santé, et comprend des paroles de sagesse d'une Aînée du nord de l'Ontario.

Cette section est destinée à être utilisée comme une occasion d'apprendre, de discuter et de réfléchir avec l'esprit et le cœur ouverts à votre propre positionnalité et à votre capacité à offrir des soins primaires culturellement plus sécuritaires et axés sur l'équité. Dans ce travail, nous voulons que vous considériez en particulier la manière dont le pouvoir et les privilèges peuvent influencer sur la façon dont vous entretenez des relations et fournissez des soins primaires. Nous espérons que vous trouverez dans cette section d'autres occasions de réfléchir non seulement à votre propre pratique, mais aussi à votre équipe et au rôle plus important des soins primaires au sein de notre système de santé pour y promouvoir l'équité. Le contenu de cette section n'est pas exhaustif et devrait être considéré comme un point d'entrée dans ce travail. Nous reconnaissons que le cheminement vers la sécurité culturelle, l'équité en matière de santé et des systèmes de santé justes est en constante évolution, et que de nouvelles ressources sont déjà en train d'être produites pour faire avancer ce travail.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette section, vous serez en mesure de :

1. Définir les composantes de soins primaires culturellement plus sécuritaires et axés sur l'équité.
2. Reconnaître comment les déterminants sociaux de la santé influent sur les besoins, sur l'accès et sur la prestation des soins primaires dans des communautés particulières.
3. Utiliser l'optique IDEA (inclusion, diversité, équité, accessibilité) pour déterminer des stratégies afin de promouvoir l'accessibilité et l'équité dans la prestation de soins primaires.

« La mise en place de soins de santé axés sur l'équité nécessite la mobilisation de ressources adéquates au profit des personnes rencontrant les besoins les plus importants » (EQUIP Health Care, 2024).

Promouvoir des soins primaires culturellement sécuritaires et axés sur l'équité

Pour être en mesure de promouvoir des soins primaires culturellement sécuritaires et axés sur l'équité, il est important d'avoir une compréhension commune des composantes clés de cette approche. Dans le cadre de ce module, nous nous concentrerons principalement sur la sécurité culturelle, l'humilité culturelle et l'équité en matière de santé. Nous relierons également ces concepts dans un récit plus large qui reconnaît la façon dont le pouvoir, les privilèges, la positionnalité et les systèmes d'oppression structurels influent sur les pratiques en matière de soins primaires offerts en équipe.

La sécurité culturelle est ce qui est **ressenti** ou **vécu** par une personne lorsqu'un prestataire de soins de santé communique avec elle d'une manière **respectueuse et inclusive**. Cela **autonomise la personne** dans la prise de décisions et **établit une relation de soins** dans laquelle la personne et la ou le prestataire de soins de santé **travaillent ensemble en équipe** pour assurer l'efficacité maximale des soins (Jull et Giles, 2012; ONSA, 2008).

Une pratique culturellement sécuritaire implique de reconnaître que les prestataires de soins de santé occupent une position de pouvoir dans les relations thérapeutiques (OEO, s.d., ONSA, 2008). Cette approche reconnaît également qu'en raison de mauvais traitements historiques et continus au sein des systèmes de santé, les personnes appartenant à des groupes en quête d'équité peuvent ne jamais se sentir en sécurité dans ces espaces (Gerlach, 2012). Les prestataires de soins de santé en soins primaires doivent continuellement veiller à exercer leur travail de manière culturellement sécuritaire, en respectant la culture et l'identité, en éliminant la discrimination et en intégrant les droits et les besoins uniques de la personne qui demande des soins.

Remarque : Bien que seules les personnes qui reçoivent les services soient aptes à déterminer ce qu'elles considèrent comme sécuritaire, les prestataires de soins de santé peuvent s'engager à se renseigner sur les contextes sociaux et politiques historiques et actuels qui influent sur les expériences des gens en matière de santé, de soins de santé, de bien-être et de relations avec les professionnelles et professionnels de la santé (OEO, s.d.).

Approches tenant compte des traumatismes

Les prestataires de soins de santé qui offrent des soins primaires en équipe devraient avoir une compréhension de base de la prévalence des traumatismes et de leurs effets potentiels sur les personnes et les communautés avec lesquelles ils et elles travaillent.. La recherche démontre que les personnes appartenant à des groupes en quête d'équité sont plus susceptibles de subir de la violence et des traumatismes interpersonnels et systémiques (OEO, s.d., Klinic, 2013). Cela peut avoir une incidence sur les services dont elles ont besoin et qu'elles reçoivent, et les prestataires des soins primaires doivent savoir comment gérer adéquatement les expériences traumatiques et les réactions de leur clientèle.

Les cinq principes directeurs d'une approche tenant compte des traumatismes sont les suivants :

1. Sécurité;
2. Choix;
3. Collaboration;
4. Fiabilité;
5. Autonomisation (Klinic, 2013; Van der Kolk, 2015).

Nous encourageons les personnes apprenantes à explorer les approches de soins tenant compte des traumatismes dans le cadre de leur perfectionnement professionnel vers l'adoption de pratiques culturellement sécuritaires et axées sur l'équité en soins primaires.

PAROLES DE SAGESSE

« La patientèle devrait participer activement aux soins primaires, plutôt que d'arriver, présenter leur carte d'assurance-maladie, s'asseoir... comme des robots. C'est tellement passif. Comment peut-on intégrer votre empreinte unique (vous et votre histoire) dans votre plan/parcours de soins? »

- L'Aînée Kerry McLaughlin, Thunder Bay, ON

Humilité culturelle

L'humilité culturelle est le processus dynamique de conscience de soi, d'autoréflexion et d'identification de la façon dont nos présupposés et préjugés peuvent être façonnés par les récits culturels dominants (Agner, 2020; Alsharif, 2012). L'humilité culturelle encourage une approche dialogique qui remarque et reconnaît différents points de vue et y répond, tout en tenant compte des pressions et des enjeux systémiques (Agner, 2020; Beagan, 2015). Dans le contexte des soins primaires, elle peut être exemplifiée par le cas d'un prestataire de soins de santé qui identifie ses propres **préjugés inconscients et conscients** et réfléchit à la façon dont ceux-ci influencent la façon dont il établit des relations et exerce sa profession, à la fois au sein de son équipe et avec la patientèle

Ressources recommandées

Cliquez sur les boutons pour afficher certaines ressources recommandées et explorer plus en profondeur la notion de sécurité culturelle.

[Project Implicite](#)

Outils pratiques et soutien pour comprendre et identifier les préjugés inconscients et conscients.

[Projet collaboratif de conception sur la sécurité culturelle](#)

Excellence en santé Canada

[Un cadre conceptuel pour la mesure de la sécurité culturelle des Autochtones](#)

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

[Humilité culturelle : Un concept d'analyse](#)

Questions de réflexion

Les questions suivantes ont été élaborées par l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario et peuvent être utilisées pour vous aider à réfléchir à la place de la sécurité culturelle et de l'humilité dans votre clinique de soins primaires (s.d.). Nous vous invitons à les intégrer en tout ou en partie dans le cadre de vos activités de développement professionnel ou de celles de votre équipe interprofessionnelle.

Cliquez sur chaque carte-éclair pour afficher le verso, où figurent les éléments à prendre en compte pour chaque question de réflexion. Cliquez sur la flèche latérale pour accéder à la question de réflexion suivante.

Qui est susceptible de se sentir bienvenu dans mon milieu de pratique?

Les valeurs, les philosophies et les objectifs de mon milieu de pratique sont-ils en phase avec ceux de la population à laquelle je fournis des services actuellement?

Aspects à considérer : À quoi ressemble l'espace pour une personne qui y entre? Comment les gens sont-ils accueillis? Y a-t-il un espace à la réception où les gens peuvent parler en toute confidentialité?

Il est très important de donner le ton à l'expérience dès le premier contact.

Comment puis-je déterminer si ma clientèle se sent bienvenue, appréciée, en sécurité et à l'aise?

Aspects à considérer : Langage corporel et indices non verbaux, nature de la conversation (réponses laconiques ou détaillées). La clientèle prend-elle un rendez-vous de suivi et demande-elle à voir une certaine personne en particulier?

Que puis-je faire? S'ouvrir à l'autre. Ne pas précipiter la conversation. Prendre le temps d'écouter. Ne pas bloquer l'espace entre la personne et la porte; lui donner l'occasion de partir si elle en sent le besoin. Essayer de se concentrer sur la conversation sans prendre de notes. Créer une véritable interaction où l'on veut en savoir plus et trouver des moyens d'aider.

Qu'est-ce que je fais pour créer des espaces éthiques dans ma pratique clinique?

Comment puis-je utiliser les espaces éthiques pour mieux comprendre ma clientèle en tant que personne, y compris son emplacement social unique, sa vision du monde, ses croyances et ses valeurs?

Que puis-je faire? Se présenter en tant que personne d'abord, sans mettre en avant son titre. Se positionner de manière à être au même niveau que la clientèle (les deux assis) plutôt que de se tenir debout devant la personne. En apprendre plus sur elle. Qu'est-ce qu'elle trouve significatif? Qu'est-ce qu'elle apprécie? Adopter une approche basée sur les forces au lieu de se concentrer sur les défis.

Quels sont les obstacles à l'accès aux services que je fournis/nous fournissons? Y a-t-il des obstacles culturels, économiques, physiques, politiques ou sociaux qui devraient être abordés?

Comment pouvons-nous contribuer à rendre les services disponibles plus accessibles?

Aspects à considérer : Y a-t-il certains jours ou moments qui ne fonctionneront pas pour les rendez-vous en raison de pratiques culturelles particulières (p. ex., période menstruelle, jeûne)? Y a-t-il des obstacles économiques à l'accès aux services (p. ex., frais de transport et de stationnement)? Y a-t-il des obstacles physiques pour atteindre les lieux où les services sont offerts (p. ex., une longue marche depuis le stationnement)? La personne se sent-elle mal à l'aise de venir à la clinique? Comment parle-t-on de la clientèle lors des rondes? Existe-t-il des politiques et des procédures visant à promouvoir une culture de travail sécuritaire? Existe-t-il une politique de dénonciation de faits organisationnels? Devant qui les prestataires de soins sont-ils redevables? Quels sont les types de formation et d'enseignement existants pour l'équipe?

Que puis-je faire? En apprendre davantage sur la clientèle.

D'après ma propre expérience, est-ce que je me sens culturellement plus sécuritaire au travail? Ai-je vécu de la discrimination, de l'iniquité ou de l'oppression en raison de mon identité sociale?

Aspects à considérer : Sa propre sécurité et son propre bien-être. Penser à un plan pour gérer ces expériences si elles se produisent avec la clientèle ou avec l'équipe.

Adopter une orientation sur l'équité en santé

La santé est un droit fondamental de la personne (Ghebreyesus, 2017).

Le Canada est peut-être l'un des pays où la population est le plus en santé au monde, mais certaines personnes y sont en meilleure santé que d'autres. Surtout, tous les Canadiens et Canadiennes n'ont pas les mêmes chances d'être en santé (Gouvernement du Canada, 2024). Ces **différences d'état de santé entre les individus et les groupes constituent des iniquités en matière de santé**. Les iniquités en matière de santé résultent de l'interaction dynamique de nos gènes et de nos choix de vie (Gouvernement du Canada, 2024; OMS, 2021). Nos choix sont également très influencés par des déterminants sociaux plus larges de la santé, comme l'éducation et la littératie, les expériences vécues pendant l'enfance et le revenu.

Remarque : Pour les Autochtones, il existe d'autres déterminants au-delà de ceux spécifiés par les universitaires et les prestataires de soins occidentaux, dont la langue, la culture, le lieu, la géographie, l'emplacement, une identité de soi forte, un environnement exempt de racisme, la colonisation et le racisme systémique, les traumatismes intergénérationnels et leurs effets hérités, ainsi que l'accès aux services de santé (Indigenous Primary Care Council, 2022, p. 19).

Les iniquités en matière de santé résultent de facteurs **injustes ou modifiables** (OMS, 2021). L'adoption d'une **approche axée sur l'équité en santé** signifie que l'on s'efforce de cerner et de corriger les systèmes et les politiques injustes qui créent des iniquités en matière de santé et que l'on améliore l'accès à des conditions propices à la santé pour tous et toutes (Gouvernement du Canada, 2024; OMS, 2021).

Regardez [la vidéo](#) du Dr Smith, qui parle brièvement du concept d'équité en santé.

Transcription de l'enregistrement audio:

Qu'est-ce que l'équité en santé?

[Texte dans la vidéo] Qu'est-ce que l'équité en santé? Selon vous, devrait-on parler d'équité en santé ou de justice sociale?

[Parlé] La santé publique a deux objectifs principaux : l'un est simplement d'améliorer la santé de la population et l'autre est de le faire de façon équitable. Donc, la santé publique essaie d'améliorer la santé et, en même temps, de se pencher sur la façon dont la santé, et les fardeaux qui nous affectent, sont répartis dans la population.

L'équité en santé est l'idée éthique qui va dans le sens de ce deuxième objectif, soit de réfléchir à la façon de le faire de manière équitable. L'équité en santé est définie comme l'absence de différences considérées comme injustes dans la santé de la population. Les iniquités en matière de santé sont donc des différences de santé entre les gens que nous estimons injustes.

De toute évidence, nous avons besoin d'une idée de ce qui constituerait une différence injuste en matière de santé. Et pour ce faire, nous nous tournons vers la notion de justice. L'idée d'équité en santé, dans sa définition même, est cette idée de justice, donc nous avons besoin de mieux comprendre ce que cela exige ou sous-entend réellement.

Ainsi, pour essayer d'identifier les iniquités et les différences injustes en matière de santé, nous devons nous demander ce qui fait en sorte qu'une différence entre les gens en matière de santé est réellement injuste. Est-ce que toute différence de santé entre les gens est injuste, ou est-ce seulement un sous-ensemble de ces différences qui nous préoccupe moralement en tant que question de justice?

Typiquement, on considère que les choses qui sont socialement contrôlables, ou dont les causes sont socialement contrôlables, et qui entraînent des différences en matière de santé, sont injustes. Donc, ce n'est que ce sous-ensemble, soit les choses que nous pouvons contrôler, et qui découlent des conditions sociales, que nous considérons comme des différences de santé injustes. C'est pourquoi, quand on parle d'équité en santé, il faut parler de justice sociale.

Parce que les injustices sociales, qu'elles soient ancrées dans le racisme, le sexisme ou toute autre forme d'oppression, sont importantes pour nous en tant que question d'équité en santé.

Inversement, nous devons réfléchir à notre objectif lorsque nous essayons d'atteindre l'équité en santé. Nous devons donc être en mesure d'identifier quelles différences en matière de santé sont injustes, mais aussi de dire : « À quoi ressemblerait un état de fait juste? » Est-ce une santé égale pour tout le monde? Est-ce l'égalité des chances d'être en bonne santé?

Est-ce le fait que tout le monde reçoive une quantité égale de ressources pour être en bonne santé?

Ou peut-être que nous ne nous soucions pas du tout de l'égalité, et que nous pensons que nous devons juste établir un seuil que tout le monde devrait atteindre, au-delà duquel nous ne nous soucions pas vraiment de leur santé. Et pour ce faire, nous avons besoin de déterminer ce qu'est la justice, pour réfléchir à ce que l'équité en santé exige réellement d'un point de vue éthique.

Fin de la transcription de l'enregistrement audio.

Pouvoir, privilège et positionnalité

Les questions de pouvoir et de privilège sont des aspects importants de la mise en œuvre de soins primaires culturellement plus sécuritaires et axés sur l'équité. Il est important d'avoir une réflexion critique sur la place du pouvoir dans la relation thérapeutique :

- Est-il partagé?
- Comment change-t-il, le cas échéant?
- Comment les privilèges influencent-ils l'optique dans laquelle nous exerçons notre profession et comprenons les personnes que nous sommes censés soutenir? Quels sont les effets du pouvoir et des privilèges dans ce contexte?

Nous proposons le « **modèle de la médaille du privilège et de l'alliance critique** » de la Dre Stephanie Nixon comme carte mentale à partir de laquelle conceptualiser les systèmes d'inégalité. Comme le note la Dre Nixon, le modèle se concentre sur les privilèges, et sur ce qu'il faut en faire afin d'assumer de manière responsable nos rôles dans la lutte pour la justice.

Le « **modèle de la médaille du privilège et de l'alliance critique** » est un moyen de traduire les concepts fondamentaux de la lutte contre l'oppression.

Si la métaphore de la médaille peut être nouvelle, les idées sur le pouvoir et le privilège sont très anciennes.

Ressources recommandées

Voici des liens vers un article en libre accès et évalué par les pairs, conçu pour renforcer les capacités sur les questions de privilèges et de lutte contre l'oppression en utilisant cette métaphore de la médaille. Bien qu'il soit publié dans une revue savante, il a été écrit dans un langage clair pour être aussi accessible que possible à un large éventail de publics. L'article se concentre sur les implications pour la santé, mais les idées sont transférables à d'autres domaines.

Cliquez sur les boutons pour en savoir plus sur le modèle de la médaille.

[The coin model of privilege and critical allyship: Implications for health](#)

Version anglaise

[Le modèle de la médaille, de privilège et de l'alliance critique : Implications pour la santé](#)

Version française

[Understanding the role of privilege in relation to public health ethics and practice](#)

Anglais avec sous-titres en anglais

[Comprendre le rôle du privilège en lien avec l'éthique et les pratiques en santé publique](#)

Anglais avec sous-titres en français

[11 Questions about Privilege and Critical Allyship](#)

Version anglaise

[11 Questions et réponses sur le Modèle de la médaille](#)

Version française

« J'ai d'abord remarqué comment le pouvoir change dans ma relation avec la patientèle lorsque je les vois à domicile après les avoir vus à la clinique. Quand ils viennent à la clinique, je reconnais que j'ai plus de pouvoir. Je peux décider de l'heure et du lieu de notre rencontre, et généralement, c'est moi qui mène la conversation. Quand je leur rends visite à domicile, le pouvoir change, j'entre dans leur espace. Ce sont eux qui mènent et, dans de nombreux cas, qui décident du déroulement de la conversation. Ce partage du pouvoir et de l'espace et le fait de pouvoir travailler dans les deux espaces – en clinique et à domicile – font partie des aspects du travail en équipe en contexte de soins primaires que je préfère. »

- Une ergothérapeute

Nous vous proposons également le modèle du pouvoir et du privilège de Sylvia Duckworth adapté au contexte canadien pour comprendre ce que sont les privilèges (Gouvernement du Canada, 2022).

En regardant la roue dans une perspective intersectionnelle, pensez à des personnes dont une ou plusieurs caractéristiques correspondent aux couches extérieures du cercle. Par exemple, une femme autochtone sans abri qui est neurodivergente. Que pouvons-nous faire pour promouvoir pour elle des soins de santé culturellement plus sécuritaires et axés sur l'équité dans un milieu de soins primaires?

Une façon de mettre tout ça ensemble : le Conseil autochtone des soins de santé primaires de l'Ontario

D'importantes initiatives sont en cours pour faire progresser la sécurité culturelle et l'équité en matière de santé, particulièrement pour les Autochtones. La mission du Conseil autochtone des soins de santé primaires (Indigenous Primary Health Care Council, IPHCC) est de recourir à des solutions autochtones pour transformer les résultats en matière de santé autochtone et décoloniser les systèmes de santé (IPHCC, s.d.). Pour ce faire, il travaille à :

- Donner aux peuples et aux communautés autochtones les moyens de faire entendre leurs voix pour effectuer des changements.
- Établir des partenariats avec les communautés autochtones, les organismes de santé conventionnels et les organismes gouvernementaux.
- Recueillir et partager des données sur l'état de santé des Autochtones de Kanadario (Ontario) et les écarts de services inévitables.
- Doter les membres du Conseil des outils, de la formation et des réseaux nécessaires pour offrir des soins de santé de qualité.

Ressource recommandée

Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur le Conseil autochtone des soins de santé primaires.

Scénarios d'entraînement

En conclusion de cette section, deux scénarios d'entraînement vous sont proposés afin de vous aider à déterminer des stratégies pour promouvoir l'accessibilité et l'équité dans les soins primaires.

- **Scénario 1**

Clara

Clara est une mère célibataire de 33 ans. Elle a deux jeunes enfants. Clara est une mère célibataire de 33 ans. Elle a deux jeunes enfants. Clara a lutté contre l'anxiété et la dépression pendant la majeure partie de sa vie adulte. Elle est motivée à se rendre à ses rendez-vous réguliers, mais elle doit annuler (souvent à la dernière minute) ou manquer ses rendez-vous parce qu'elle n'est pas en mesure de faire garder ses enfants ou parce qu'elle doit prendre les transports en commun avec eux, surtout en hiver.

Que peut faire l'équipe de soins primaires pour aider Clara à aller à ses rendez-vous?

Réfléchissez à ce que l'équipe de soins primaires peut faire pour aider Clara à aller à ses rendez-vous.

Cliquez ensuite sur l'onglet pour afficher quelques exemples.

L'équipe de soins primaires peut :

- Plaider pour que la clinique fournisse des billets de bus, des coupons de taxi ou d'autres moyens de transport comme Uber
- Offrir des activités pour les jeunes enfants à la clinique pendant que les parents sont à leurs rendez-vous
- Offrir des rendez-vous virtuels

Scénario 2

Mae

Mae est une femme autochtone de 61 ans ayant reçu un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au stade terminal. Elle a une famille aidante qui s'occupe bien d'elle à la maison et peut l'amener à tous ses rendez-vous. La langue maternelle de Mae est l'ojibwé, mais elle a appris l'anglais et le parlait couramment. Sa famille a remarqué qu'avec son déclin fonctionnel et la progression de sa maladie, Mae a davantage recours à sa langue maternelle, ce qui rend la communication difficile, car aucun de ses enfants ne la parle.

Mae reçoit des soins palliatifs et souhaite mourir chez elle. Sa famille s'inquiète de ne pas être préparée au déclin de l'état de Mae et ne sait pas quoi faire d'autre à la maison pour la soutenir.

Comment l'équipe de soins primaires peut-elle aider Mae et sa famille?

Réfléchissez à ce que l'équipe de soins primaires peut faire pour aider Mae et sa famille. Cliquez ensuite sur l'onglet pour afficher quelques exemples.

L'équipe de soins primaires peut :

- Demander qu'une personne traductrice puisse assister aux rendez-vous
- Écrire des mots clés et leur traduction en anglais
- Réaliser une évaluation de la sécurité du domicile pour déterminer l'équipement nécessaire
- Fournir des stratégies de conservation de l'énergie
- Offrir du counseling familial
- Demander que la famille puisse recevoir de la formation (p. ex. sur la gestion des médicaments ou les directives préalables)
- Se renseigner sur les soins spirituels/rituels de guérison traditionnels pour Mae et sa famille

Dans cette section, vous en avez appris davantage sur la sécurité culturelle, l'humilité culturelle, le pouvoir, les privilèges et la positionnalité. On vous a présenté des modèles, des stratégies et des scénarios de pratique pour identifier des stratégies visant à promouvoir des soins primaires culturellement plus sécuritaires et axés sur l'équité.

Passer à la section 1.4

Lien de page:

<https://www.projectimplicit.net/>

<https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/cultural-safety-design-collaborative/>

<https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/projet-collaboratif-de-conception-sur-la-securite-culturelle/>

<https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=10375>

<https://youtu.be/39clpZWzrpU>

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7884-9>

<https://rehab.queensu.ca/source/Research/SN/Accessible-French-Coin-Model-Article-PDF-Taggings.pdf>

https://www.youtube.com/watch?v=a30a_NiT5zc&list=PLNWUsONW1NHKByYnDkqHAFpoCXcGulGa4&index=5

https://www.youtube.com/watch?v=4qUc5rS0dq8&list=PLNWUsONW1NHJrtPFHS3Kje_gwg3bWysmX&index=5

<https://rehab.queensu.ca/source/Research/SN/11-Questions-about-Privilege-and-Critical-Allyship-ENG.pdf>

<https://rehab.queensu.ca/source/Research/SN/Questions-et-reponses-sur-le-Modele-de-la-medaille-FR.pdf>

<https://iphcc.ca/>

1.4 RÔLES ET DOMAINES DE PRATIQUE

Dans cette section, vous en apprendrez davantage sur six professions : audiologiste, diététiste, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleuse ou travailleur social et orthophoniste. Trois études de cas vous seront présentées, et vous réfléchirez à la façon dont les différentes professions peuvent aborder chacun des cas.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette section, vous serez en mesure d'identifier l'étendue des rôles et des champs de pratique en soins primaires interprofessionnels. Plus précisément, vous serez en mesure de :

1. Utiliser l'apprentissage par cas pour identifier les différents rôles et la portée de la pratique des prestataires interprofessionnels.
2. Expliquer les connaissances fondamentales/l'optique que chaque profession apporte aux soins primaires.
3. Définir des domaines partagés, identifier les intersections et articuler la fluidité des rôles dans une pratique interprofessionnelle et collaborative des soins primaires.

Rôles professionnels

Audiologiste

L'audiologiste se spécialise dans le diagnostic et le traitement des troubles de l'audition et de l'équilibre. Il ou elle procède à des évaluations auditives, diagnostique des troubles comme la perte auditive et les acouphènes et élabore des plans de traitement personnalisés. Cela peut inclure l'ajustement d'appareils auditifs, l'offre de conseils et la rééducation pour les troubles de l'équilibre. Les audiologistes forment également la patientèle et réalisent des recherches pour faire progresser les connaissances et les traitements dans le domaine.

Capsule vidéo

Regardez [la vidéo](#) de Bonnie, audiologiste en Ontario, qui parle de l'importance de son rôle et des soins primaires.

Transcription de l'enregistrement audio:

Je suis audiologiste. J'ai travaillé en pratique privé, en milieu hospitalier, chez un fabricant d'appareils auditifs, en tant qu'enseignante, et je suis actuellement directrice de l'audiologie au sein d'une association professionnelle.

Bien que je ne travaille pas en soins primaires actuellement, lorsque je considère mon rôle potentiel en soins primaires, je suis très enthousiaste à l'idée de pouvoir offrir à ma patientèle des soins auditifs plus holistiques et intégrés.

Un exemple de la façon dont je pourrais envisager mon rôle au sein d'une équipe de soins primaires serait de m'assurer que l'expérience globale du patient est positive et instructive, en assurant l'accès à la

communication pour ma patientèle et en formant les membres de mon équipe sur ce que signifie l'accès à la communication.

En plus de cela, je pourrais m'assurer que ma patientèle a une expérience plus positive dans ses interactions au sein de notre communauté, en offrant des séances de formation à ma patientèle, à leurs proches aidants et à leurs familles, à mes coéquipiers et à d'autres prestataires de ma communauté sur différents sujets et domaines entourant les soins de santé auditive.

Fin de la transcription de l'enregistrement audio.

[Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur les audiologistes dans le cadre des soins primaires offerts en équipe.](#)

Diététiste

Les diététistes sont des prestataires de soins de santé réglementés ayant une formation universitaire en sciences des aliments et de la nutrition qui leur permet d'utiliser le processus de soins nutritionnels pour effectuer des évaluations nutritionnelles, diagnostiquer des problèmes de nutrition, planifier et mettre en œuvre des interventions nutritionnelles pour gérer les problèmes de nutrition, ainsi que surveiller et évaluer l'état nutritionnel.

Les diététistes fondent leur pratique sur des données probantes et peuvent traduire celles-ci en solutions pratiques pour promouvoir la santé au quotidien et aider à gérer les problèmes de santé liés à la nutrition comme le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, les allergies ou le cancer.

Capsule vidéo

Regardez [la vidéo](#) de Marg, une diététiste de l'Ontario, qui parle de son travail en soins primaires.

Transcription de l'enregistrement audio:

Bonjour, je m'appelle Marg Alfieri. Je suis très heureuse et fière d'être diététiste en soins de santé primaires depuis 20 ans. Je travaille dans une équipe de santé familiale à Kitchener-Waterloo, en Ontario.

Principalement, nous appliquons la science de la thérapie nutritionnelle, et je parle de science parce qu'elle est basée sur des résultats prouvés, sur l'utilisation d'essais contrôlés randomisés.

Nous utilisons abondamment le régime méditerranéen, car il existe une pléthore d'essais contrôlés randomisés qui prouvent qu'il s'agit d'un traitement contre la dépression. Vous savez, il y a une étude SMILE, sur la prévention du diabète, le traitement du diabète, de l'hypertension, de l'hyperlipidémie. Le régime méditerranéen peut améliorer les résultats de tout ça, de l'hémoglobine A1C, bien sûr, à tout le profil hépatique, en passant par la pression artérielle et la dépression.

Nous avons élaboré des boîtes à outils partout au Canada pour soutenir la prestation de la thérapie nutritionnelle.

Le Hamilton Super Fit a été remarquablement généreux, non seulement en créant de nombreuses boîtes à outils allant de la santé mentale aux patients bariatriques, en passant par l'alimentation consciente et Healthy You, mais aussi en les donnant aux diététistes en soins de santé primaires partout au Canada, non

seulement dans la première itération, mais aussi par la suite, car ils continuent de les mettre à jour. Toutes les mises à jour sont également fournies gratuitement.

Nous avons d'autres Fit, par exemple, le Barrie Fit, à Barrie, en Ontario, qui travaillent actuellement sur un atelier dirigé par le personnel en pharmacie et en diététique travaillant avec l'ozempic, et qui est une sorte de porte d'entrée vers d'autres séminaires de groupe de promotion de la santé et d'intervention en santé.

En Ontario du moins, la grande majorité de notre temps est consacrée à voir la patientèle individuellement, que ce soit en personne ou en virtuel par le biais de Zoom ou de Teams, et beaucoup d'entre nous suivent un modèle hybride et voient les gens en personne ou virtuellement. Je travaille à 100 % en virtuel en ce moment, et je trouve que – la patientèle, encore, même en cette période, en quelque sorte, post-pandémique, sont très reconnaissants pour cela aussi.

L'une des meilleures choses, je pense, au sujet des diététistes en soins de santé primaires, en Ontario en particulier, à cause des grandes difficultés de recrutement, de rétention, et de l'absence de salaire décent, est que nous nous sommes regroupés et nous avons aidé non seulement les diététistes, mais tous les prestataires de soins de santé, du personnel à la réception à l'administration, à obtenir une augmentation de salaire de 325 millions de dollars sur quatre ans.

C'était – ça semble facile. C'était une quantité incroyable de travail par des centaines de diététistes. Nous avons été environ 130 diététistes à manifester à Queen's Park. Très efficace. Le financement a afflué très rapidement.

L'autre grande partie de cela est la collégialité. Nous avons créé une communauté de pratique qui continue d'être prise en charge par Listserv. Des amitiés phénoménales sont nées, et des questions ont obtenu réponse sur le Listserv.

Voilà quelques-unes, juste quelques-unes des raisons pour lesquelles j'aime être en soins de santé primaires.

Merci.

Fin de la transcription de l'enregistrement audio.

Cliquez sur les boutons pour en savoir plus sur les diététistes en soins primaires grâce à trois simulations.

[Femme végétarienne avec prédiabète](#)

[Adolescente avec trouble alimentaire](#)

[Personne âgée atteinte de diabète et d'un nouveau diagnostic d'insuffisance rénale](#)

Ergothérapeute

Les ergothérapeutes aident les personnes de tous les groupes d'âge, quels que soient leurs problèmes de santé, à participer à leurs activités quotidiennes (occupations). Les ergothérapeutes évaluent les facteurs individuels et environnementaux qui influent sur la participation et la fonction globale; ils et elles tiennent compte des aspects physiques, mentaux et spirituels de la personne ainsi que des aspects physiques, sociaux, culturels et institutionnels de l'environnement.

Capsule vidéo

Regardez [la vidéo](#) de Todd, ergothérapeute de l'Ontario, qui parle de son travail en soins primaires.

Transcription de l'enregistrement audio:

Bonjour, je m'appelle Todd Tran. Je suis ergothérapeute en soins primaires, je travaille au Women's College Hospital de Toronto, je suis ergothérapeute depuis plus de 20 ans, et je travaille en soins primaires depuis probablement 15 ans maintenant.

L'une des raisons pour lesquelles j'aime travailler dans les soins primaires est que, en tant qu'ergothérapeute, je suis capable de travailler dans toute l'étendue de mon domaine de pratique, ce qui signifie que je peux travailler en réadaptation physique, comme poser une attelle à une personne qui en a besoin, ou, aussi, fournir des conseils à des personnes qui aimeraient obtenir de l'aide en lien avec leurs besoins émotionnels.

Une chose que j'aime particulièrement dans le fait de travailler en soins primaires, c'est d'animer des groupes.

L'un des groupes que je dirige est un groupe d'intervention basé sur la pleine conscience, qui soutient les personnes souffrant de détresse émotionnelle, d'anxiété, pour les aider à améliorer leur humeur, leur sentiment de bien-être, et leur qualité de vie.

Une autre chose, c'est mon intérêt pour la pleine conscience. Ainsi, je suis retourné à l'université faire mon doctorat, et maintenant, je suis un clinicien-chercheur en soins primaires et j'adore ça. Donc. Oui.

Fin de la transcription de l'enregistrement audio.

[Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur les ergothérapeutes en soins primaires.](#)

Physiothérapeute

Les physiothérapeutes sont des experts de la fonction et de la mobilité qui peuvent aider les personnes à réduire leur risque de déclin fonctionnel et à améliorer leurs capacités fonctionnelles, ainsi que rétablir la fonction et la mobilité des personnes qui ont des limitations fonctionnelles. Les physiothérapeutes offrent des soins centrés sur la personne qui peuvent aider les gens à améliorer leur capacité à travailler, à participer à des activités récréatives et à prendre soin d'eux-mêmes, de leur maison et de leur famille. Les physiothérapeutes ajoutent une valeur particulière aux soins primaires en équipe pour les personnes ou les groupes qui éprouvent des limitations fonctionnelles lorsqu'ils se rétablissent d'une blessure ou d'un problème de santé aigu, ou qui gèrent un problème de santé chronique.

Capsule vidéo

Regardez [la vidéo](#) de Brian, physiothérapeute en Ontario, qui parle des avantages d'une relation continue avec la clientèle en soins primaires.

Transcription de l'enregistrement audio:

Bonjour, je m'appelle Brian Pearce et je suis un physiothérapeute qui travaille en soins primaires au centre-ville de Toronto, au Parkdale Queen West Community Health Centre.

Ce que j'aime le plus dans le travail en soins primaires, c'est de faire partie d'une équipe de soins de santé interprofessionnelle et diversifiée, comprenant des médecins, du personnel en soins infirmiers, une équipe de spécialistes du diabète, de la podiatrie, de la gestion de cas, et une équipe de counseling.

Je pense que ce modèle de soins innovant aide vraiment à aborder les déterminants sociaux de la santé et reconnaît que la santé physique, la santé mentale et le bien-être social sont interreliés.

J'aime également le fait que dans les soins primaires, nous ne regardons pas les choses du point de vue d'un épisode de soins, mais nous regardons plutôt les résultats longitudinaux des soins de santé pour nos clients.

C'est important pour comprendre que le véritable changement de comportement en matière de santé et le vrai changement physique exigent beaucoup d'efforts et prennent beaucoup de temps.

En tant que physiothérapeutes en soins primaires, nous avons le luxe de pouvoir voir ce changement dans le temps.

Fin de la transcription de l'enregistrement audio.

[Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur la physiothérapie en soins primaires.](#)

Travailleuse ou travailleur social

Les travailleuses et travailleurs sociaux jouent un rôle essentiel dans la prestation des services de soins primaires. En tant qu'experts dans la prestation de services biopsychosociaux et de santé mentale, le personnel en travail social offre des soins cliniques et des services de psychothérapie dans le contexte des déterminants sociaux de la santé. Les travailleuses et travailleurs sociaux offrent également d'autres types de soins, dont la promotion de la santé, l'éducation de la patientèle, les soins palliatifs, le counseling sur le mode de vie et la gestion des maladies chroniques, ainsi qu'une variété de services, dont la gestion de cas, l'orientation parmi les ressources et la collaboration avec les parties prenantes internes et externes.

Orthophoniste

Les orthophonistes se spécialisent dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement des troubles de la communication (tels que les troubles de la parole, du langage ou de la fluence et les troubles cognitivo-communicatifs, entre autres) ainsi que des difficultés d'alimentation et des troubles de la déglutition.

Les orthophonistes effectuent des dépistages et des évaluations, élaborent des plans de traitement et de réadaptation individualisés, offrent des thérapies, du counseling et de la formation, collaborent avec d'autres prestataires de soins de santé, défendent les intérêts de la patientèle et contribuent à la recherche et à la formation dans leur domaine.

Capsule vidéo

Regardez [la vidéo](#) de Miranda, orthophoniste, qui parle de ce qu'elle aime dans son travail comme membre d'une équipe de soins primaires.

Transcription de l'enregistrement audio:

Je m'appelle Miranda, et je suis orthophoniste dans une équipe de santé familiale en soins primaires.

Ce que je préfère dans le travail en soins primaires, c'est ma charge de travail diversifiée.

J'ai des clientèles qui sont des tout-petits avec des problèmes de développement du langage, des enfants avec des problèmes d'articulation, des adultes avec de la dysphagie, et tout le reste au milieu.

J'aime que ce rôle soit stimulant et me mette constamment au défi de maintenir mes compétences cliniques à jour dans tous les domaines.

Fin de la transcription de l'enregistrement audio.

[Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur les orthophonistes dans le cadre des soins primaires offerts en équipe.](#)

Remarque : La communication efficace et accessible est fondamentale dans tous les rôles professionnels.

[Cliquez sur le bouton pour en savoir plus sur la façon de favoriser une communication accessible dans le contexte des soins primaires offerts en équipe.](#)

Domaines de pratique interprofessionnels

Considérez les rôles professionnels qui viennent de vous être décrits (audiologiste, diététiste, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleuse ou travailleur social et orthophoniste). Mettez-vous au défi quant à ce que vous pensez savoir sur chacun de ces rôles par rapport à l'étendue des connaissances et des compétences que ces prestataires de soins de santé peuvent apporter à une équipe de soins primaires.

Cliquez sur la flèche pour afficher les domaines de pratique généraux de chacune des professions.

1. Audiologiste

- Perte auditive.
- Fonction vestibulaire et équilibre.
- Acouphènes, hyperacousie et misophonie.
- (Ré)adaptation auditive (prothèses auditives, implants cochléaires, cours de lecture labiale).
- Gestion du cérumen.
- Surveillance du risque ototoxique.
- Programme de conservation de l'audition.
- Services éducatifs (acoustique de la salle/rapport signal-bruit, formation des parents enseignants).

2. Diététiste

Gestion des questions et des défis liés à la nutrition tout au long du cycle de vie (p. ex., grossesse et allaitement, introduction d'aliments, alimentation difficile, croissance et développement optimaux, personnes âgées)

- Gestion des maladies chroniques (p. ex., diabète, maladies cardiovasculaires, maladies gastro-intestinales, maladies rénales)
- Intolérances alimentaires et troubles gastro-intestinaux
- Allergies

- Troubles de l'alimentation
- Nutrition sportive
- Gestion de la dysphagie
- Insécurité alimentaire
- Dépistage, prévention et traitement de la malnutrition

3. Ergothérapeute

- Aider la clientèle à participer à des occupations qui sont significatives et nécessaires pour eux en abordant les obstacles liés à la santé physique et mentale, les conditions sociales et les obstacles environnementaux qui les empêchent de participer à des occupations données.
- Travailler avec la clientèle vivant avec des problèmes de santé mentale ou physique chroniques – leur fournir des stratégies pour l'autogestion de leur état de santé, y compris le développement d'habitudes et de routines pour soutenir leur bien-être physique et mental.
- Effectuer un dépistage du développement et évaluer les capacités physiques, affectives et cognitives des enfants afin de soutenir leur participation aux activités ludiques et scolaires.
- Soutenir les personnes canadiennes qui travaillent en évaluant la capacité de travail et les aménagements en milieu de travail, y compris l'ergonomie et les accommodements.
- Prescrire des aides adaptées, des technologies d'assistance et de l'équipement pour la maison, le travail et les activités dans la communauté.
- Réaliser des évaluations de la sécurité du domicile et formuler des recommandations pour des adaptations du domicile afin de soutenir le vieillissement dans la communauté.
- Évaluer et soutenir la cognition et la perception.
- Évaluer et soutenir la mobilité, y compris les déplacements à l'intérieur du domicile et dans la collectivité, ainsi que les composantes physiques et cognitives de la conduite automobile.

4. Physiothérapeute

- Évaluation complète et planification des soins.
- Réalisation et communication d'un diagnostic basé sur les résultats de l'évaluation.
- Interventions telles que l'éducation, l'exercice, la gestion de la douleur et le soutien à l'autogestion.
- Soins offerts sur une base individuelle et en groupe.
- Services en personne et virtuels.
- Collaboration sur des programmes et des modèles de soins novateurs afin d'améliorer les expériences, les résultats et l'efficacité des soins de santé en répondant aux besoins des personnes et des communautés.
- Participation à l'évaluation des programmes et aux initiatives d'amélioration de la qualité.

5. Travailleuse sociale et travailleur social

- Soins cliniques offerts en personne et virtuellement à des individus, des familles ou des groupes; aide à l'identification, aux évaluations, aux traitements, au counseling, au suivi et au rétablissement.
- Les évaluations vont des évaluations biopsychosociales générales visant à comprendre les besoins de la clientèle à des évaluations ciblées (santé mentale, évaluation cognitive, incapacité, qualité de vie), en passant par des évaluations des risques (suicidabilité, violence conjugale, violence envers les aînés, négligence envers les enfants et soutien familial, risque social).
- Counseling et psychothérapie.
- Gestion de cas pour coordonner et gérer divers aspects des soins à la clientèle.

- Navigation dans le système pour aider la clientèle à accéder aux ressources et aux services au sein du système de soins de santé et dans la collectivité en général.
- Consultation au sein des équipes de soins primaires pour conseiller sur les meilleures façons de soutenir et de gérer la santé et le bien-être de la clientèle en tenant compte de l'impact de facteurs globaux, systémiques et historiques plus larges.
- Engagement communautaire pour établir des partenariats avec des organisations et des organismes qui peuvent offrir des services supplémentaires et accepter des demandes de consultation pour un soutien continu en dehors des soins primaires.
- Leadership par le biais de rôles informels et formels pour faciliter le travail d'équipe, la collaboration, la gestion du changement et la transformation des systèmes afin de promouvoir les soins directs à la clientèle et le fonctionnement de l'équipe.

6. Orthophoniste

- Développement de la parole (retards, apraxie, etc.)
- Développement du langage (retards, autisme, etc.)
- Capacités de lecture et d'écriture et préalphabétisation (dyslexie, etc.)
- Fluence (bégaiement)
- Voix et résonance (voix rauque ou instable, affirmation du genre, etc.)
- Déglutition et alimentation
- Troubles acquis de la parole et du langage (accident vasculaire cérébral, aphasie progressive primaire, lésion cérébrale, etc.)
- Troubles cognitivo-communicatifs (commotions cérébrales, lésions cérébrales, démence, etc.)
- Communication liée à l'audition

Études de cas

Ces études de cas ont été conçues pour vous aider à appliquer votre connaissance des rôles et des responsabilités des professionnels de la santé décrits dans une approche collaborative et interprofessionnelle de la pratique.

Étude de cas 1 - Xu

Xu est un homme de Winnipeg de 54 ans avec des antécédents de longue date de douleurs au cou et au bas du dos. Ses douleurs au cou et au dos sont présentes depuis environ 10 ans, et sa douleur au bas du dos s'est aggravée il y a environ 3 mois après une chute sur le perron de sa maison.

Xu travaille comme ingénieur logiciel, mais il est en congé depuis 9 mois en raison de ses douleurs chroniques. Sa douleur dans le bas du dos est de 7/10 au repos. La douleur augmente à 10/10 lorsqu'il soulève une charge, reste debout pendant plus de 30 minutes, ou reste assis pendant plus de 45 minutes. Sa douleur au cou est de 6/10 au repos, et de 8/10 quand il est assis à l'ordinateur pour plus de 30 minutes. Xu est également artiste et aime peindre et faire de la poterie, mais il n'est plus en mesure de faire ces activités depuis un certain temps.

Xu ne sait pas quoi faire. Il s'inquiète à l'idée de retourner au travail et se sent de moins en moins motivé.

Sa routine quotidienne a considérablement changé, ce qui affecte son horaire de sommeil et de repas. Xu se couche souvent tard car il dit avoir du mal à trouver une position confortable pour s'endormir. Il

préfère donc s'endormir dans son fauteuil de type « Lay-Z-Boy » devant la télévision. Il finit par aller au lit vers 4 heures du matin.

Il a reçu des documents mis à jour concernant les congés de maladie et l'invalidité de longue durée, et il prend rendez-vous avec le physiothérapeute de sa clinique de soins primaires pour travailler à soulager la douleur dans son cou et son dos.

Cliquez sur les marqueurs numérotés sur l'image pour découvrir comment deux professions différentes pourraient aborder le cas de Xu.

Physiothérapeute

Une ou un physiothérapeute pourrait aider Xu en effectuant une évaluation complète pour formuler un diagnostic et en collaborant avec Xu pour élaborer un plan de gestion.

- Les antécédents subjectifs comprendraient la collecte de renseignements supplémentaires, y compris des renseignements sur les préoccupations du patient, ses antécédents médicaux et de santé pertinents (y compris les comorbidités, les médicaments et les autres traitements), les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement, la paresthésie ou la faiblesse, et le dépistage des indicateurs de pathologies pouvant contribuer à la douleur au dos ou au cou (les « signaux d'alarme »).
- Ils comprendraient également une compréhension du fonctionnement actuel de Xu et de ses objectifs de retour à la fonction.
- Évaluer tout déterminant social de la santé qui pourrait avoir une incidence sur la santé de Xu, y compris le lien social, la sécurité financière, le logement et la sécurité alimentaire.
- Évaluer l'ergonomie du poste de travail de Xu lorsqu'il est à l'ordinateur.
- Évaluer les exigences physiques pour le travail de Xu.
- L'évaluation objective comprendrait : l'évaluation posturale, les mouvements types, l'analyse fonctionnelle, l'amplitude de mouvement, la force et longueur des muscles et la mobilité.

À partir des informations fournies et des résultats de l'évaluation, les interventions suivantes pourraient être envisagées :

- Éducation concernant le diagnostic, le pronostic et les options de traitement de Xu.
- Éducation sur la douleur, en particulier sur la manière dont l'anxiété peut affecter l'expérience d'une personne en matière de douleur.
- Éducation sur les stratégies de gestion de la douleur, pouvant inclure les stratégies liées au mouvement et à la posture (y compris les positions pour soulager la douleur), des exercices thérapeutiques, et la thérapie manuelle pour soulager la douleur et améliorer l'amplitude de mouvement, le cas échéant.
- Faire des recommandations au sujet d'un plan de retour au travail.
- Solliciter l'intervention des membres de l'équipe appropriés, y compris en recommandant une thérapie en santé mentale (pour atténuer l'anxiété et le manque de motivation) et éventuellement en dirigeant le patient vers le médecin de famille si un test diagnostique ou un examen de la médication est nécessaire.

Ergothérapeute

Les services d'ergothérapie débutent par une première entrevue/évaluation pour comprendre la routine quotidienne du patient et identifier l'impact de sa douleur sur ses activités quotidiennes ainsi que sur sa santé mentale, et explorer ses soutiens sociaux à la maison et au travail.

Réaliser une évaluation physique à la clinique de soins primaires pour examiner sa posture dans les mouvements de tous les jours, y compris se pencher, s'asseoir, se tenir debout, soulever et porter des objets.

Évaluer potentiellement son domicile et son environnement de travail, en se concentrant sur son espace de bureau pour assurer une ergonomie appropriée (chaise, bureau, organisation de l'espace de travail), ainsi que sur ses espaces consacrés aux loisirs à la maison (p. ex. peinture, poterie).

Effectuer une analyse détaillée du travail afin de déterminer ses exigences physiques et cognitives et de comprendre l'environnement physique et social.

L'ergothérapeute utilisera une gamme d'approches différentes pour aider Xu à reprendre le travail, à participer à ses activités de loisirs et à établir une routine.

1. Établir un programme structuré pour l'aider à augmenter lentement sa tolérance à la position assise pour l'utilisation de l'ordinateur ainsi que pour la peinture et la poterie (effectuer une gradation de ces activités au fil du temps).

2. Éduquer

- pour soutenir les pratiques d'hygiène du sommeil
- sur la posture et la mécanique du corps, y compris les postures de sommeil
- à propos de la douleur aiguë et chronique ainsi que des principes de gestion de la douleur (dosage, planification, priorisation)

3. Adapter/compenser

- envisager des adaptations aux activités de peinture et de poterie pour permettre une participation modifiée pendant que le patient travaille à gagner de la capacité (p. ex. tabouret, moulage à la main vs utilisation d'un tour, chevalet incliné)

4. Consulter

- selon les exigences, collaborer avec son médecin/infirmière praticienne pour aider à remplir les formulaires d'assurance

Étude de cas 2 - Finn

Finn est un garçon de 5 ans qui présente des retards importants du développement de la parole et du langage. Il peut comprendre le langage parlé, mais il a des problèmes d'élocution et de fluence, ainsi que de faibles compétences littéraires.

Finn est souvent turbulent à l'école, ce qui perturbe toute la classe. Il est facilement frustré, surtout en ce qui concerne ses problèmes de communication, mais il peut avoir de bons résultats dans certaines matières, comme les mathématiques. Il arrive souvent en retard à l'école, et sa mère affirme que les matins sont toujours difficiles. Sa diète, à l'école comme à la maison, est extrêmement limitée et

comprend généralement une combinaison de Cheerios, de craquelins salés, de pain blanc avec du beurre, de doigts de poulet et de raisins verts.

Ses parents, Pietro et Gwen, occupent tous deux des emplois mal rémunérés dans une boucherie et une épicerie locale, et peuvent difficilement s'absenter du travail. Aucun n'a accès à une assurance-maladie complémentaire, et tous deux sont peu instruits en matière de santé et ont du mal à répondre aux besoins de Finn. Finn est également l'aîné de trois enfants.

Il a très peu d'amis à l'école et ne participe à aucune activité. Ses parents rapportent qu'il passe la majorité de son temps à jouer aux jeux vidéo et qu'il devient extrêmement agité lorsqu'on lui demande d'arrêter. Pietro et Gwen disent qu'ils n'ont pas l'énergie nécessaire pour s'en occuper, et donc Finn passe des heures tous les jours devant des écrans.

Gwen et Pietro ont appelé à la clinique afin de prendre un rendez-vous pour Finn.

Cliquez sur les marqueurs numérotés sur l'image pour découvrir comment six professions différentes peuvent aborder le cas de Finn.

Orthophoniste

Le dépistage en orthophonie pour la population pédiatrique est une procédure visant à identifier les enfants qui ont besoin d'une évaluation plus poussée de la parole et de la communication ou d'une orientation vers d'autres services professionnels et/ou médicaux. Compte tenu des antécédents de Finn, une évaluation complète de la parole et du langage est justifiée. Avant l'évaluation, il est recommandé que Finn subisse un dépistage ou une évaluation audiolinguistique pour vérifier qu'il n'a pas de déficience auditive ou de troubles qui pourraient interférer avec le développement normal de la parole et du langage.

L'orthophoniste pourrait aider Finn et ses parents en faisant ce qui suit :

- Éduquer les parents de Finn sur le développement typique de la parole et du langage en fonction de l'âge
- Décrire les effets des troubles de la parole, du langage, cognitivo-communicatifs et/ou de la déglutition sur les activités, la participation et la performance de Finn dans des contextes variés
- Éduquer les parents de Finn et les autres membres de l'équipe sur l'importance d'un développement optimal de la parole, du langage et des habiletés cognitivo-communicatives pour l'écoute, la parole, la lecture, l'écriture et la pensée
- Fournir des recommandations pour l'évaluation, l'intervention et le soutien en lien avec la parole et le langage
- Réaliser une évaluation complète de la parole et du langage incluant la littératie, la fluence, les compétences cognitivo-communicatives et/ou la fonction de déglutition, ou demander qu'une autre orthophoniste le fasse
- Diriger Finn vers des professionnels spécialisés dans la dysphagie pédiatrique et les troubles de l'alimentation, ou encore vers un(e) diététiste ou un(e) pédiatre, au besoin, compte tenu de ses comportements alimentaires atypiques et des risques pour la croissance et la santé
- Aider Finn à acquérir de nouvelles compétences à l'oral et à l'écrit ainsi que des stratégies de communication (verbales et non verbales) pour lui permettre de s'engager au maximum dans

- ses relations interpersonnelles, et le former sur la manière d'utiliser les aides à la communication appropriées, analyser leur efficacité, et réduire les obstacles à leur utilisation
- Assurer la liaison avec les membres de l'équipe de soins dans d'autres contextes (personnel enseignants, orthophoniste en milieu scolaire, programme parascolaire, etc.) pour assurer un suivi approprié

Diététiste

- Améliorer la littératie alimentaire – fournir des connaissances nutritionnelles de base d'une manière que les parents et les enfants peuvent comprendre
- Optimiser le statut nutritionnel de Finn, évaluer la courbe et la trajectoire de croissance, accroître l'acceptation d'une variété d'aliments en utilisant des approches telles que le chaînage alimentaire
- Offrir des idées pour diversifier la diète de Finn, peut-être en utilisant une combinaison de principes de chaînage alimentaire et de division des responsabilités
- Utiliser des documents illustrés pour la littératie alimentaire
- En plus des interventions relevant typiquement du cadre de la diététique, aider Finn et ses parents à s'orienter parmi les services de soutien communautaires subventionnés qui répondent aux questions prioritaires et aux besoins des patients et des aidants en lien avec la qualité de l'alimentation et la sécurité alimentaire
- Offrir un rendez-vous le jour même avec des prestataires d'autres disciplines ou des visites médicales de groupe pour réduire la perte de revenu/augmenter la probabilité de recourir à des soins médicaux offerts en équipe
- Aborder les questions de sécurité alimentaire, d'accès aux banques alimentaires, et d'éducation sur les moyens d'économiser de l'argent à l'épicerie, de préparer des repas équilibrés avec un budget limité, etc.

Travailleuse ou travailleur social

En considérant Finn et sa famille comme sa clientèle, le personnel en travail social de l'équipe pourrait procéder à une évaluation biopsychosociale fondée sur les forces de toute la famille, en parlant à Pietro, Gwen et Finn, ensemble et séparément, de leurs sources de soutien et de leurs ressources (y compris les amis et les autres personnes pouvant aider, ainsi que leurs forces et champs d'intérêts particuliers).

Cette évaluation serait complétée par un examen du dossier de santé électronique de Finn et un entretien avec son médecin (au sujet de ses problèmes de santé et de la consultation éventuelle d'un ou d'une spécialiste).

Il pourrait organiser une réunion avec le personnel enseignant de Finn pour obtenir des informations collatérales sur les « crises » de Finn : quand elles surviennent, à quoi elles ressemblent et comment elles sont traitées à l'école, pour aider à la planification du traitement.

Il pourrait aussi travailler à coconstruire des objectifs individuels et familiaux pour l'intervention en travail social avec chaque membre de la famille de Finn, et pour la famille en tant qu'unité.

Le personnel en travail social pourrait organiser un soutien concret pour Finn et sa famille, en leur donnant accès à une aide financière pour les personnes sans assurance-maladie complémentaire et à

des ressources et activités communautaires à faible coût ou gratuites correspondant à leurs champs d'intérêt et à leurs forces pour soutenir l'ensemble de la cellule familiale.

Il pourrait également mettre la famille de Finn en relation avec le personnel diététique de l'équipe pour explorer des façons d'aider Finn (et sa famille) à essayer de nouveaux aliments.

Le personnel en travail social pourrait fournir des services de psychoéducation à Gwen et Pietro sur les besoins de Finn, pour les aider dans leur relation avec lui.

Ile ou Il pourrait combiner cela avec un entretien motivationnel et une brève thérapie axée sur les solutions pour explorer comment Gwen et Pietro peuvent se soutenir mutuellement, et aider Finn différemment.

Il pourrait également offrir une formation aux compétences cognitivo-comportementales que Gwen et Pietro pourraient utiliser pour Finn, et qui pourrait également être adaptée et offerte à ce dernier.

Si possible, il pourrait également collaborer avec l'orthophoniste, le médecin et la diététiste pour aider Finn à utiliser ces compétences.

Audiologiste

L'orthophoniste a dirigé Finn en audiologie. Dans un cas comme celui-là, une vérification de l'audition (dépistage ou test d'audition complet) devrait toujours être la première mesure à prendre. Même s'il est rapporté que Finn peut comprendre le langage parlé, il se peut qu'il ait une perte auditive légère à modérée pouvant affecter la parole et contribuer à ses problèmes de comportement.

Un dépistage auditif devrait être effectué au début de la visite de Finn pour aider à déterminer le parcours de soins. Si Finn souffre en effet d'une perte auditive (par exemple, une perte légère due à une accumulation de liquide dans son oreille moyenne), cela changera considérablement la trajectoire de soins et de services d'orthophonie.

Physiothérapeute

Dans cette situation, les physiothérapeutes peuvent jouer un rôle-conseil auprès des autres membres de l'équipe de soins primaires. Les physiothérapeutes pourrait suggérer des questions d'évaluation subjective supplémentaires, des soutiens pour promouvoir une activité physique accrue, et possiblement offrir de l'orientation vers d'autres services de physiothérapie dans la communauté.

- **Évaluation subjective :** Finn éprouve-t-il des difficultés dans les cours d'éducation physique, ou a-t-il du mal à monter ou descendre les escaliers ou encore à s'habiller de manière autonome? Ses parents disent-ils de Finn qu'il est « maladroit »?
- **Activité physique :** En fonction des champs d'intérêt de Finn et des ressources familiales et communautaires, y a-t-il des façons d'encourager davantage l'activité physique par le jeu?
- **Orientation :** Y a-t-il du soutien en physiothérapie par l'entremise de l'école ou d'un centre de traitement pour enfants? Si Finn a des déficiences au niveau de la motricité globale, ces programmes pourraient l'aider à obtenir les accommodements nécessaires à l'école et potentiellement à la maison.

Il est important de garder à l'esprit le potentiel d'un diagnostic de trouble de l'acquisition de la coordination (TAC), caractérisé par des difficultés d'articulation, un TDAH et des déficiences au niveau de la motricité globale. De nombreux enfants atteints d'un TAC sont frustrés par les défis liés à l'accomplissement de tâches physiques et à la communication de ces défis aux autres. Le TAC doit être diagnostiqué par un médecin, et ce diagnostic est souvent nécessaire pour accéder à du soutien dans les plans d'apprentissage à l'école.

Les physiothérapeutes peuvent aider les membres de l'équipe à évaluer ou à dépister des problèmes moteurs auprès des enfants, par exemple en leur faisant lancer et attraper une balle de tennis au bureau.

Ergothérapeute

Pour mieux comprendre Finn et ses besoins, il est important de comprendre ses activités et routines quotidiennes, ainsi que les environnements dans lesquels il vit et joue.

Évaluation : Comme Finn est limité dans ses communications, il est important d'obtenir autant d'information que possible auprès de ses parents lors du premier rendez-vous en lien avec son alimentation dans ses premiers mois de vie, l'attachement et l'apaisement, ses objectifs de développement et ses expériences sociales. Certains de ces éléments peuvent être identifiés dans le DME.

1. **Aspect sensoriel :** Rencontrer Finn d'abord à la clinique, puis dans son environnement familial pour comprendre quelles sont les activités qu'il aime ou n'aime pas (questionnaire sensoriel)
2. **Liens sociaux :** Discuter de ses besoins en matière de liens sociaux
3. **Communication et apprentissage :** Communiquer avec son école et le personnel enseignant)
4. **Environnement :** Possibilité éventuelle de travailler avec l'ergothérapeute de l'école ou d'autres ressources de soutien. S'il n'y a pas d'ergothérapeute disponible en milieu scolaire, aller en classe pour déterminer ce qui pourrait affecter sa capacité à se réguler. Qu'est-ce qui peut être modifié? Comprendre comment Finn interagit avec ses pairs, quelles sont les activités qu'il aime et quelles sont ses routines à l'école.

Intervention en soins primaires :

Discuter des besoins en matière de communication/apprentissage. Parler des différentes façons dont on peut communiquer. Utiliser des exemples courants à la maison.

1. Informations abstraites/concrètes
2. Combien d'instructions peut-il suivre en même temps?
3. Aime-t-il la routine ou non?

Discuter des comportements et du moment où ils apparaissent en lien avec les points ci-dessus. Parler ensuite de la façon dont les nouvelles informations au sujet de Finn peuvent avoir un impact à l'école

et dans cet environnement. Créer des stratégies basées sur des activités qu'il aime et trouver moyen de les intégrer de manière à soutenir les tâches qu'il essaie de faire.

- Y a-t-il des choses qui fonctionnent à la maison et qui pourraient fonctionner aussi à l'école? S'il est difficile d'essayer ces choses à la maison, essayer d'intégrer quelques suggestions à l'école.

À partir des connaissances ci-dessus, utiliser l'information pour rencontrer le personnel enseignant et voir l'environnement de l'école :

- Discuter de ce qui a été découvert. Que peut-on ajouter pour donner à Finn plus d'occasions de répondre à ces besoins? De quel type d'instructions a-t-il besoin? De quoi a-t-il besoin pour se sentir en sécurité en classe?
- Développer des stratégies de corégulation basées sur les besoins de Finn qui vont l'aider lorsqu'il commence à se sentir surchargé, et discuter de la façon de passer à travers. Souvent, il peut être utile de supprimer tous les stimuli indésirables et d'ajouter des stimulations sensorielles que la personne apprécie. Cela pourrait également être important pour l'aider à apprendre à socialiser.
- Il pourrait avoir des difficultés avec le jeu libre et avoir besoin de plus d'orientation. Il pourrait avoir besoin de comprendre les règles. Etc.

Reconnaître les déclencheurs de Finn et ses changements physiques l'aidera à intégrer les suggestions au moment opportun, et cela aidera à lui apprendre comment reconnaître les changements dans son corps et ce qu'il peut faire pour se calmer en vieillissant.

Étude de cas 3 - Harriet

Harriet est une femme de 82 ans qui vit avec son mari Luis dans une maison de deux étages du centre-ville de Kingston, en Ontario.

Harriet a reçu un diagnostic d'ostéoporose il y a 10 ans. Elle souffrait alors de douleurs dorsales atroces lorsqu'elle se penchait pour attacher ses chaussures. Elle a été emmenée à l'urgence et on a découvert qu'elle s'était fracturé une vertèbre lombaire (L2). Le test de densité osseuse a révélé un score T de -2,6. Une décennie plus tard, les douleurs au dos d'Harriet persistent. En outre, elle a une attitude cyphotique et a subi une importante perte de poids au cours de la dernière année. Elle pèse actuellement 95 livres (IMC de 19).

Harriet a fait une chute il y a 2 ans et est tombée sur son poignet droit. La fracture a mal guéri, et elle a perdu beaucoup de mobilité au poignet – principalement en ce qui concerne l'extension et la déviation cubitale. Harriet a un glaucome, qu'elle traite avec des gouttes pour les yeux. Elle trouve difficile d'utiliser les gouttes en raison de son amplitude de mouvement limitée au niveau du poignet. Harriet a également obtenu des prothèses auditives il y a environ 5 ans. Cependant, elle a souvent l'impression qu'elles « ne font pas ce qu'elles sont censées faire ».

Harriet et Luis ont toujours été actifs, appréciant la randonnée, le vélo et la marche. Harriet se rend chaque jour à pied à la synagogue (1 km), mais cela devient de plus en plus difficile pour elle. Elle a commencé à prendre un taxi pour rentrer chez elle, car elle ne conduit plus, et Luis a perdu son permis il y a 3 ans suite à un diagnostic de trouble léger de la cognition (TLC). La fille d'Harriet a acheté à sa

mère une canne pour ses promenades, mais Harriet l'utilise rarement car elle estime que les aides à la mobilité sont faites « pour les petites vieilles ». Harriet pense que le bus pourrait être une option de transport plus abordable, mais elle ne sait pas comment le prendre et craint d'y tomber.

Elle a toujours été responsable de gérer les affaires de la maison au quotidien, s'occupant de la cuisine, du ménage et de la lessive, et elle continue de le faire, mais elle se sent épuisée à la fin de chaque journée. Harriet a également remarqué qu'elle avait besoin de manger des aliments plus mous, car elle a eu quelques épisodes d'étouffement qui l'ont vraiment effrayée. Elle trouve également que sa voix peut sembler « fatiguée » ou « rauque » et se demande si cela est lié à ses épisodes d'étouffement ou à autre chose.

Harriet a fait un nombre croissant de chutes au cours de la dernière année, sa dernière chute ayant eu lieu il y a 2 semaines. Elle est tombée dans la salle de bain en se levant de la toilette. Elle cherchait à s'agripper au porte-serviettes, et il a cédé. Elle s'est cogné la tête, l'épaule droite et la hanche, et a subi d'importantes ecchymoses, mais aucune fracture. Harriet a passé une série de radiographies et a été renvoyée chez elle.

Elle se sent dépassée et craint de faire une autre chute qui pourrait compromettre sa capacité à rester chez elle. Le quartier d'Harriet et Luis a considérablement changé au fil des ans et très peu de leurs amis y sont encore, ce qui a eu un impact sur leur vie sociale.

L'ergothérapeute en soins primaires soutient déjà Harriet et cherche à collaborer davantage avec les membres de son équipe de soins primaires.

Cliquez sur les marqueurs numérotés sur l'image pour découvrir comment six professions différentes pourraient aborder le cas d'Harriet.

Ergothérapeute

L'ergothérapeute voit déjà Harriet. Il y a des enjeux en lien avec les activités quotidiennes (occupations) d'Harriet, ses capacités physiques et son environnement, lesquels pourraient tous faire l'objet d'une évaluation et d'une intervention.

Évaluations : Si elles n'ont pas déjà été faites, l'ergothérapeute en soins primaires pourrait envisager de réaliser les évaluations suivantes avec Harriet :

- Identification des priorités occupationnelles : l'ergothérapeute pourrait interroger Harriet pour comprendre quelles sont les activités importantes pour elle. Cela lui donnera des orientations supplémentaires pour les évaluations futures.
- Évaluation à domicile : Pour se faire une idée de la façon dont Harriet (et Luis) s'organisent à la maison, l'ergothérapeute se rendra probablement chez eux pour réaliser une évaluation de la sécurité de leur domicile. Un formulaire standardisé comme le HOME FAST pourrait être utilisé pour aider l'ergothérapeute à identifier les principaux risques pour la sécurité à domicile.
- Activités de la vie quotidienne/soins personnels : L'ergothérapeute peut observer comment Harriet s'organise pour réaliser des tâches comme s'habiller, aller à la toilette et prendre un bain ou une douche.

- Activités domestiques : L'ergothérapeute peut observer Harriet dans sa cuisine et lorsqu'elle fait la lessive pour évaluer ses forces et ses défis dans ce domaine.
- Mobilité dans la communauté : En collaboration avec les physiothérapeutes, l'ergothérapeute peut vouloir explorer avec Harriet sa capacité à gérer sa mobilité hors de son domicile (p. ex., marcher jusqu'à la synagogue, faire l'épicerie, aller à la banque, etc.).
- Fonction physique : En collaboration avec les physiothérapeutes, l'ergothérapeute peut explorer le risque de chute d'Harriet (équilibre, proprioception, force, amplitude de mouvement, endurance physique, douleur).

Interventions :

- Recommandations de modifications domiciliaires : L'ergothérapeute peut collaborer avec les membres de l'équipe de travail social pour aider Harriet et Luis à gérer les questions financières associées à ces modifications.
- Recommandations relatives aux appareils fonctionnels : L'ergothérapeute peut recommander des appareils fonctionnels simples pour aider Harriet à continuer de fonctionner (p. ex., aides à l'habillage, appareils de cuisine). Un dispositif de mobilité peut être recommandé en collaboration avec les physiothérapeutes.
- Autogestion des maladies chroniques, de la douleur et de la fatigue : L'ergothérapeute peut recommander à Harriet de prendre part à une formation individuelle ou de groupe sur l'autogestion pour apprendre de nouvelles stratégies de gestion de la douleur et de la fatigue et continuer d'être aussi active que possible.
- Planification de la mobilité dans la communauté : L'ergothérapeute peut travailler avec Harriet pour formuler un plan de mobilité dans la communauté qui comprend les transports en commun.
- Prévention des chutes : L'ergothérapeute peut orienter Harriet vers un programme de prévention des chutes qui pourrait l'aider à se concentrer sur l'amélioration de sa force et de son équilibre.
- L'ergothérapeute pourrait également se concentrer sur l'éducation en lien avec les chutes en collaboration avec les physiothérapeutes.

Physiothérapeute

Considérations initiales :

- Comme Harriet a mentionné que la peur de tomber était une grande préoccupation pour elle, un ou une physiothérapeute pourrait évaluer son équilibre, sa force et ses capacités fonctionnelles, et élaborer un plan avec elle en fonction des résultats.
- Un élément important consistera à trouver des moyens de permettre à Harriet de participer en toute sécurité à des activités significatives pour elle, en particulier des activités actives, comme la marche et la randonnée.
- Coordonner l'évaluation et le traitement avec l'ergothérapeute au besoin (p. ex., les physiothérapeutes peuvent aider l'ergothérapeute en effectuant des évaluations standardisées du risque de fracture ou des évaluations de mobilité qui peuvent aider à dépister les risques de chute).
- Navigation : Les services communautaires utiles à Harriet peuvent inclure des programmes de prévention des chutes, des soins de relève et des activités sociales et physiques en groupe.

Considérations supplémentaires :

- Les physiothérapeutes évalueraient également Harriet pour déceler une fragilité potentielle et discuter des moyens à mettre en œuvre pour prévenir sa progression ou prévenir son déclin fonctionnel.
- Gestion des maladies chroniques : Harriet souffre de douleurs persistantes, car ses douleurs dorsales sont présentes depuis 2 ans, et elle est atteinte d'ostéoporose. Les physiothérapeutes peuvent évaluer les facteurs qui contribuent à son expérience de la douleur, et le traitement peut inclure de l'éducation sur la neurophysiologie de la douleur, des aides à l'autogestion, du soutien à l'activité physique et à l'exercice, et d'autres interventions. Les physiothérapeutes peuvent aussi aider à trouver des façons de gérer l'ostéoporose, dont des exercices et de la formation.

Audiologiste

- L'audiologiste peut aider Harriet à comprendre sa perte auditive, et aider à atténuer les difficultés qu'elle peut entraîner.
- L'audiologiste peut aborder les attentes non satisfaites d'Harriet en matière d'aides auditives et l'aider à comprendre les capacités et les limites de ses appareils auditifs.
- L'audiologiste peut conseiller et potentiellement modifier physiquement les appareils auditifs de Harriet pour faciliter l'insertion, le changement de pile, etc. Par exemple, est-ce qu'elle a du mal avec ses aides auditives en raison de l'amplitude de mouvement limitée de son poignet, qui lui cause de la difficulté à manipuler et insérer ses aides auditives ou leurs piles, ou encore à utiliser le bouton-poussoir ou la télécommande?
- L'audiologiste peut former Harriet sur l'utilisation de l'appareil auditif (y compris les procédures d'insertion et de nettoyage appropriées), la conseiller sur les stratégies de communication utiles, et vérifier et reprogrammer ses appareils auditifs pour mieux répondre à ses besoins.
- L'audiologiste pourrait effectuer un dépistage auditif pré-rendez-vous et recommander l'utilisation d'un amplificateur lors des rendez-vous avec chacun des membres de l'équipe professionnelle impliqués dans les soins d'Harriet

Orthophoniste

Il y a plusieurs signaux d'alarme concernant la dysphagie dans le dossier médical d'Harriet, comme la présence d'une anomalie de la colonne cervicale, des antécédents de dysphagie, un besoin démontré de modifier la consistance du régime alimentaire, ainsi que des antécédents de perte de poids, de changements dans la voix et de fragilité. Une perte récente de mobilité peut augmenter le risque de développer une infection pulmonaire chez Harriet si l'aspiration est un problème.

L'orthophoniste peut :

- Effectuer une évaluation clinique de la déglutition, qui peut inclure une évaluation instrumentale de la déglutition, comme une vidéofluoroscopie (VFSS/MBSS) ou un examen fibroscopique de la déglutition (FEES) pour orienter l'évaluation et le traitement

- Recommander et expliquer des manœuvres compensatoires ou des exercices de traitement physiologiquement appropriés pour améliorer la dysphagie d'Harriet en fonction des résultats de l'évaluation
- Conseiller Harriet et sa famille en lien avec les résultats de l'évaluation pour aborder la nature et l'impact de la dysphagie et faire des recommandations appropriées sur la consistance des aliments, en gardant à l'esprit les valeurs et les objectifs d'Harriet
- Diriger Harriet vers d'autres membres de l'équipe au besoin (par exemple, diététiste) si des changements dans la consistance des aliments sont indiqués et convenus, et assurer le suivi et le soutien appropriés

Étant donné qu'Harriet remarque également des changements dans sa voix, l'orthophoniste pourrait réaliser une évaluation de la voix, laquelle pourrait comprendre des évaluations formelles ou informelles des caractéristiques vocales en lien avec la respiration, la phonation, la résonance, la hauteur, l'intensité sonore, l'étendue et l'endurance. Étant donné que ces changements dans la voix coïncident avec la dysphagie, un examen fibroscopique (FEES/FEEV) ou une demande de consultation en ORL peuvent être indiqués.

Diététiste

- Santé osseuse : Optimisation de l'apport en calcium et en vitamine D par le biais de l'alimentation et de suppléments
- Évaluation de la déglutition et incitation à la réalisation d'une vidéofluoroscopie ou d'une évaluation de la déglutition par un ou une orthophoniste
- Sur la base des résultats de la vidéofluoroscopie, offrir de la formation sur la modification de la texture des aliments et examiner les services de livraison de repas
- Évaluation de la malnutrition : Optimiser l'apport nutritionnel et l'équilibre des repas
- Examiner les carences en vitamines et en minéraux : la vitamine B12 peut aider à lutter contre la déficience cognitive et le risque de chute
- Demander aux membres de la famille d'aider pour l'épicerie et la cuisine
- Évaluer les besoins en calories et en protéines pour aider Harriet à reprendre du poids

Travailleuse sociale ou travailleur social

Le personnel en travail social de l'équipe commencerait par réaliser une évaluation biopsychosociale complète, y compris en obtenant des renseignements collatéraux du mari d'Harriet, Luis, et possiblement de leur fille. Cette évaluation serait réalisée en même temps que la coconstruction des objectifs individuels pour Harriet, possiblement liés au fait de pouvoir profiter de sa maison, d'être active, de vivre sa foi et de socialiser, sur la base des informations fournies.

Le counseling avec entrevue motivationnelle est susceptible d'être une intervention importante. Cela pourrait être proposé pour explorer comment les appareils fonctionnels auxquels Harriet a actuellement accès, mais qu'elle peut hésiter à utiliser, comme les aides auditives et à la mobilité, pourraient contribuer à rendre sa vie plus riche. Le personnel en travail social pourrait consulter l'équipe de soins primaires, en particulier le médecin, l'audiologiste, le personnel diététique, l'ergothérapeute et l'orthophoniste, en lien avec les entrevues motivationnelles liées aux interventions de prévention des chutes et des épisodes d'étouffement.

Le personnel en travail social peut faciliter l'accès aux ressources dans la communauté pour des activités conformes aux valeurs et aux champs d'intérêt de Harriet (p. ex., groupes sociaux pour les aînés et/ou groupes de randonnée adaptés à sa mobilité), parallèlement à des entrevues motivationnelles et à l'établissement d'objectifs conjointement avec elle.

Il pourrait offrir à Harriet du counseling axé sur la résolution de problèmes afin d'explorer ce qu'elle pourrait faire pour atteindre ses objectifs personnels. Une approche axée sur les solutions peut lui être proposée pour mettre davantage l'accent sur les mesures qu'elle prend déjà et qui contribuent aux domaines qu'elle valorise. Cela pourrait être soutenu par une thérapie cognitivo-comportementale si l'anxiété d'Harriet à propos des chutes persiste après des interventions – de l'ergothérapeute, par exemple – visant à en réduire significativement le risque.

Le personnel en travail social pourrait également prendre des mesures pour communiquer directement avec l'audiologiste de l'équipe au sujet des difficultés signalées par Harriet dans l'utilisation de ses aides auditives afin de déterminer les causes possibles (problèmes mécaniques, utilisation, etc.).

Dans cette section, vous avez découvert six professions (audiologiste, diététiste, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleuse ou travailleur social et orthophoniste) et leurs rôles dans les soins primaires offerts en équipe. Vous avez réfléchi à la façon dont les membres de l'équipe de ces disciplines pourraient collaborer en tant que membres de l'équipe de soins primaires pour fournir des soins plus complets à l'aide de trois exemples de cas. Dans la section suivante, vous découvrirez des stratégies pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle.

Passer à la section 1.5

Lien de page:

<https://queensu.ca.panopto.com/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=f996cd05-4263-4942-9233-b111015c5a0a&start=0>

<https://www.uwo.ca/nca/education/team-based-primary-care/module-1-audiology/>

<https://queensu.ca.panopto.com/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=b178566c-46d4-4f98-ad39-b10900f34826&start=0>

<https://www.can-sim.ca/accessjama/cfam-vietnamese-vegetarian-fr/#/>

<https://www.can-sim.ca/accessjama/cfam-eating-disorder-fr/#/>

<https://www.can-sim.ca/accessjama/cfam-diabetic-renal-fr/#/>

<https://queensu.ca.panopto.com/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=4ddb367e-79fe-4790-8ec8-b1480146fe25&start=0>

<https://healthsci.queensu.ca/sites/opdes/files/modules/ot-in-primary-care>

<https://queensu.ca.panopto.com/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=4afc0111-c07a-4a7c-b582-b14c012a054d&start=0>

MODULE 2 COMPANION GUIDE

<https://physiotherapy.ca/event/preparing-physiotherapists-for-team-based-primary-care/>

<https://queensu.ca.panopto.com/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=8caadc38-9a58-42db-9556-b10900f2d866&start=0>

<https://www.uwo.ca/nca/education/team-based-primary-care/module-2-slp/>

<https://www.uwo.ca/nca/education/team-based-primary-care/module-3-communication/>

1.5 STRATÉGIES POUR PROMOUVOIR LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Cette section présente des stratégies pour la prestation de soins primaires interprofessionnels en collaboration. Elle présente également un modèle de collaboration interprofessionnelle appliqué au cas d'Harriet, présenté à la section précédente.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette section, vous serez en mesure de décrire des stratégies pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle dans un milieu de soins primaires. Plus précisément, vous serez en mesure de :

1. Décrire des exemples de la façon dont les prestataires de soins primaires collaborent, et illustrer les différents modes de collaboration interprofessionnelle
2. Identifier des stratégies pour soutenir le fonctionnement de l'équipe et promouvoir le travail d'équipe interprofessionnel
3. Discuter du rôle de la personne qui reçoit les soins dans le contexte des soins primaires interprofessionnels centrés sur la patientèle.

Approche des soins offerts en équipe

Les soins offerts en équipe ont été intégrés aux soins primaires partout au Canada parce qu'ils améliorent la sécurité de la patientèle, l'efficacité, l'efficience et l'équité, et aident à mettre la personne au centre (Gouvernement du Canada, 2015). Des soins interprofessionnels efficaces exigent des relations solides et collaboratives entre les membres de l'équipe. Cette section fournira des stratégies pour établir des relations de collaboration dans les équipes de soins primaires en décrivant l'application du modèle **Interprofessional Collaborative Relationship-building** (ICRB) (Wener et Woodgate, 2016).

Le modèle ICRB décrit le processus utilisé par les prestataires de soins primaires pour développer leurs relations interprofessionnelles. Ce modèle met l'accent sur la relation et les interactions développées entre les prestataires de soins de santé de divers milieux professionnels qui travaillent ensemble pour offrir à la patientèle des soins de haute qualité.

Regardez [la courte animation](#) du processus ICRB (notez qu'il n'y a pas de son dans l'animation).

Le modèle ICRB comprend quatre étapes :

1. Recherche d'aide
2. Colocalisation
3. Intégration
4. Réciprocité

Il est également important de noter que le modèle comprend deux processus centraux : **Relation de collaboration** et **Stratégies de communication d'équipe**.

Les processus de relation de collaboration se concentrent sur la patientèle et nécessitent une collaboration afin de lui fournir de meilleurs soins. Quelle que soit la profession ou l'approche, les membres de l'équipe comprennent qu'ils travaillent tous pour aider la patientèle.

Les stratégies de communication consistent à développer (au fil du temps) les stratégies de communication qui aident l'équipe et la clientèle. Par exemple, au départ, cela peut impliquer le recours à des stratégies qui sont déjà offertes, comme les réunions d'équipe, les conférences de cas, les demandes de consultation et le dossier médical électronique (DME). Au fil du temps, la communication peut évoluer vers l'utilisation de fonctions plus directes et particulières du DME, comme envoyer un courriel au lieu d'envoyer une tâche. Les stratégies de communication peuvent également inclure de courtes conversations de corridor en plus des formulaires de demande de consultation, au fur et à mesure que les prestataires apprennent à se connaître et que les relations interprofessionnelles se développent, dans le but de trouver la meilleure façon de communiquer.

Les quatre étapes du modèle ICRB

- ***Recherche d'aide***

Les membres de l'équipe reconnaissent un besoin de collaboration, et les prestataires de soins primaires reconnaissent qu'une personne peut répondre au besoin identifié.

La recherche d'aide est l'étape où les prestataires de soins primaires identifient comment d'autres professionnels de la santé peuvent répondre mieux qu'eux à certains des besoins de leurs patientèles. Par exemple, un médecin de famille ou un membre de la profession d'infirmière praticienne peut déterminer que les besoins en santé mentale de la patientèle pourraient être mieux satisfaits par le membre de l'équipe en santé mentale, ce qui libérerait le médecin de famille ou le personnel en soins infirmiers pour d'autres tâches. En règle générale, seuls les membres de l'équipe qui peuvent répondre aux besoins de la patientèle seront appelés à collaborer. En règle générale, seuls les membres de l'équipe qui peuvent répondre aux besoins de la patientèle seront appelés à collaborer.

- ***Colocalisation***

Les prestataires de soins primaires travaillent au même endroit, ce qui augmente les occasions de communiquer en personne.

Prendre l'initiative de la colocalisation, c'est rassembler géographiquement les prestataires au sein d'équipes. Lorsque les prestataires interprofessionnels sont colocalisés, les membres de l'équipe trouvent souvent plus facile de poser une question rapide à un autre membre de l'équipe plutôt que d'essayer de trouver l'information ou de poser des questions via le DME. Les prestataires apprécient de pouvoir communiquer rapidement avec leurs collègues pour s'assurer qu'il est approprié d'orienter un client ou une cliente vers leurs services, assurant ainsi une prestation de service efficace avec le moins d'attente possible. Lorsque les équipes ne sont pas colocalisées, l'envoi d'un courriel, la rédaction d'une demande de consultation ou l'envoi d'un message par l'entremise du DME et l'attente d'une réponse peuvent prendre beaucoup de temps. Au sein de certaines équipes, la colocalisation de tous les prestataires n'est pas possible. Cependant, la planification de rencontres avec tous les membres de l'équipe (auxquelles certaines personnes peuvent participer virtuellement si nécessaire) permet aux équipes de communiquer le plus directement possible.

- ***Intégration***

Le membre de l'équipe partage des compétences et des connaissances qui répondent au besoin du patient ou de la patiente et de l'équipe identifié à l'étape 1 (recherche d'aide).

L'intégration correspond au moment où les prestataires de soins de santé travaillent ensemble pour répondre aux besoins qui ont été identifiés par l'équipe de soins primaires, la personne qui reçoit les soins et sa famille. L'intégration est le moment où les membres de l'équipe colocalisée commencent à se familiariser et à se sentir à l'aise les uns avec les autres. Il ne s'agit pas d'apprendre à se connaître en tant que personnes, mais en tant que prestataires de soins. C'est là que les équipes commencent à comprendre ce que les autres ont à apporter, y compris leurs rôles uniques et les domaines où les rôles se chevauchent. Il est important de comprendre que cette étape consiste à découvrir ce que les autres membres de l'équipe identifient comme leurs besoins, et non ce que l'on pense pouvoir faire pour eux.

Plus tard, une fois que les membres de l'équipe se comprennent, se font confiance et se respectent (parce qu'un besoin a été satisfait), les professionnels peuvent commencer à enseigner des compétences supplémentaires aux autres membres de l'équipe et à la patientèle. Les membres de l'équipe interprofessionnelle ne peuvent offrir que ce que l'équipe a identifié. La formation interprofessionnelle est un outil qui peut être utilisé pour aider au processus d'intégration. Cela inclut la formation interprofessionnelle informelle, comme lorsque les membres de l'équipe discutent entre eux de certaines questions. Les conversations peuvent porter sur une patientèle en particulier ou non, mais grâce à ces discussions, les membres de l'équipe en apprennent plus les uns sur les autres et savent qu'ils peuvent faire appel les uns aux autres au besoin.

Les membres de l'équipe apprennent ensemble et les uns des autres lorsqu'ils travaillent à aider leurs patientèles. C'est l'étape au cours de laquelle les coéquipiers travaillent ensemble pour répondre aux besoins et, par le biais de ce processus, identifier les besoins supplémentaires. Le modèle est cyclique : au fur et à mesure que les membres de l'équipe apprennent à se connaître, les besoins identifiés s'étendent et se développent, et chaque cycle rapproche l'équipe de l'étape suivante, en augmentant la réciprocité.

- ***Réciprocité croissante***

Les membres de l'équipe sollicitent les points de vue des autres, appréciant les similitudes et les différences par rapport à leur propre contribution à des soins de qualité.

Alors que les prestataires, la patientèle et les familles en viennent à se connaître et à se soucier les uns des autres, leur relation s'ancre dans la confiance et le respect. À ce stade, les prestataires et la patientèle apprécient l'expertise personnelle et professionnelle de chacun, découvrent leurs valeurs communes en matière de soins et accordent la même importance aux services axés sur les relations collaboratives. Pendant la phase d'intégration, lorsque les membres de l'équipe partagent leurs connaissances et suggèrent des approches d'évaluation et de traitement, cela permet à la patientèle, aux prestataires de soins primaires et aux autres membres de l'équipe de répondre aux besoins de la patientèle en toute confiance. Ce processus de partage des connaissances et de suggestions quant aux évaluations et aux traitements conduit à un respect et à une confiance accrue entre les prestataires, la patientèle et leurs familles, ce qui favorise une réciprocité croissante. Il y avait un besoin, ce besoin a

été comblé, et la confiance et le respect grandissent, solidifiant une relation de collaboration qui mène à une réciprocité croissante.

La réciprocité croissante aide à faire en sorte que les prestataires de soins utilisent leurs compétences dans toute leur portée et négocient le chevauchement des rôles, assurant ainsi à la patientèle des soins de grande qualité.

Retour sur le cas d'Harriet

Repensez à Harriet, qui vous a été présentée dans la section précédente, et à la longue liste de compétences professionnelles qui pourraient être utilisées pour répondre à ses besoins. Ces compétences et connaissances, toutes importantes, sont exploitées de manière optimale dans le contexte d'un groupe de prestataires travaillant en équipe.

« La collaboration interprofessionnelle est le processus qui consiste à établir et à maintenir des relations de travail interprofessionnelles efficaces avec les personnes apprenantes, les membres d'équipe, la patientèle et les familles, et qui vise à obtenir des résultats optimaux en matière de santé. Les éléments de collaboration comprennent le respect, la confiance, la prise de décisions partagée et les partenariats. » [traduction libre]

- Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010

Lorsque les besoins de la patientèle sont complexes, une équipe veille à ce qu'il ou elle reçoive le service adéquat des prestataires compétents de soins de santé en temps opportun. Dans l'équipe d'Harriet, les membres sont Harriet (la patiente), le personnel en audiologie, diététique, ergothérapie, physiothérapie, orthophoniste et travail social. Ces prestataires de soins de santé et la patiente (avec sa famille) forment une équipe dont les membres travaillent en collaboration. Le développement d'une équipe est essentiel pour répondre de manière optimale aux besoins d'Harriet et de sa famille.

Comme vous l'avez appris, le **modèle Interprofessional Collaborative Relationship-building (ICRB)** est un guide que les équipes peuvent utiliser pour faciliter leur croissance. Dans le cas d'Harriet, c'est ainsi que l'équipe peut se développer. Il est essentiel de comprendre que les équipes se développent au fil du temps et que, où qu'elles se trouvent, elles peuvent travailler individuellement et collectivement vers l'étape suivante.

Vous allez maintenant appliquer les quatre étapes du modèle ICRB au cas d'Harriet.

1. Recherche d'aide

Les membres de l'équipe reconnaissent un besoin de collaboration et les prestataires de soins primaires reconnaissent qu'une autre membre de l'équipe peut répondre au besoin identifié.

Identifier le **besoin** de collaboration est la clé à cette étape. Il y a environ deux ans, le médecin de famille d'Harriet a déterminé que les services en ergothérapie étaient nécessaires pour l'aider à poursuivre ses activités à la maison. Plus récemment, le médecin de famille et l'ergothérapeute ont convenu que les problèmes d'Harriet étaient devenus plus complexes, nécessitant une collaboration avec d'autres membres de l'équipe pour lui offrir les meilleurs soins possibles.

2. Colocalisation

Les prestataires de soins primaires travaillent au même endroit, ce qui augmente les occasions de communiquer en personne. Lorsqu'une colocalisation physique n'est pas possible, les prestataires se réunissent en utilisant des outils technologiques (par exemple, par conférence téléphonique, ou par l'entremise de plateformes de vidéoconférence comme Zoom, Microsoft Teams, etc.), l'idée étant que les prestataires se réunissent pour identifier les besoins initiaux ou émergents d'une patientèle en particulier.

En l'occurrence, l'équipe de soins primaires d'Harriet est principalement colocalisée, bien que l'audiologiste ne travaille pas sur place. Compte tenu de la complexité de la situation d'Harriet, le médecin de famille demande une rencontre, invitant tous les prestataires de soins de santé à se réunir pour discuter des besoins de la patiente et les hiérarchiser. Ils décident que la priorité est la sécurité et qu'ils se concentreront sur des aspects tels que la déglutition et l'étouffement, ainsi que sur la prévention des chutes à l'intérieur et à l'extérieur du domicile. Tous les membres de l'équipe se rencontreront chaque semaine en face à face, et par vidéoconférence pour ce qui est de l'audiologiste. Après environ un mois, alors que les problèmes de santé d'Harriet devraient être moins aigus, l'équipe ne se réunira qu'au besoin. Certains membres de l'équipe peuvent également se consulter hors des réunions d'équipe.

3. Intégration

Le collaborateur ou la collaboratrice partage des compétences et des connaissances qui répondent au besoin du patient ou de la patiente et de l'équipe identifié à l'étape 1 (recherche d'aide). À l'étape de l'intégration, chaque membre de l'équipe se penche d'abord sur les besoins identifiés comme prioritaires. Il est entendu que d'autres membres de l'équipe peuvent identifier d'autres besoins, mais ceux-ci ne constituent pas la priorité initiale. Lorsque l'intégration est établie, cela crée un climat de confiance et de respect entre les membres de l'équipe (y compris la patientèle et sa famille).

Lors de la réunion hebdomadaire, l'équipe a décidé que la première priorité était d'assurer la sécurité d'Harriet chez elle. Le personnel en ergothérapie, physiothérapie, diététique, et orthophonie a été identifié en raison de leurs connaissances et de leurs compétences pour aborder ces questions.

Cliquez sur les onglets pour examiner comment une approche collaborative a été utilisée entre les prestataires pour répondre à deux préoccupations en matière de sécurité.

Gestion du domicile

L'ergothérapeute continue d'aider Harriet à s'occuper de certaines tâches à domicile en utilisant des aides et des techniques d'économie d'énergie dans l'espoir d'éliminer les obstacles qui interfèrent avec ses activités. L'ergothérapeute dirige également Harriet vers Kingston Access Bus. L'ergothérapeute effectue une évaluation de la sécurité du domicile afin de déterminer les adaptations nécessaires pour qu'Harriet et Luis puissent continuer à vivre dans leur maison.

Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes **collaborent** pour décider comment procéder à la formation sur la prévention des chutes en tenant compte de variables telles que l'horaire du membre de l'équipe et les autres traitements qu'Harriet reçoit à domicile. Pour traiter l'ostéoporose d'Harriet, le physiothérapeute évaluera sa mobilité et créera un programme d'exercices à domicile pour le renforcement du tronc et du bas du corps. Il évaluera aussi l'équilibre d'Harriet.

Étouffement

L'orthophoniste évaluera les expériences d'étouffement d'Harriet, ainsi que sa capacité à avaler et à se nourrir. L'orthophoniste évaluera également l'expérience d'Harriet en ce qui concerne son sentiment d'avoir parfois la voix rauque. Ensemble, l'orthophoniste et la diététiste travailleront à déterminer un régime alimentaire qui réduira le risque d'étouffement.

Remarque : La capacité d'Harriet à entendre et à utiliser efficacement ses aides auditives a été identifiée comme une priorité. Harriet consulte l'audiologiste ailleurs en ville pour une évaluation auditive. Elle peut également obtenir un rendez-vous à la clinique de soins primaires l'un des deux jours par mois où l'audiologiste est sur place.

Il est probable que les préoccupations en matière de sécurité seront abordées au moyen de cycles successifs d'identification du besoin, de colocalisation (ou non) et d'intégration. Ces cycles :

- Répondront aux besoins de la patiente;
- Permettront de développer des services axés sur la collaboration;
- Permettront de développer la relation interprofessionnelle entre les prestataires et la patiente.

L'équipe peut déterminer qu'elle communiquera les progrès de la patiente par l'entremise du DME et/ou de réunions d'équipe mensuelles. Il est probable que des stratégies de communication informelles seront utilisées par les prestataires tout au long du processus. La communication informelle peut prendre la forme d'une conversation rapide entre l'audiologiste et l'orthophoniste dans la salle de pause sur le fait qu'Harriet a terminé son évaluation et que le rapport sera disponible dans le DME. Il peut s'agir aussi d'un courriel du physiothérapeute à l'ergothérapeute décrivant la formation sur la prévention des chutes, ou d'une mise à jour sur la progression d'Harriet dans les exercices de renforcement. D'une manière ou d'une autre, ces stratégies de communication faciliteront le passage à travers les étapes du modèle ICRB.

Une fois que les préoccupations en matière de sécurité sont réglées, d'autres besoins sont identifiés. Par exemple, la travailleuse sociale travaille avec Harriet et Luis en leur donnant des conseils pour aider Harriet à accepter sa nouvelle réalité : vivre avec l'ostéoporose, gérer la douleur, et peut-être devoir commencer à explorer des options d'hébergement dans l'éventualité où le couple aurait besoin de plus d'aide au quotidien. La travailleuse sociale explorera également les options en matière d'activités sociales et récréatives et d'exercice offertes à Harriet et Luis dans leur communauté, compte tenu de leur situation physique et financière.

4. Réciprocité croissante

Par des cycles d'identification des besoins, de colocalisation et d'intégration (étapes 1 à 3), les membres de l'équipe commencent à comprendre les valeurs propres à chacun et celles qui sont communes à l'équipe en matière de soins de santé.

Lorsqu'une équipe travaille ensemble depuis longtemps, les membres apprennent souvent à se connaître sur une base plus personnelle. Cette compréhension mutuelle plus profonde, tant professionnellement que personnellement, renforce la confiance et le respect des membres les uns envers les autres. Au cours de cette étape de réciprocité croissante, les membres individuels de

l'équipe ou l'équipe même identifient les autres besoins que la patientèle, sa famille ou un membre de l'équipe soulève. À cette étape, les membres de l'équipe apprécient les points de vue des autres, leurs similitudes, mais encore davantage leurs différences, les percevant comme des forces de l'équipe. Dans la réciprocité croissante, les relations sont réciproques, avec un échange constant d'informations et un fort sentiment d'identité entre les membres de l'équipe. Enfin, c'est à cette étape que la hiérarchie entre les membres de l'équipe est nivelée et que chaque membre exerce sa profession dans toute sa portée en fonction des besoins.

Remarque : Dans la pratique réelle, ce ne sont pas toutes les équipes qui atteignent une réciprocité croissante, et cela est particulièrement vrai lorsque l'équipe est grande. Dans le cas d'Harriet, l'équipe n'a pas atteint ce stade de développement, ou du moins, cela n'est pas illustré ici. Plutôt, chaque membre de l'équipe travaille pour répondre aux besoins identifiés en premier. Cependant, au sein d'une grande équipe, il peut y avoir des sous-équipes plus petites qui atteignent le stade de la réciprocité croissante.

La collaboration interprofessionnelle se produit lorsque deux prestataires de soins ou plus apprennent l'un sur l'autre et l'un de l'autre, et travaillent à atteindre des objectifs communs et à améliorer les résultats en matière de santé (OMS, 2010). Comme mentionné pour l'étape de l'intégration, l'ergothérapeute et le physiothérapeute ont déjà collaboré et, au fil du temps, en sont venus à former une sous-équipe au sein de la grande équipe, avec un plan de traitement, des valeurs et des objectifs partagés.

L'équipe ergothérapeute/physiothérapeute a rendu visite à de nombreuses patientèles pour faire des évaluations de la sécurité du domicile et de l'exercice physique, et les deux professionnels ont développé une confiance, une compréhension et un respect mutuels. Lorsque l'ergothérapeute et le physiothérapeute rendent visite à Harriet ensemble, ils passent rapidement par les étapes 1 à 3. En supposant qu'ils soient à la fois des prestataires de soins bien informés et compétents, ils offriront des soins de haute qualité qui témoignent d'une réciprocité croissante.

Bien que l'équipe dans son ensemble ne soit pas encore rendue là, l'équipe ergothérapeute/physiothérapeute a atteint le stade de la réciprocité. Alors que leur grande équipe continue de travailler ensemble, l'ergothérapeute et le physiothérapeute pourraient servir de champions et de modèles pour les autres membres de l'équipe.

Réflexion : Après avoir réfléchi au cas d'Harriet, à quoi croyez-vous que ses soins ressembleraient si elle était une patiente dans votre propre milieu de soins primaires? Comment votre équipe actuelle collabore-t-elle? Cela ressemblerait-il à la façon dont cette équipe a collaboré avec Harriet?

Pensez maintenant à Xu et Finn de la section précédente. Comment cette patientèle pourraient-ils bénéficier de soins primaires offerts en équipe?

Dans cette section, vous avez appris comment les relations de collaboration se forment entre les membres de l'équipe au fil du temps à l'aide du modèle ICRB. Vous avez revisité le cas d'Harriet sous le prisme du modèle ICRB. Dans la section suivante, des ressources supplémentaires vous seront fournies pour l'apprentissage continu.

Passer à la section 1.6

Lien de page:

<https://queensu.ca.panopto.com/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=eeb983f2-b79e-4e0b-acb2-b11601678caf&start=0>

1.6 RESSOURCES

Des ressources ont été sélectionnées pour vous aider à approfondir votre apprentissage des pratiques de soins primaires en équipe.

Canada

Une vision pour l'avenir

Cliquez sur le bouton pour visionner une vidéo consacrée au [Centre de médecine familiale](#).

Projets Équipe de soins primaires

En collaboration avec plus de 100 partenaires, plus de 20 projets de formation de membre de la profession et plus de 20 projets de formation d'équipe sont en cours pour améliorer, harmoniser et accroître la préparation à la pratique dans une approche collaborative de la prestation des soins. Des équipes transversales et un cercle consultatif autochtone soutiennent chacun de ces partenaires.

Cliquez sur [le bouton](#) pour en savoir plus sur les projets Équipe de soins primaires.

Colombie-Britannique :

Pharmacists Aligned in Shared Care Teams (PACT) - 1re partie et 2e partie

PACT est un nouveau programme d'apprentissage non accrédité en plusieurs parties, présenté en collaboration avec le programme Pharmacists in Primary Care Network. Les sujets abordés incluent les suivants :

- **Clarification des rôles/responsabilités** : Les membres de la profession de pharmacie apprendront des stratégies pour clarifier leurs rôles et responsabilités, ainsi que ceux de leurs collègues, afin de mieux comprendre les connaissances et les compétences des autres pharmaciens pour cerner les occasions de collaboration lors de la collecte de renseignements, de la prestation de soins et du suivi.
- **Amélioration du fonctionnement de l'équipe** : Les membres de la profession de pharmacie apprendront à travailler au sein d'une équipe cohésive, à communiquer pour faire partager leurs connaissances et leur expertise et à travailler ensemble pour trouver des solutions aux cas complexes.
- **Résolution des conflits** : Les pharmaciens et pharmaciennes apprendront des compétences et des stratégies efficaces de résolution des conflits.
- **Leadership collaboratif et accès aux ressources** : Les membres de la profession de pharmacie découvriront des outils et des ressources qui faciliteront les soins collaboratifs à la patientèle.

Cliquez sur [le bouton](#) pour en savoir plus sur le programme d'apprentissage PACT.

Team Up! Team-Based Primary & Community Care in Action

Cette série de webinaires et de balados vise à mettre en relation les individus et les équipes, à identifier les outils à appliquer aux travaux en cours et à partager les expériences en matière de soins offerts en équipe dans toute la province.

Balados : Le balado Team UP! explore différentes idées liées aux soins primaires offerts en équipe, en se concentrant sur ce qui se passe en Colombie-Britannique. Les sujets incluent les suivants :

- Saison 1 : Comment les équipes de soins primaires travaillent, et comment elles peuvent mieux travailler ensemble (p. ex., « Relationship Centredness in Team-Based Primary Care »)
- Saison 2 : Résilience du système de soins primaires (p. ex., « Teams Can Build Resilience »)
- Saison 3 : Comment travailler ensemble dans des équipes de soins primaires distribuées (p. ex., « Clearer Roles in Distributed Primary Care Teams »)

Webinaires : Les sujets pertinents comprennent les suivants :

- Les soins centrés sur les relations
- Comprendre le comment des soins offerts en équipe : Un cercle de dialogue
- Le racisme en soins primaires et le rapport In Plain Sight
- Sécurité culturelle et humilité

Cliquez sur [le bouton](#) pour en savoir plus sur les soins offerts en équipe en Colombie-Britannique.

Ontario

Guide de consolidation d'équipe pour les équipes de santé familiale (parties A et B)

Le but de ce guide est d'aider à mieux comprendre certains processus et à trouver des moyens de renforcer les soins en équipe dans une équipe de santé familiale. Le guide comprend deux parties complémentaires. La partie A présente un aperçu de la consolidation d'équipe dans les équipes de santé familiale. La partie B propose des activités interprofessionnelles pour aider les personnes animatrices à travailler avec les équipes de santé familiale pour améliorer le fonctionnement de l'équipe.

La partie A est divisée en 2 sections, chacune comprenant une série de modules couvrant des aspects importants qui vous aideront à développer le fonctionnement et la performance globale de votre équipe.

Section 1 : Pour commencer – Bâtir une équipe

- Module 1 : Qu'est-ce qu'une équipe efficace?
- Module 2 : Consolider une équipe
- Module 3 : Clarifier les rôles et les attentes
- Module 4 : Tirer le meilleur des réunions
- Module 5 : Évaluer le rendement de l'équipe

Section 2 : Améliorer le rendement de l'équipe

- Module 6 : Comprendre le changement
- Module 7 : Améliorer la collaboration
- Module 8 : Améliorer la communication
- Module 9 : Leadership et prise de décisions
- Module 10 : Gérer les conflits

La partie B contient des activités interprofessionnelles à utiliser conjointement avec les modules correspondants de la partie A.

Cliquez sur [le bouton](#) pour en savoir plus sur la partie A du Guide de consolidation d'équipe pour les équipes de santé familiale.

Cliquez sur [le bouton](#) pour en savoir plus sur la partie B du Guide de consolidation d'équipe pour les équipes de santé familiale.

Interprofessionnel, intégré et coordonné (soins primaires)

Cliquez pour visionner [une vidéo](#) décrivant comment travailler ensemble en tant qu'équipes interprofessionnelles pour fournir des services de soins primaires de manière collaborative (30 minutes).

Manitoba

Boîte à outils interprofessionnelle de soins primaires (Primary Care Interprofessional Team Toolkit)

Cette boîte à outils s'appuie sur des travaux antérieurs pour aider les cliniques des réseaux intégrés de médecins à identifier les prestataires à intégrer. Cette version s'appuie sur ce travail et introduit des ressources supplémentaires qui fournissent plus de détails sur chaque étape du processus. Les ressources ont été choisies en fonction des questions et des obstacles identifiés par les médecins du Manitoba, d'autres prestataires et les équipes personnelles de santé.

Cliquez sur [le bouton](#) pour accéder au Primary Care Interprofessional Team Toolkit.

Australie

Webinaire sur la coordination des soins et la navigation entre les services

Cliquez sur [le bouton](#) pour regarder un webinaire décrivant les composantes clés de la coordination des soins et la façon d'améliorer la coordination des soins en médecine générale (20 minutes).

Passer à la section 1.7

Lien de page:

https://youtu.be/NSY_qxjP1yA?si=IFFftQ9cUr7rnrxrq

<https://www.teamprimarycare.ca/projects>

<https://www.bcpharmacists.org/readlinks/guest-post-pharmacists-aligned-shared-care-teams>

<https://teambasedcarebc.ca/>

<https://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-rg-team-building-part-a-0901-en.pdf>

<https://www.hqonta>

<https://vimeo.com/showcase/3478622/video/133174283rio.ca/Portals/0/documents/qi/qi-rg-team-building-part-b-0901-en.pdf>

MODULE 2 COMPANION GUIDE

<https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/docs/pinit.pdf>

<https://www.youtube.com/watch?v=v9-rdngJPpE>

1.7 RÉFÉRENCES

Références

- Agner, J. (2020). Moving from cultural competence to cultural humility in occupational therapy: A paradigm shift. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 1-7. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038067>(opens in a new tab)
- Alsharif, N. Z. (2012). Cultural humility and interprofessional education and practice: A winning combination. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76(7), 120. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.5688/ajpe767120>(opens in a new tab)
- Association of Family Health Teams of Ontario. (2023). Soins offerts en équipe. Consulté en avril 2024 à <https://www.afhto.ca/> (opens in a new tab)
- Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 82(5), 272-282. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.1177/0008417414567530> (opens in a new tab)
- Bodenheimer, T., Ghorob, A., Willard-Grace, R., et Grumbach, K. (2014). The 10 building blocks of high-performing primary care. *Annals of Family Medicine*, 12(2), p. 166-171. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.1370/afm.1616>(opens in a new tab)
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010, février). Cadre de compétences du CIHC. Consulté en avril 2024 à <https://www.cihc-cpis.com/publications1.html>(opens in a new tab)
- Collège des médecins de famille du Canada. (2020). Le Centre de médecine familiales. Consulté en avril 2024 à <https://patientsmedicalhome.ca/>(opens in a new tab)
- Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario. (s.d.). La culture, l'équité, et la justice dans l'exercice de l'ergothérapie. Consulté en avril 2024 à https://www.coto.org/docs/default-source/culture-equity-justice/coto-culture-equity-and-justice-in-occupational-therapy-fr.pdf?sfvrsn=4392a2c6_16(opens in a new tab)
- Donnelly, C., Parniak, S., Oelke, N. Rai, A., et Johnston, S. (2023). Analysis of primary health care teams and integration policy in Ontario. *Health Reform observer - Observatoire des réformes de santé*, 10(4). Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v10i1.4728>(opens in a new tab)
- Epperly, T., Bechtel, C., Sweeney, R., Greiner, A., Grumbach, K., Schilz, J., Stream, G. et O'Connor, M. (2019). The shared principles of primary care: A multistakeholder initiative to find a common voice. *Family Medicine*, 51(2), 179-184. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.925587>(opens in a new tab)
- EQUIP Health Care. (2024). Equipping health & social services for equity. Consulté en avril 2024 à <https://equiphealthcare.ca/>(opens in a new tab)
- Gerlach, A. J. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(3), 151-158. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.3.4>(opens in a new tab)
- Ghebreyesus, T. (2017). Human rights day 2017. Organisation mondiale de la santé. Consulté en avril 2024 à <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/health-is-a-fundamental-human-right>(opens in a new tab)
- Gouvernement du Canada. (2024). Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. Consulté en avril 2024 à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>(opens in a new tab)

- Gouvernement du Canada. (2022). IRCC Stratégie de lutte contre le racisme 2.0 2021-2024 – Gestion du changement. Consulté en avril 2024 à <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/mandat/strategie-lutte-contre-racisme/changement.html>(opens in a new tab)
- Santé Canada. (2015). Soins de santé primaires. Consulté en avril 2024 à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/soins-sante-primaires.html>(opens in a new tab)
- Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E., et Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256-288. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>(opens in a new tab)
- Conseil autochtone des soins de santé primaires. (2022). Indigenous health systems transformation: Foundations for IPHCC's OHT provincial framework. Consulté en avril 2024 à https://iphcc.ca/wp-content/uploads/2022/09/Indigenous-HST_Booklet.pdf(opens in a new tab)
- Conseil autochtone des soins de santé primaires. (s.d.). IPHCC vision and mission. Consulté en avril 2024 à <https://iphcc.ca/iphcc-vision-mission/>(opens in a new tab)
- Itchhaporia, D. (2021). The evolution of the quintuple aim: Health equity, health outcomes, and the economy. *Journal of the American College of Cardiology*, 78(22), 2262-2264. Consulté en avril 2024 à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8608191/>(opens in a new tab)
- Jimenez, G., Matchar, D., Koh, G. C. H., Tyagi, S., van der Kleij, R. M. J. J., Chavannes, N. H., et Car, J. (2021). Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: Operational definitions and complexities. *Primary health care research & development*, 22, e68. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.1017/S1463423621000669>(opens in a new tab)
- Jull, J. E., et Giles, A. R. (2012). Health equity, Aboriginal Peoples and occupational therapy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(2), 70-76. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.2>(opens in a new tab)
- Kiran, T., Tepper, J., et Gavin, F. (2020). Working with patients to improve care. *Canadian Medical Association Journal*, 192(6), E125-E127. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.1503/cmaj.190439>(opens in a new tab)
- Klinik Community Health Centre. (2013). Trauma-informed: The trauma toolkit (Second edition). Consulté en avril 2024 à https://med-fom-learningcircle.sites.olt.ubc.ca/files/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf(opens in a new tab)
- Lukey, A., Johnston, S., Montesanti, S., Donnelly, C., Wankah, P., Breton, M., ... et Oelke, N. D. (2021). Facilitating integration through team-based primary healthcare: a cross-case policy analysis of four Canadian provinces. *International Journal of Integrated Care*, 21(4). Consulté en avril 2024 à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34824561/>(opens in a new tab)
- Marchildon, G. P., Allin, S., et Merkur, S. (2020). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(3), 1-194.
- Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., et Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*, 391(10131), 1718-1735. Consulté en avril 2024 à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29483027/>(opens in a new tab)
- McCarthy, D., et Klein, S. (2010, 22 juillet). The triple aim journey: Improving population health and patients' experience of care, while reducing costs. The Commonwealth Fund. Consulté en avril 2024 à <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2010/jul/triple-aim-journey-improving-population-health-and-patients>(opens in a new tab)

- National Aboriginal Health Organization. (2008). Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers, and educators. National Aboriginal Health Organization.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee on Implementing High-Quality Primary Care; Robinson, S. K., Meisner, M., Robert L. Phillips, J., et McCauley, L. (dir.). (2021). Summary. In *Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care*. Washington (DC) : National Academies Press (États-Unis). Consulté en avril 2024 à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571800/>(opens in a new tab)
- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: Implications for health. *BMC Public Health*, 19(1), 1637. Consulté en novembre 2023 à <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7884-9>
- OCDE. (2020). *Realising the potential of primary health care*. OECD Publishing. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>(opens in a new tab)
- Starfield, B., Shi, L., et Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. Consulté en avril 2024 à <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>(opens in a new tab)
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Wallace, P. et Seidman, J. (2007). Improving population health and chronic disease management. In J. Dorland et M. A. McColl (dir.), *Emerging approaches to chronic disease management in primary health care* (pp. 15–20). Queen's Policy Studies.
- Wener, P. et Woodgate, R.L. (2016). Collaborating in the context of co-location: A grounded theory study. *BMC Family Practice*, 17, 30. Consulté en avril 2024 à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26965307/>(opens in a new tab)
- Organisation mondiale de la santé. (2021). It's time to build a fairer, healthier world for everyone, everywhere: Health equity and its determinants. Consulté en avril 2024 à https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5_1&download=true(opens in a new tab)
- Organisation mondiale de la santé. (s.d.). Primary care. Consulté en avril 2024 à <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>

Passer à la section 1.8

1.8 REMERCIEMENTS

Remerciements

Ce module a été dirigé par Catherine Donnelly et Nicole Bobbette de l'Université Queen's avec la contribution de :

- Rachelle Ashcroft, Université de Toronto
- Sheila Moodie, Université Western
- Jordan Miller, Université Queen's
- Keith Adamson, Université de Toronto
- Mary Anne Smith, Les Diététistes du Canada
- Jennifer Cameron-Turley, Orthophonie et Audiologie Canada
- Anne Carey, Orthophonie et Audiologie Canada
- Andrew Freeman, Université Laval
- Lori Letts, Université McMaster
- Pamela Wener, Université du Manitoba
- Leanne Leclair, Université du Manitoba
- Cara Brown, Université du Manitoba
- Lisa Diamond-Burchuk, Université du Manitoba
- Kaarina Valavaara, Université Dalhousie
- Carri Hand, Université Western
- Hélène Sabourin, Association canadienne des ergothérapeutes
- Josée Séguin, Association canadienne des ergothérapeutes

Nous remercions tout particulièrement : Shannon Jones, gestionnaire de projet

Ce module a été créé en collaboration avec l'équipe d'élaboration des cours de l'Office of Professional Development and Educational Scholarship à la Faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's.

Ce projet reconnaît également le rôle de l'Association canadienne des ergothérapeutes en tant qu'organisation partenaire.

Soutien financier

Ce projet est l'un des nombreux projets financés par Équipe de soins primaires – Former pour transformer Équipe de soins primaires est une initiative interprofessionnelle de la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale, financée par Emploi et Développement social Canada. Elle est codirigée par le Collège des médecins de famille du Canada et le Réseau canadien des personnels de santé, en partenariat avec plus de 100 professionnels de la santé et organisations à caractère éducatif de partout au Canada.