

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

POSITION DE L'AIIIC

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) est d'avis que la population du Canada a droit à un système de santé capable de l'aider à répondre à ses besoins en santé autant sur le plan physique que sur le plan mental, et ce, que ces besoins portent sur la prévention des maladies, la détection rapide des problèmes, le traitement, la réadaptation ou le rétablissement. L'Association est aussi d'avis qu'une approche fondée sur la collaboration efficace des professionnels de la santé peut accroître la souplesse et la capacité d'intervention du système de santé.

L'AIIIC est d'avis que le respect des six principes suivants, dont il est question dans les *Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*¹, facilitera la collaboration entre les professions et les professionnels :

1. Approche centrée sur le patient/client

Les besoins individuels de chaque patient /client doivent être le point de convergence des services de santé. Les professionnels de la santé conjuguent leurs efforts pour optimiser la santé et le mieux-être de chaque personne et font participer celle-ci à la prise des décisions qui portent sur sa santé. La personne et les membres de sa famille participent activement à la prévention, à la promotion et à la prise en charge des problèmes de santé. Les professionnels de la santé respectent le fait que les renseignements personnels sur la santé doivent demeurer confidentiels.

2. Approche axée sur la santé de la population

En utilisant les évaluations des caractéristiques démographiques et de l'état de santé d'une communauté, on garantit la pertinence des services de santé et on précise, notamment, quelles professions de la santé sont appropriées. On surveille les tendances de la santé de la population afin d'évaluer l'effet des services offerts.

3. Soins et services de qualité

Les professionnels de la santé conjuguent leurs efforts pour déterminer et évaluer les résultats de recherche sur lesquels fonder la détermination des traitements et la prise en charge des problèmes de santé. On évalue continuellement les résultats pour la santé afin de surveiller l'efficacité et la pertinence des services.

4. Accès

Selon ce principe, le bon service est fourni au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel. Les obstacles géographiques sont réduits au minimum. La prestation des services est respectueuse de l'âge, du sexe, de la culture, de la langue, de la religion et des habitudes de vie des patients/clients.

¹ (Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires [ACIS], 2005)



5. Confiance et respect

Dans une approche fondée sur la collaboration, chaque profession apporte aux services de santé son propre ensemble de connaissances et de compétences résultant des études, de la formation et de l'expérience de ses membres. Chaque professionnel a son rôle à jouer pour rehausser la santé d'une personne. La prise de décisions en commun, la créativité et l'innovation favorisent le partage d'idées et l'apprentissage mutuel des professionnels et améliorent l'efficacité de leurs efforts de collaboration.

6. Communication

Une écoute active et des techniques efficaces de communication facilitent à la fois le partage d'informations et la prise de décisions.

L'AIIC est aussi d'avis que huit éléments structurels² doivent être présents pour appuyer et maintenir la collaboration interprofessionnelle, à savoir :

1. des capacités de planification, de recrutement et de formation et un milieu de travail offrant du soutien aux ressources humaines;
2. un financement de longue durée permettant d'appuyer l'infrastructure nécessaire et de satisfaire les besoins en technologie de l'information reliés à la collaboration interprofessionnelle;
3. un cadre d'assurance-responsabilité pour les équipes interprofessionnelles;
4. un cadre de réglementation reconnaissant les processus décisionnels et les rôles dans le contexte de la collaboration interprofessionnelle;
5. l'infrastructure et le savoir permettant d'utiliser les technologies de l'information;
6. des normes qui garantissent à la fois l'interopérabilité des dossiers de santé électroniques et l'accès à ceux-ci par les professionnels appropriés de la santé;
7. des structures de gouvernance et de gestion; et
8. des cadres de planification et d'évaluation et des outils d'évaluation pour mesurer le rendement des pratiques de collaboration interdisciplinaire, appuyées par la recherche continue et la surveillance.

CONTEXTE

En tant que partenaire de l'Initiative ACIS (Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires), l'AIIC a contribué à l'élaboration du document *Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires* qui décrit l'efficacité de l'intégration des services en ce qui concerne la santé de la population canadienne :

La variété et la complexité des facteurs qui influencent la santé et le bien-être ainsi que la maladie exigent que les professionnels de diverses disciplines de la santé collaborent de manière approfondie. Par exemple, les particuliers ont besoin de renseignements sur la santé, de diagnostics pour leurs problèmes de santé, de soutien pour les changements de comportement, d'immunisation, de dépistage pour prévenir les maladies et de surveillance de plans de gestion pour les problèmes de santé chroniques.

² (ACIS, 2005)



Lorsqu'elles sont alliées, les connaissances et les compétences communes des professionnels de la santé forment un puissant mécanisme pour améliorer la population de la population servie.

La collaboration peut avoir plusieurs formes. Dans sa version la plus simple, les professionnels de la santé consultent leurs patients/clients et, s'il y a lieu, se consultent entre eux au sujet des services dont ont besoin leurs patients/clients. Dans les situations plus complexes, les professionnels de soins de santé primaires travaillent en collaboration plus étroite, cernant (de pair avec leurs patients/clients) les services nécessaires, les fournisseurs et les ajustements à apporter au plan de gestion de la santé. Le nombre et le type de professionnels des services de santé dépendent de la nature du problème de santé et de la disponibilité des ressources. Il s'agit d'un processus dynamique qui réagit à l'évolution des besoins.³

Le Canada a des antécédents de collaboration interprofessionnelle efficace dans les centres de santé communautaire, et des équipes de prise en charge de maladies chroniques fonctionnent depuis des années à l'échelle régionale dans tout le pays. La recherche et l'expérience de ces centres et de ces équipes, ainsi que la consultation auprès des prestataires de services, ont permis de relever les facteurs qui font obstacle à la collaboration interprofessionnelle et ceux qui la facilitent.

Approuvé par le conseil d'administration de l'AIIC en novembre 2005

Références

Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires. (2005). *Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*. Ottawa : auteur. Disponible à : <http://www.eicp-acis.ca/fr/principles/sept/ACIS-Principes-et-cadres-sept.pdf>

Références additionnelles consultées :

Association canadienne de physiothérapie, Association canadienne des diététistes, Association canadienne des ergothérapeutes, Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1996). *Développement intégré des ressources humaines en santé : Inventaire des activités menées au Canada*. Ottawa : Projet de développement intégré des ressources humaines en santé.

Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. (2003, mars). *Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS) – Principes de politique sociale*. Disponible à : http://www.casw-acts.ca/advocacy/socialpolicy_f.pdf

Association des pharmaciens du Canada. (2004). *Pharmacists and Primary Health Care*. Disponible à : http://www.pharmacists.ca/content/about_cpha/whats_happening/cpha_in_action/pdf/primaryhealth2a.pdf

Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1996). *Travailler ensemble : Projet conjoint de l'AIIC et de l'AMC sur la pratique en collaboration – Exemple du VIH/SIDA*. Ottawa : auteurs.

Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé (2003, novembre). *CCARH Newsletter*. Saskatoon (Saskatchewan) : auteur

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2000). *Une ordonnance de renouvellement*. Disponible à : <http://www.cfpc.ca/French/cfpc/communications/health%20policy/primary%20care%20and%20family%20medicine/default.asp?s=1>

³ (ACIS, 2005)



- Dieleman, S. L., Farris, K. B., Feeny, D., Johnson, J. A., Tsuyuki, R. T., et Brilliant, S. (2004). Primary health care teams: Team members' perceptions of the collaborative process. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 75-78.
- Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. (2003). *Sur la voie du changement : piste à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Disponible à : http://www.fcrss.ca/final_research/commissioned_research/policy_synthesis/pdf/choices_for_change_f.pdf
- Gagné, M. A. (2005). *Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration*. [Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale]. Disponible à : www.ccmhi.ca/fr/products/documents/FR_Advancing_small_Sept2.pdf
- Hasselback, P., Saunders, D., Dastmalchian, A., Alibhai, A., Boudreau, R., Chreim, S. et al. (2002). *Le projet Taber de soins primaires intégrés : de la vision à la réalité*. Disponible à : www.fcrss.ca/final_research/ogc/hasselback_f.php
- Kachala, E. (2004). *Créer une infrastructure pour les soins primaires à Halton-Peel : Planification à long terme* [Rapport final du Groupe de travail sur les soins primaires]. Disponible à : <http://www.dhcarchives.com/protected/uploaded/publication/primary%20health%20care%20infrastructure-summary.pdf>
- King, N. et Ross, A. (2004). Professional identities and interprofessional relations: Evaluation of collaborative community schemes. *Social Work in Health Care*, 38(2), 51-72.
- Klaiman, D. (2004). Améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans les soins de santé primaires. *Actualités ergothérapeutiques*, 6(1), 14-18. Disponible à : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1031&francais=1>
- Leatt, P., Pink, G. et Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare, *HealthcarePapers*, 1(2), 13-35.
- Les diététistes du Canada. (2003). *Le rôle des diététistes professionnel(le)s dans le cadre des soins primaires*. [Traduction de *The role of the registered dietitian in primary health care*. Mai 2001]. Disponible à : www.dietitians.ca/news/downloads/role_of_RD_french.pdf
- Marriott, J. et Mable, A. (2000). *Possibilités et potentiel : examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé primaire*. Ottawa : Santé Canada.
- Nolte, J. (2005). *Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires au Canada* [Rapport]. Disponible en anglais à : <http://www.eicp.ca/en/resources/pdfs/Enhancing-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care-in-Canada.pdf>
- Sicotte, C., D'Amour, D. et Moreault, M.P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science and Medicine*, 55(6), 991-1003.
- Société canadienne de psychologie. (2000). *Pour de meilleurs soins primaires : L'apport de la science et la pratique de la psychologie*. Disponible à <http://www.cpa.ca/primaryf.pdf>
- Working Group on Interdisciplinary Primary Care Models, Advisory Committee of Interprofessional Practitioners. (1997). *Interdisciplinary primary care models* [Rapport final]. Ottawa : AGIP (Groupe consultatif interdisciplinaire).