

La collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne en Ontario : quelles leçons pour la gestion des maladies chroniques ?



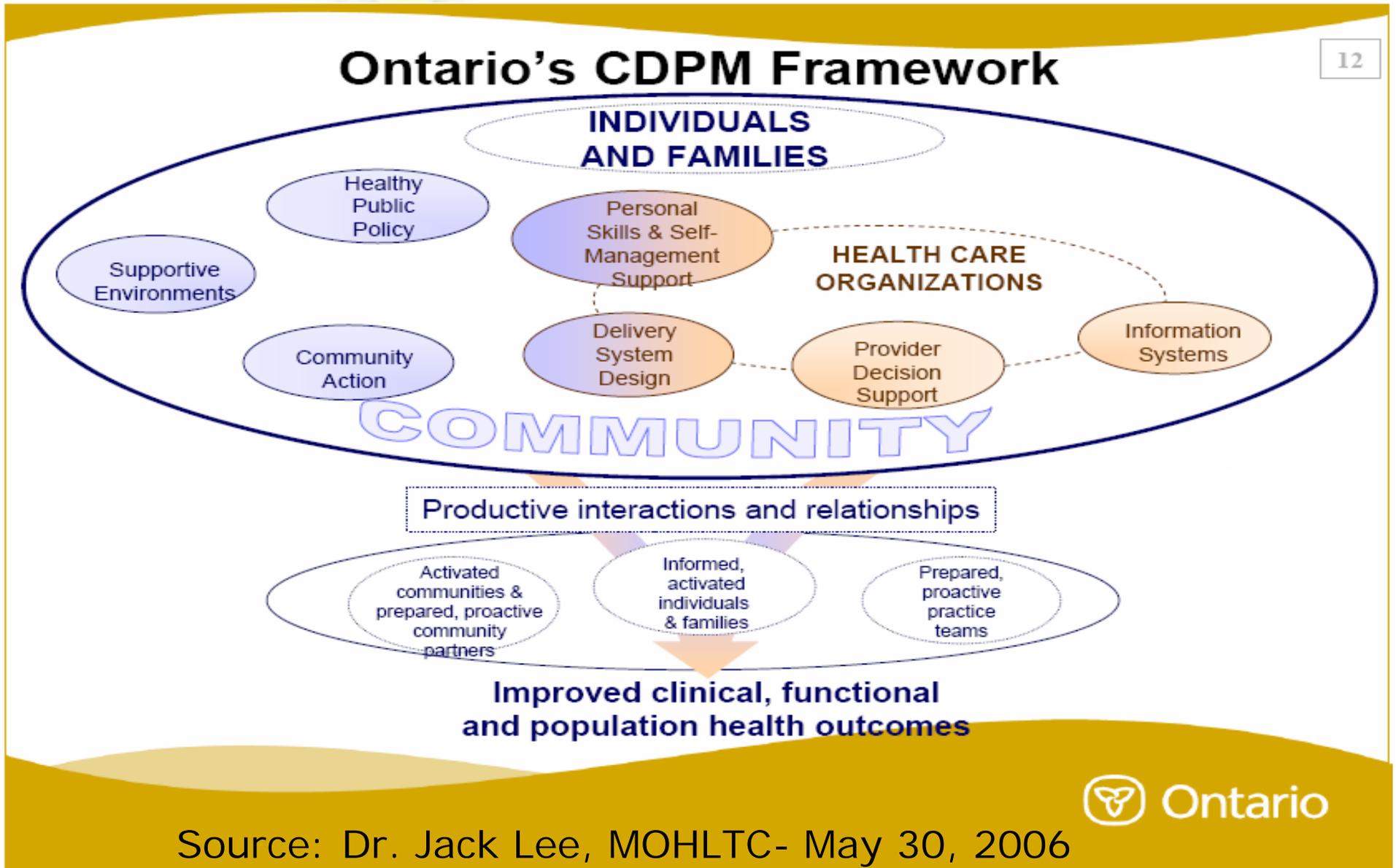
Robert Geneau, PhD

*La compassion et le savoir en harmonie
Blending Compassion with Knowledge*

Plan de la présentation

- Contexte (Ontario)
 - Cadre conceptuel pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques
 - Infirmières Praticiennes depuis les années 70
 - “Localiser” la collaboration interprofessionnelle
 - Modèles organisationnels
- Survol des résultats de recherche sur la CI
- Étude ethnographique- le cas d’une Équipe de Santé Familiale

Cadre Conceptuel- Maladies Chroniques



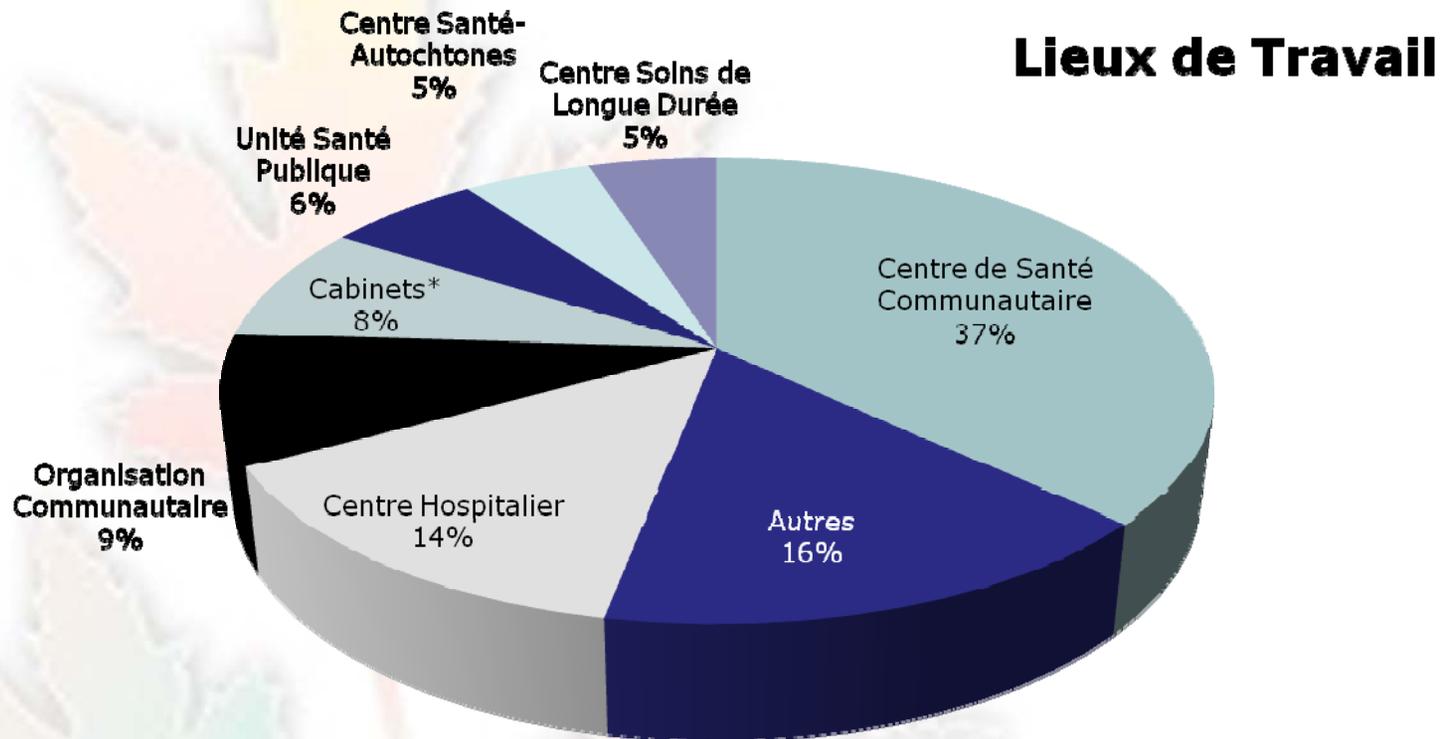
Pistes de solution priorisées

- Soutenir les modèles de prestation de services de première ligne misant sur la collaboration interprofessionnelle et les systèmes d'information
- Programmes novateurs
 - Création de 69 équipes d'éducation et de soins spécialisées sur le diabète (majoritairement dans les Centres de Santé Communautaire)
 - « Passeport pour la Santé »

Contexte- Les Modèles de Prestation de Services

- Modèles organisationnels où l'on retrouve différents professionnels de la santé
 - Centres de Santé Communautaire (CSC)
 - Équipes de Santé Familiale (ESF)
 - Quelques Organismes de Services de Santé Familiaux (OSSF), modèles nord de l'Ontario.

Contexte- Les Infirmières Praticiennes



Source: Centre for Rural and Northern Health Research, 2005

Données Probantes- Infirmières Praticiennes

- Way D, Jones L, Baskerville B, Busing N: **Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *CMAJ 2001, 165(9):1210-1214.***
- Humbert J, Legault F, Dahrouge S, Halabisky B, Boyce G, Hogg W, Amos S: **Integration of nurse practitioners into a family health network. *Can Nurse 2007, 103(9):30-34.***
 - Manque de formation pour le travail interdisciplinaire;
 - Connaissances limitées des compétences des infirmières praticiennes (médecins et autres professionnels)

Données probantes- Infirmières Praticiennes

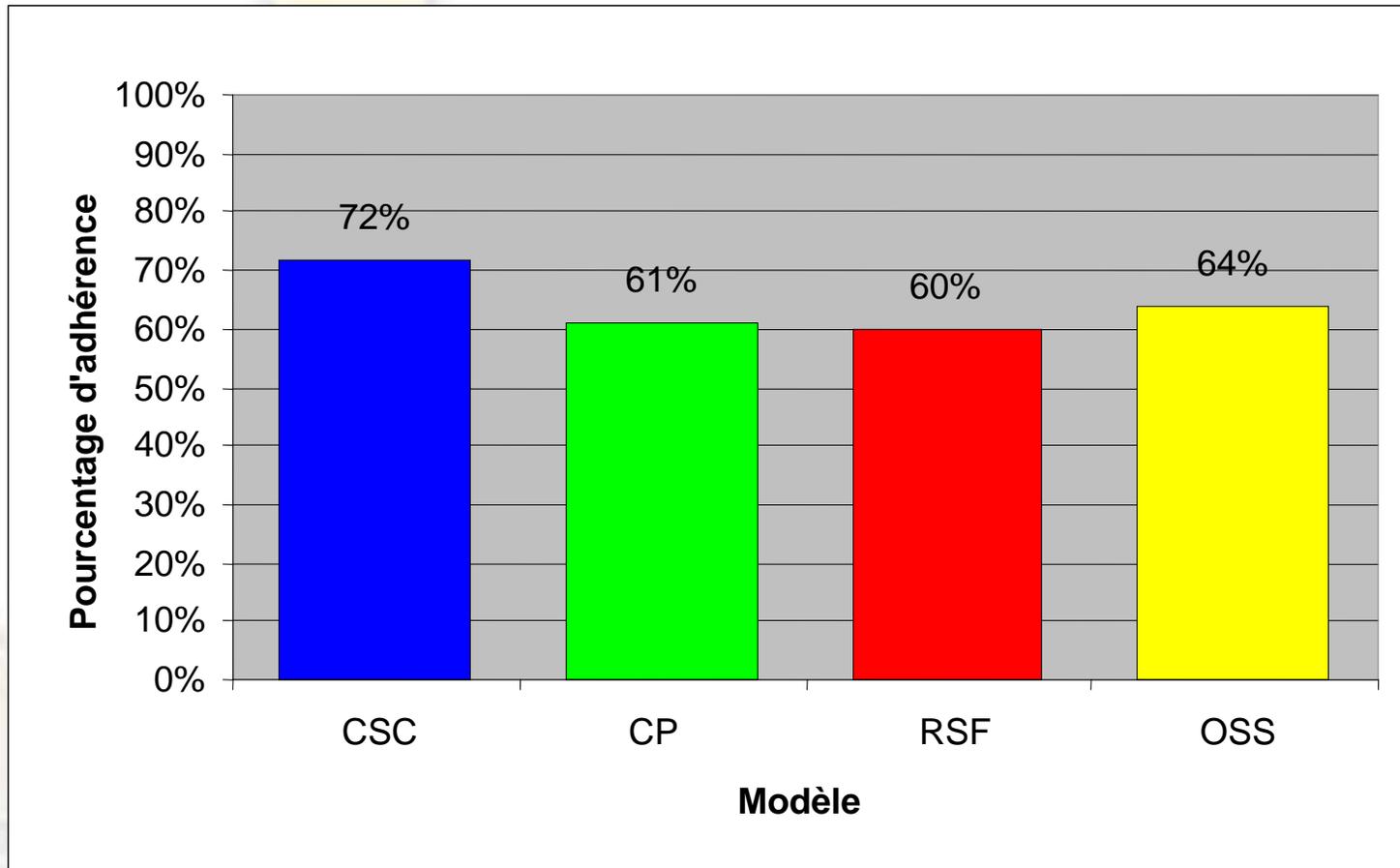
- Étude la plus récente (2005-2007)*:
 - Comparaison: 4 modèles de prestations de services de première ligne
 - 35 organisations X 4 modèles
 - Centres de Santé Communautaire (CSC)
 - Cabinets Privés (CP)
 - Organisations de Services de Santé (OSS)
 - Réseaux Santé Familiale (RSF)
 - Évaluer les facteurs structurels qui sont associés à la qualité des services offerts

* Chercheurs principaux: Dr. Bill Hogg, Louise Ogilvie

Gestion des maladies chroniques

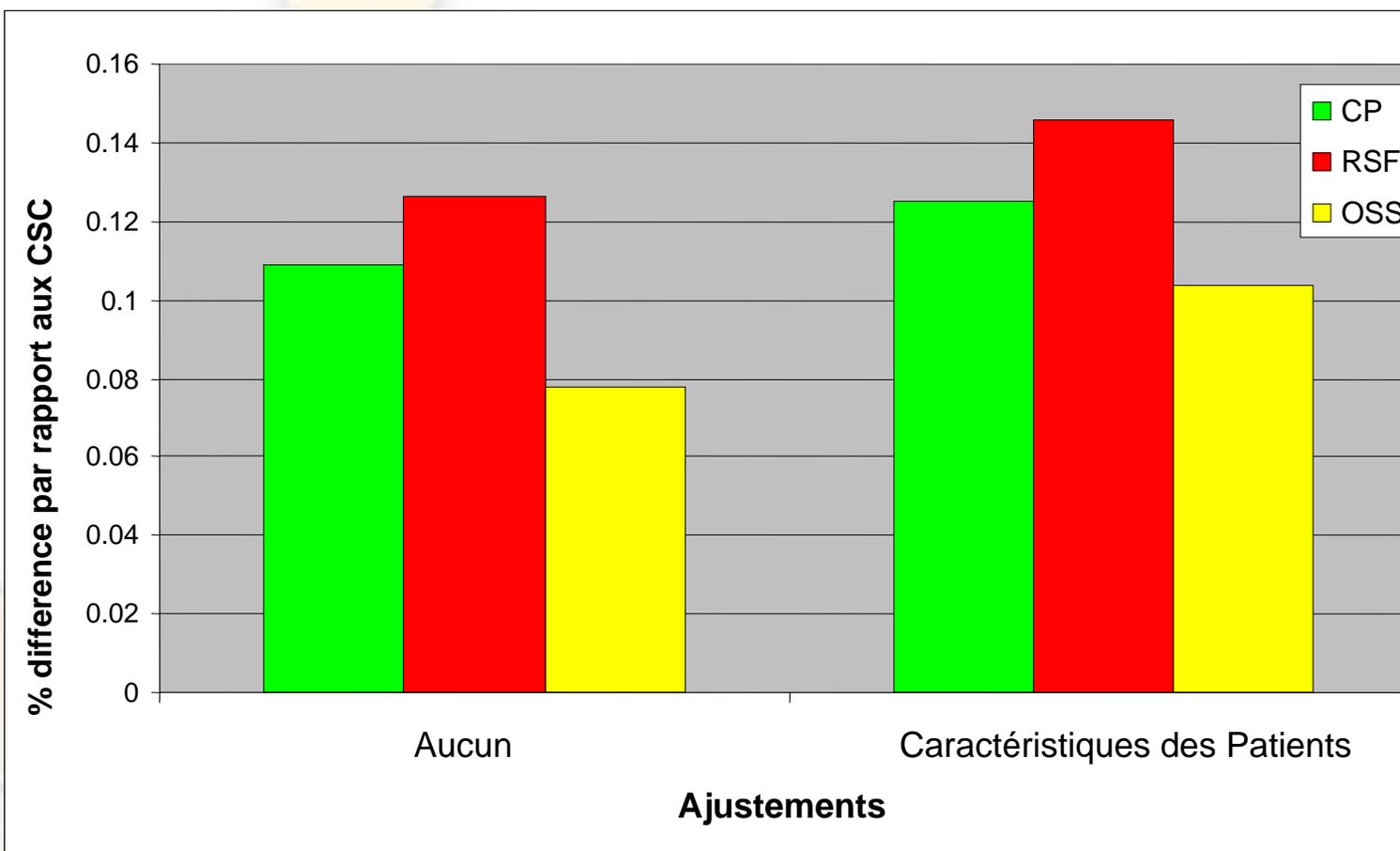
Procédures	Score attribué
<i>Maladies cardiaques et coronariennes</i>	
Aspirine	1
Beta Blocker	1
Statin	1
<i>Diabète</i>	
Ace Inhibitor or Angiotensin II Receptor Blocker	1
HBA ₁ C test performed at least twice	1 (.5 if once)
Feet examination	1
Eye examination	1
<i>Insuffisance cardiaque</i>	
Ace Inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker	1
Beta Blocker	1

Gestion des maladie chroniques – Comparaison des modèles (non-ajustée)



Gestion des maladies chroniques

Comparaison des modèles (scores ajustés)



Données probantes- Impact de l'infirmière praticienne

- Gain de performance d'environ 10% lorsqu'il y a au moins une infirmière praticienne

	β	95% IC
Profil des pratiques		
+4 médecins	-0.071	(-0.133 , -0.010)
Au moins une infirmière praticienne	0.098	(0.047 , 0.148)
# de patients/ Médecin (x1000)	-0.03	(-0.06 , -0.0002)

Situation Actuelle

- Collaboration interprofessionnelle: On en veut plus!
 - Mais le modèle communautaire n'attire pas suffisamment les médecins
- Investissements majeurs dans les Équipes Santé Familiale (*Family Health Teams*)
 - 55 ESF dans la première vague

Équipe de Santé Familiale

- Rémunération mixte
 - Capitation + acte + bonus pour dépistage/prévention
 - En moyenne: gain de 30% de rémunération
- Ministère de la Santé couvre
 - Le salaire des autres professionnels
 - L'implantation des systèmes d'information
 - Rénovation- si justification adéquate dans la soumission
- Message du Ministère est axé sur l'accès à un médecin de famille
 - Attente: Médecins acceptent de nouveaux patients (50%)

ESF et Gestion des Maladies Chroniques

- Identifier les patients
- Comprendre les besoins des patients
- Identifier les ressources dans la communauté
- Développer des programmes
 - Adopter les guides de pratique
 - Opérationnalisation (ex: feuille de suivi)
- Délivrer les programmes
 - Éducation des patients
- Coordonner les programmes
- Mesurer le succès- Évaluation

La Théorie...

Chronic Disease Management: A Checklist

- ❑ **Develop a process to identify and track patients with chronic illnesses in your patient population**
- ❑ **Understand patient needs and available resources in the community**
 - Review needs and resources information collected during the strategic planning process
 - Identify gaps in local services and opportunities to make the most of the skills of interdisciplinary providers
 - Collaborate with community partners and implement a mechanism for feedback
- ❑ **Develop CDM programs to meet patient needs and address gaps in services**
 - Access evidence-based guidelines and adapt them to your practice setting
 - Develop protocols to translate guidelines into action.
 - Use patient flow sheets to organize planned interactions
 - Communicate roles and responsibilities to interdisciplinary team members
- ❑ **Implement protocols and deliver CDM programs**
 - Coordinate services across providers and sites to ensure seamless delivery of care
 - Use self help tools and resources to educate patients about self management
- ❑ **Coordinate CDM programs and arrange systematic follow-up care**
 - Schedule regular contact with appropriate providers
 - Consider how clinical data can be accessed at the point of care, how care can be monitored and how information can be shared among providers
- ❑ **Monitor and evaluate success in achieving the CDM program objectives**
 - Select indicators that can be used to monitor progress towards CDM objectives
 - Develop mechanisms to collect and review data
 - Evaluate data
 - Adjust programs and strategies as required

Étude ethnographique dans six ESF

Chercheurs: Robert Geneau, Grant Russell, Barb Farrel

Professionnelles de recherche: Sam Evans, Carmelina Foti, Wendy Martin

- Mieux comprendre les processus de transition
 - Impact de la transition sur les routines cliniques et organisationnelles
 - Gestion des maladies chroniques

ESF #1

- Composition
 - 4 médecins
 - 2 infirmières
 - 2 infirmières praticiennes
 - 1 pharmacien (demi-temps)
 - 1 diététicienne
 - 1 gestionnaire
- Patients enregistrés: 10 000
 - Cible du Ministère 15 000

ESF #2

Gouverne mixte

- 3 Médecins
 - 1 temps plein (1200 patients)
 - 2 temps partiel (500 patients chacun)
- 3 Infirmières Praticiennes (400 patients chacune)
- 3 Infirmières (une pour le diabète)
- 1 pharmacien (1/2 journée par semaine)
- 1 diététicienne
- 1 travailleur social
- 1 Gestionnaire

ESF #2- Historique et Contexte

- 5 médecins avant la transition vers ESF
 - 2 médecins démissionnent
 - Raison invoquée: Partage des tâches avec les infirmières praticiennes
 - Obtention des bonus dépistage/prévention vs pratique indépendante

Dans leurs mots...

“(...) there seemed to be very ***two distinctive approaches to NPs roles***. I would say ours was called the ***parallel model***- that the NPs function as independent, clinical practitioners and to the extent that they can have their own practice, and follow their own patients. The patients are still rostered to the GPs, but pretty much, the NPs take care of the patients. Now the other model, I would call the ***pyramid model***, where the doctors are at the top and NPs do whatever the doctors want them to do, and then the NPs are assigned to do all the routine stuff.

“My opinion from the beginning was that...you know, the NPs should be respected as independent professionals and to as great an extent as possible, should be allowed to do what they want to do to develop their own clinical practice” (Médecin).

Programmes

- Dépistage/Suivi/ Éducation
 - Hypertension
 - Diabète
 - Ostéoporose
 - Asthme
 - Prévention des chutes
 - MPOC
 - ...
- Éducation/Support
 - Cessation du tabagisme
 - Nouveaux parents

Dans leurs mots...

- They (*physicians*) are still in band-aid mode instead of prevention mode. **So all these programs are directed at prevention** so that worries the patient who then trickles in to see the doctor who then says “how come you didn’t look at that”? “My pharmacist told me this, this and this”... and that gets me into so much trouble...

“Well they are exaggerating” would be the first thing out of their (*physicians*) lips and then the patient comes away and doesn’t know who to believe. (Pharmacien)

Programmes

- Partage des tâches
 - Infirmières/Pharmaciens
 - Dépistage/Identification des patients à risque (+ 50%)
 - Développement de protocoles
 - Suivi (IP)
 - Support aux patients/adhésion traitement/médication/non-pharmacologique
 - Médecins (pour l'instant)
 - Suivi de leurs patients
 - "(...) the other kind of issue at the moment is the creation of chronic disease management clinics. The other members of the Family Health Team have on their own...or with their own group...started a lot of screening programs which is fine, but what we don't have yet is a lot of programs that incorporate treatment."

Dans leurs mots...

- “(...) if they worked with us as a group, they really would cut down drastically on the time that they have to spend because I’m going to send my patients that come from my screening, that comes in for my full heart screening, I’m going to send them with a very detailed risk assessment. They are going to take that with them to see the doctor who in turn, can simply plug in and say, “I accept that and now what should we work on? Am I going to institute medication therapy or do I need to watch... what is my action plan? That is the way we should follow...” (Pharmacien)

Programmes et CI- ESF #2

- Médecins et infirmières praticiennes
 - 30 minutes par semaine + ad hoc
- Médecins- autres professionnels
 - Faible
 - “We already do that...”
- IP- Autres Professionnels
 - Collaboration fréquente/références

Défis- Programmes maladies chroniques

- Coût de départ (temps)
- Partage de l'information
- Message cohérent/complémentaire aux patients
- Continuité relationnelle
 - Clause « grand-père »
 - « I mean, you want to keep your hands in things » (Médecin)

Principaux Défis de l'Implantation

- Intégration
 - Scénarios contrastants de collaboration interprofessionnelle
- Diversité des attentes professionnelles

Intégration

- Orientation
 - « *They didn't know what they wanted from me, I had no structure, I just kind of came in... »*
- Stratégies d'intégration
 - "You know, the teammate versus roommate thing. So we're working on that. Every time we have one of these big meetings, we work a little bit more on that concept" (Médecin de famille, ESF).

Diversité des Attentes Professionnelles

- (Re)Distribution des tâches
 - Différents modèles
 - Sous-utilisation vs surutilisation des autres professionnels de la santé
- Gestion du temps
 - Prévention
- Diversité- types de consultations/clientèles
- Communication/Partage de l'information

Stratégies utilisées dans les ESF

- Développement de grilles décrivant les activités cliniques/références à l'interne
 - Utilisation des systèmes d'information
- Évaluation de la « performance »
 - Individuelle/Équipe
- Types de leadership/sources de leadership
- Éloge de la lenteur... au départ...

Thèmes Émergents

- Transformation des routines
 - Fréquence des visites, durée des consultations, professionnels impliqués, contenu
- Impact des cibles (+ et -)
- Doit-on utiliser des « stratégies » de changement?
 - Changement organisationnel planifié?
- Attitudes des patients comme facteur de changement

Discussion

- Boîte noire:
 - *IP- Pratique indépendante: "The degree to which the physician becomes involved may vary".*
- Responsabilité populationnelle?
- Comment intervenir?
- Besoins en rétroaction