



La collaboration en GMF pour le meilleur et non le pire!

Mylène Leclerc et Julie Wortman

M. Rolland Touré, 57 ans, se présente pour son suivi annuel. Il a fait les bilans que vous lui avez prescrits. Sa glycémie à jeun est à 7,8 mmol/l. Elle était à 5,9 lors de son dernier dépistage il y a trois ans. Vous aviez alors discuté rapidement de son embonpoint et de sa sédentarité et l'aviez encouragé à faire de l'exercice et à perdre quelques livres. Vous êtes membre d'un groupe de médecine familiale et travaillez avec une infirmière clinicienne. Comment prévoir le suivi de ce patient ?

LE SUIVI DES PATIENTS DIABÉTIQUES constitue un défi de taille pour les médecins de famille déjà surchargés. Bien sûr, ces derniers peuvent diriger ces personnes vers des centres de jour pour diabétiques, lorsqu'il y en a dans la région et lorsque les patients peuvent se libérer pour assister aux journées de formation, mais le suivi au long cours (bilans périodiques, examens de dépistage, ajustement du traitement médicamenteux pour l'atteinte des cibles, counselling sur les habitudes de vie, réévaluations, suivi des complications) sera souvent assuré par le médecin de famille.

Comment l'infirmière peut-elle participer activement au suivi ?

En union traditionnelle

Après avoir confirmé le diagnostic, vous dirigez le patient vers l'infirmière. Au fil des rencontres, cette dernière lui fera comprendre son diabète. Elle pourra lui fournir un glucomètre, lui apprendre comment l'utiliser et comment en interpréter les résultats. Si des médicaments ont été prescrits, elle s'informerait de l'observance et de la survenue d'effets indésirables.

L'infirmière vérifierait aussi les autres facteurs de risque (pression artérielle, dyslipidémie, sédentarité, surplus de poids, tabagisme et stress) et agirait en conséquence. Elle demanderait au besoin au patient de surveiller lui-même sa pression artérielle en mode ambulatoire ou lui fera un monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) si la situation s'y prête. Elle aborderait ainsi

les changements nécessaires aux habitudes de vie à l'aide d'une approche motivationnelle afin que le patient puisse prendre lui-même les décisions concernant la prise en charge de son diabète. Cette démarche s'est révélée efficace pour améliorer la fidélité du patient aux recommandations thérapeutiques¹.

Il y a beaucoup à apprendre, et l'annonce du diagnostic de diabète est souvent un choc pour la personne. Il faudra donc respecter les étapes. Les lignes directrices canadiennes 2008 sur le diabète rappellent que l'enseignement de l'autotraitement de la maladie est un aspect fondamental de la maîtrise de la glycémie qui devrait être adapté à chaque patient selon sa réceptivité au changement, son style d'apprentissage, ses aptitudes, ses ressources et sa motivation¹. L'approche motivationnelle permet d'explorer l'ambivalence face au changement et d'arriver à la dépasser en étant ouvert et respectueux du vécu et des émotions du patient. Pour en savoir plus sur l'entretien motivationnel, nous vous suggérons l'excellent texte des D^{res} Sylvie Venne et Gisèle Trudeau intitulé : « L'entretien motivationnel un vaccin contre la résistance du patient ?² », dans le numéro de novembre 2009.

Dans un mode de suivi uniprofessionnel, vous auriez à revoir le patient régulièrement pour ajuster le traitement.

En mode de collaboration interprofessionnelle ou en union moderne

Quand l'enseignement de base sera terminé, l'infirmière pourra revoir et réévaluer le patient périodiquement. Elle prescrira les bilans périodiques nécessaires au suivi des personnes diabétiques selon une ordonnance collective. Elle vérifierait aussi le carnet des glycémies, les

M^{mes} Mylène Leclerc et Julie Wortman, infirmières cliniciennes, pratiquent au GMF de l'unité de médecine familiale Notre-Dame du CSSS Jeanne-Mance, à Montréal.

résultats de laboratoire (notamment le taux d'HbA1c) et mesurera de nouveau la pression artérielle. Au besoin, les ordonnances collectives de certains médicaments (antihyperglycémiant par voie orale et antihypertenseurs) lui permettront d'optimiser le traitement du patient jusqu'à l'atteinte des cibles thérapeutiques visées. L'infirmière profitera de ces rencontres périodiques pour rechercher une éventuelle neuropathie, faire l'examen des pieds à l'aide du monofilament et rappeler au patient de ne pas négliger le dépistage de la rétinopathie en l'orientant vers un optométriste ou en lui remettant une consultation en ophtalmologie signée par le médecin. Elle poursuivra le suivi motivationnel sur les habitudes de vie, s'il y a lieu. Elle communiquera toute détérioration de l'état de santé de la personne au médecin de famille et s'assurera aussi que le patient prend un rendez-vous avec son médecin pour son examen médical périodique.

L'infirmière laissera ses coordonnées au patient pour qu'il puisse la joindre au besoin. Le médecin recevra ainsi probablement moins d'appels téléphoniques.

Qui est-elle, au juste, cette infirmière de GMF ?

C'est souvent elle qui crée et met à jour les ordonnances collectives et les protocoles pour faciliter le travail de collaboration. Elle est formée pour intervenir selon l'approche motivationnelle à titre d'agent de changement auprès de ses patients. Elle est orientée vers le client et sa famille et connaît bien les ressources du réseau. Elle est rattachée à l'équipe des services courants du CSSS, qui est son employeur. Elle est appuyée sur le plan clinique par son établissement, qui voit également à sa formation et à la qualité de ses actes. Elle peut participer aussi à une communauté virtuelle de pratique des infirmières en GMF du Québec qui permet le partage d'outils et d'expériences.

Quand orienter un patient vers l'infirmière ?

L'infirmière clinicienne peut intervenir à n'importe quelle étape du suivi : en aval et en amont des problèmes, autant auprès d'un patient qui présente une dysglycémie que chez un autre atteint d'un diabète compliqué. Un patient prédiabétique vu par l'infirmière clinicienne bénéficiera d'un enseignement et d'un en-

cadrement visant à diminuer les risques d'évolution vers le diabète. Il est vraiment payant de diriger un tel patient vers l'infirmière à ce stade.

Vous êtes bien d'accord pour confier à l'infirmière l'enseignement à vos patients sur les habitudes de vie, l'utilisation du glucomètre, l'orientation vers les intervenants communautaires et le suivi des plaies. Cependant, ajuster les doses de médicaments ? Demander et gérer les analyses de laboratoires ? Est-ce possible ?

Comment travailler ensemble autrement ?

M. Rolland Touré, malgré la prise d'antihyperglycémiant par voie orale, n'atteint toujours pas ses cibles glycémiques. Vous avez donc décidé de lui prescrire de l'insuline et vous demandez à l'infirmière, qui le connaît déjà, de lui enseigner la technique d'injection. Un vendredi en fin de journée, il revient la voir pour sa visite de suivi. L'infirmière constate alors que ses glycémies sont très élevées depuis deux jours, ce qui lui cause de sérieux maux. Comme le service de consultation sans rendez-vous est terminé et que vous êtes déjà parti, elle décide de l'envoyer à l'urgence pour l'ajustement de son insuline.

Est-ce que le recours à l'urgence aurait pu être évité ?

En juin 2002, l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (loi 90) a entraîné la révision des champs de pratique de onze ordres professionnels, en énumérant des activités réservées, en exclusivité ou en partage.

Parmi les moyens d'améliorer la complémentarité des médecins de famille, des infirmières, des pharmaciens et des autres professionnels de première ligne dans la prise en charge et le suivi des clientèles (en GMF, en cabinet privé, dans les CLSC et à domicile) figurent les ordonnances collectives et les protocoles de soins. Ces outils précisent et encadrent certaines activités partageables entre les médecins et les autres professionnels. L'ordonnance collective permet à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle. La loi 90 a amené un changement de paradigme : du droit de faire à celui de compétence pour le faire³. Elle a aussi fait évoluer la notion de médecin traitant vers celle d'équipe traitante.

L'infirmière clinicienne peut intervenir à n'importe quelle étape du suivi : en aval et en amont des problèmes, autant auprès d'un patient qui présente une dysglycémie que chez un autre atteint d'un diabète compliqué.

Repère

L'ordonnance collective permet de systématiser le suivi, de respecter les guides de pratique et d'atteindre les cibles. Elle donne aussi la possibilité au médecin de se concentrer sur les activités exclusives à sa profession. Ultimement, ce dernier pourra prendre de nouveaux patients, car il n'aura pas à revoir aussi fréquemment ceux qu'il suit en collaboration avec l'infirmière.

Le document « Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ⁴ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables » propose des modes de collaboration permettant d'accroître le rôle des infirmières dans le suivi de patients atteints de maladies chroniques.

Pour plus de détails sur les ordonnances collectives et les protocoles, vous pouvez lire deux articles de M^c Christiane Larouche, avocate à la FMOQ, parus dans les rubriques « Droit... au but » du *Médecin du Québec*^{5,6}.

Quelles sont les activités exclusives et partageables ?

Le suivi du patient diabétique comporte diverses activités partageables entre le médecin de famille et l'infirmière de première ligne au GMF⁴. Ces activités peuvent être effectuées à des degrés divers selon les compétences et la formation respectives de chacun (*tableau*).

Pourquoi collaborer avec une infirmière clinicienne ?

Les lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada donnent des recommandations sur l'organisation des soins diabétologiques¹. On peut y lire que le traitement du diabète est optimal quand l'organisation est intégrée et fait intervenir toute l'équipe. L'organisation est particulièrement réussie quand le traitement peut être modifié rapidement, sans l'approbation du médecin. L'équipe de soins diabétologiques devrait prodiguer des soins de santé globaux, partagés et axés sur la collaboration. Cette démarche améliorerait l'engagement et la participation des personnes diabétiques et permettrait de reconnaître et d'élargir le rôle et les pratiques de tous les membres de l'équipe¹.

Que nous dit la recherche ?

Depuis la création des GMF, beaucoup de chercheurs

Tableau

Suivi conjoint du patient diabétique

Service	Médecin	Infirmière en GMF
🌀 Évaluation	X	X
🌀 Analyse des facteurs de risque	X	X
🌀 Début des mesures diagnostiques	X	Selon l'ordonnance collective
🌀 Analyses de laboratoire		
🌀 Approches non pharmacologiques	X	X
🌀 Approche diététique		
🌀 Activité physique		
🌀 Gestion du stress		
🌀 Diagnostic et traitement	X	
🌀 Suivi clinique		
🌀 Surveillance clinique	X	X
🌀 Dépistage des maladies artérielles périphériques	X	X
🌀 Dépistage des neuropathies du pied (monofilament)	X	X
🌀 Évaluation du pied diabétique	X	X
🌀 Évaluation des effets indésirables des médicaments et traitement des hypoglycémies	X	X
🌀 Ajustement du traitement médicamenteux	X	Selon l'ordonnance individuelle ou collective

Activités exclusives et partageables du médecin de famille et de l'infirmière en première ligne au GMF (Rapport du groupe de travail OIIQ-FMOQ, 2005). Les activités partageables peuvent être effectuées à des degrés divers selon les champs de compétence respectifs et la formation de chacun. Source : OIIQ-FMOQ. Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables. Québec : OIIQ et FMOQ ; 2005. Reproduction autorisée.

se sont intéressés à la collaboration et au partage des activités entre médecins et infirmières. Pour que cette démarche porte ses fruits, il doit exister un lien de confiance entre les partenaires ainsi qu'un partage du pouvoir et des responsabilités dans le respect mutuel et une relation d'égalité⁷. Les études sur la collaboration infirmière-médecin indiquent une amélioration de la communication, de la gestion des soins et de l'état de santé des usagers. Une méta-analyse de quarante et une études sur le suivi de patients diabétiques en milieu de

L'ordonnance collective permet de systématiser le suivi, de respecter les guides de pratique et d'atteindre les cibles.

Repère

soins primaires conclut que les interventions multiprofessionnelles orientées vers la personne intégrant l'éducation et la présence d'une infirmière clinicienne augmentent les bienfaits pour la santé des usagers et la fidélité au traitement médical⁸. Selon Beaulieu et coll., la formulation des protocoles de soins est également au cœur de la collaboration et fournit aux professionnels l'occasion de mieux se connaître et de négocier le partage des responsabilités⁹. La démarche est favorisée quand les médecins considèrent l'infirmière comme une collaboratrice plutôt que comme une assistante. « Quand cette collaboration est réelle, on constate un enrichissement réciproque des pratiques des deux professions. » Il en va de même des outils qui favorisent les échanges entre les professionnels. Dans son mémoire¹⁰, Julie Lajeunesse constate qu'au-delà de la collaboration elle-même, il existe peu d'études sur la division des tâches à l'intérieur des équipes. Il s'agit pourtant d'un enjeu important lorsque deux corps professionnels décident de donner des services à une population et qu'une partie des activités sont partageables. La capacité de répartir les tâches et les rôles devrait être un facteur primordial de réussite du travail de collaboration dans les GMF.

Changer n'est pas chose facile. Les patients qui doivent intégrer toutes les modifications qu'engendre le diagnostic de diabète de type 2 le savent fort bien. Nous leur demandons de s'adapter à leur nouvelle réalité, de couper ceci, de voir autrement cela et nous sommes souvent étonnés de leur « résistance » à adopter de nouveaux comportements. Qu'en est-il de notre capacité d'adaptation à nous, professionnels de la santé, devant les changements devenus indispensables à nos pratiques ? Prêchons-nous par l'exemple ? En fait, nos vieilles habitudes sont bien enracinées. Comment permettre à de nouvelles pousses de fleurir en terrain fertile ?

Un vendredi en fin de journée, M. Rolland Touré vient voir l'infirmière pour sa visite de suivi. Ses glycémies sont élevées et aucun médecin n'est disponible. L'infirmière rectifiera les doses d'insuline selon l'ordonnance collective à laquelle est joint un protocole d'ajustement, ce qui évitera au patient de se rendre à l'urgence. Elle renforcera aussi l'enseignement en matière d'alimentation et s'assurera que M. Touré saura quoi faire s'il souffre d'hypoglycémie au cours de la fin de semaine. Elle fera une relance téléphonique lundi matin pour continuer l'ajustement de

l'insuline et suivra le patient jusqu'à la stabilisation de ses glycémies.

L'OPTIMISATION DU SUIVI des clientèles diabétiques dans une perspective de collaboration demande une réflexion commune sur la pratique. Qu'est-ce qu'on fait bien, qu'est-ce qu'on pourrait faire mieux et qu'est-ce qu'on ne fait pas, mais que l'on devrait faire ? Les médecins et les infirmières se partagent plusieurs activités. L'infirmière peut d'emblée exercer des activités d'évaluation, de prévention de la maladie, de promotion de la santé, d'enseignement, de liaison, sans oublier l'ajustement et le suivi du traitement. Le diagnostic et la décision du traitement sont des activités exclusives aux médecins. Dans une perspective de pénurie de ressources et par souci d'efficacité au sein des équipes, il semble souhaitable que les médecins se concentrent sur leurs activités exclusives.

Le couple médecin-infirmière en première ligne vient tout juste de renouveler ses vœux. Les façons de travailler ensemble et les suivis qu'il peut réaliser n'ont pas de limites. Il leur faut juste un peu de créativité pour se réinventer ainsi que du temps et de la confiance mutuelle. On peut espérer que leur synergie sera féconde, autant pour le bien-être de la population que pour leur épanouissement personnel et professionnel. Permettons-nous de rêver ! Dans un GMF idéal, les pharmaciens, les nutritionnistes, les kinésithérapeutes, les travailleurs sociaux et les psychologues ne seront plus seulement des invités ou des voisins, mais bien des membres à part entière de cette famille de pratique ayant pour but de mieux servir les clientèles à défis multiples, comme les diabétiques que nous rencontrerons de plus en plus fréquemment. 🍷

Date de réception : le 6 avril 2010

Date d'acceptation : le 10 mai 2010

M^{mes} Mylène Leclerc et Julie Wortman n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes* 2008 ; 32 (suppl. 1) : S53. Site Internet : www.diabetes.ca/documents/about-diabetes/CPG_FR.pdf. *Can J Diabetes* 2008 ; 32 (suppl. 1). (Date de consultation : mai 2010).

La capacité de répartir les tâches et les rôles devrait être un facteur primordial de réussite du travail de collaboration dans les GMF.

Repère

2. Venne S, Trudeau G. L'entretien motivationnel : un vaccin contre la résistance du patient ? *Le Médecin du Québec* 2009 ; 44 (11) : 33-7.
3. OIIQ–FMOQ. *Activité de formation conjointe : La collaboration médecin-infirmière et la Loi 90 : ordonnances collectives. Manuel de l'animateur-expert*. Montréal : L'Ordre et la Fédération ; 2006.
4. OIIQ–FMOQ. *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Québec : OIIQ et FMOQ ; 2005. Site Internet : www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/OIIQ_FMOQ.pdf (Date de consultation : le 30 mars 2010).
5. Larouche C. Les ordonnances collectives – I : Pas si compliquées... une fois qu'on sait comment faire ! *Le Médecin du Québec* 2006 ; 41 (6) : 103-5.
6. Larouche C. Les ordonnances collectives – II : Pas si compliquées... une fois qu'on sait comment faire ! *Le Médecin du Québec* 2006 ; 41 (9) : 83-4.
7. Roy D, Sylvain H. La pratique infirmière et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière* 2004 ; 2 (1) : 16-26.
8. St-Cyr Tribble D, Gallagher F, Vanasse A. *Programme d'intervention fondé sur un modèle de collaboration interprofessionnelle et de promotion de l'autosoin auprès des diabétiques de type 2*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : 2007. Site Internet : www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/st-cyr-tribble_1_3_25_f.pdf (Date de consultation : le 30 mars 2010).
9. Beaulieu MD, Denis JL, D'Amour D et coll. L'implantation de Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Ottawa : Fondation canadienne de la re-

Summary

GMF practice – For the better and not for the worse ! Since the establishment of GMFs and the application of Bill 90, doctor/nurse collaboration has been evolving and is a subject of interest for many researchers, notably in the follow-up of the chronically ill, such as type 2 diabetes patients. Joint follow-up has its many advantages for patients and caregivers, but some prevailing conditions will ensure its success. This article reviews how nurses can be involved in the follow-up of diabetic patients and what are the physicians and nurses' legal tools for sharing the task and optimizing each other's role.

Les auteures désirent remercier la D^{re} Julie Lajeunesse pour la relecture du texte et le généreux partage de ses présentations sur la collaboration interprofessionnelle.