

# Enjeux du suivi interprofessionnel

*Serge Dumont*

**M<sup>me</sup> Roy, une petite dame (48 kg) de 73 ans vive et allumée, vous a consulté à cinq reprises au cours des deux dernières années pour des problèmes d'équilibre, de chutes ou de douleur chronique. Elle n'a pas de médecin de famille et vient généralement à la clinique médicale près de chez elle lorsque sa fille l'y amène pratiquement de force. Des analyses effectuées à l'urgence récemment, après qu'elle eut été trouvée sur le sol de son appartement, montrent qu'elle devrait être évaluée pour le diabète, l'insuffisance rénale aiguë et l'hypertension artérielle. Elle refuse généralement les médicaments que les médecins lui prescrivent et souhaite consommer seulement les produits naturels qu'elle achète à la pharmacie de son quartier. Qu'allez-vous faire ?**

## **Quel modèle pour le suivi interprofessionnel ?**

### *Exemple des maladies chroniques*

Avant de discuter du cas de M<sup>me</sup> Roy, il importe de définir quelques concepts, dont celui de la maladie chronique en tout premier lieu.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques nécessitent des soins sur une longue période qui peut s'étaler sur un certain nombre d'années ou de décennies. Elles comprennent, par exemple, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le cancer, l'infection par le VIH, le sida, la dépression et les incapacités physiques. Les répercussions sociales, psychologiques et économiques constituent le point commun des maladies chroniques<sup>1</sup>.

En mai 2010, le commissaire à la santé et au bien-être, M. Robert Salois, estimait à 52,6 % le nombre de Québécois atteints d'au moins une maladie chronique<sup>2</sup>. Il faut de plus préciser que ce nombre excluait les patients présentant un problème de santé mentale.

Face à la maladie chronique ou à des problèmes de santé mentale, le médecin de première ligne peut facilement se sentir dépourvu et impuissant dans son cabinet. En effet, il n'a souvent pas suffisamment de temps à al-

louer à ce type de patient ni de disponibilité suffisante pour en assurer le suivi médical. En outre, il connaît mal les ressources professionnelles existantes qui pourraient l'aider et, pressé par le temps, il n'intègre pas toujours dans sa pratique les dernières lignes directrices médicales<sup>3</sup>. Dans un tel contexte, il peut avoir l'impression de faire un travail considérable pour un résultat bien modeste.

Par ailleurs, le médecin a-t-il tout simplement le temps de prendre en charge adéquatement les maladies chroniques de ses patients ? Une étude publiée en 2005 par T. Østbye et coll.<sup>4</sup> dans la revue *Annals of Family Medicine* a jeté un nouvel éclairage sur la question. Ces auteurs ont appliqué les lignes directrices des dix maladies chroniques les plus fréquentes en première ligne à une population de 2500 patients et ont estimé le temps clinique minimal nécessaire pour livrer des soins de grande qualité. Ils ont obtenu un résultat de 10,2 heures par jour.

Comme vous pouvez le constater, le temps clinique nécessaire dépasse le temps total clinique moyen d'un médecin de famille<sup>4</sup>. Il est intéressant de noter que les auteurs n'ont pas tenu compte de la visite de prise en charge initiale, des consultations médicales pour des problèmes aigus, de l'instauration de nouveaux médicaments, de l'observance ni du traitement des complications !

La question se pose. Le médecin de première ligne dispose-t-il de suffisamment de temps pour prendre en charge des maladies chroniques ? Sinon, que peut-il faire lorsqu'un de ses patients est atteint d'au moins une maladie chronique ?

---

*Le Dr Serge Dumont, omnipraticien, exerce à l'UMF-clinique réseau-GMF du CLSC de Bordeaux-Cartierville depuis 2000 et est chargé d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.*

## Encadré

### Approche interprofessionnelle<sup>6</sup>

Approche qui met en jeu au moins deux professions ou disciplines qui interagissent de façon continue dans un effort conjoint pour résoudre ou étudier des problèmes communs avec la meilleure participation possible du patient.

### L'approche interprofessionnelle, quand et pour qui ?

Avant toute chose, il faut apprendre à ne pas faire tout, tout seul !

Selon le modèle de prise en charge des maladies chroniques (*chronic care model* ou CCM), l'approche interprofessionnelle est la plus efficace pour suivre les patients atteints de ces maladies<sup>5</sup>.

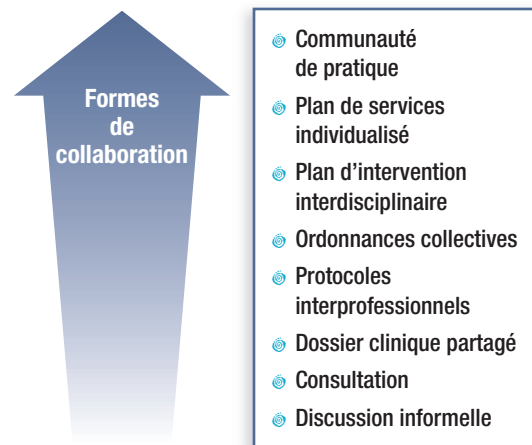
Toutefois, avant de parler d'approche collaborative interprofessionnelle, il faut tout d'abord la définir (*encadré*<sup>6</sup>). **L'approche interprofessionnelle est centrée sur le patient et non sur la profession.** Il en existe plusieurs types associés à différents degrés de collaboration (*figure*)<sup>7</sup>. L'approche collaborative interprofessionnelle prend diverses formes (équipe multidisciplinaire, interdisciplinaire, communauté de pratique, etc.). Aux fins du présent article, tous ces modèles seront regroupés sous le vocable « approche interprofessionnelle ».

Par ailleurs, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a défini les compétences attendues (CanMEDS-MF) d'un médecin de famille en octobre 2009, qui incluent dorénavant la collaboration interprofessionnelle<sup>8</sup>.

Pour devenir un médecin compétent, il faut connaître les maladies chroniques pour lesquelles l'efficacité de l'approche interprofessionnelle a été démontrée dans

## Figure

### Exemples de formes de collaboration<sup>7</sup>



Reproduit et adapté avec la permission de la D<sup>re</sup> Paule Lebel

des études et constitue une valeur ajoutée dans le suivi du patient.

Cette question est pertinente lorsque le médecin songe à diriger son patient vers une équipe interprofessionnelle de son territoire ou lorsqu'il désire lui-même établir une telle équipe dans son cabinet (ex. : GMF, clinique-réseau, clinique-réseau intégrée) pour l'aider à suivre ses patients.

Lorsqu'on consulte les dernières données probantes (*tableau*), on constate la supériorité de l'approche interprofessionnelle sur le suivi solo en cabinet par le médecin pour un grand nombre de maladies chroniques. En effet, cette approche améliore des issues cliniques, comme le nombre de bébés de petit poids, la maîtrise de la pression artérielle, le taux de visite à l'urgence, la régulation du diabète, etc.

**Selon le modèle de prise en charge des maladies chroniques, l'approche interprofessionnelle est la plus efficace pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques.**

## Repère

## Tableau

### Efficacité des équipes interprofessionnelles et ressources québécoises\*

Maladie chronique et issues cliniques	Approche interprofessionnelle	Ressources au Québec et référence
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Diabète de type 2<sup>9,10</sup></li> <li>☉ ↓ HbA<sub>1c</sub></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe interdisciplinaire<sup>†</sup></li> <li>☉ Infirmière</li> <li>☉ Nutritionniste</li> <li>☉ Kinésiologue</li> <li>☉ Pharmacien clinicien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Centre d'enseignement sur le diabète</li> <li>☉ <a href="http://diabete.qc.ca/html/centreenseigne/centre_enseigmain.html">http://diabete.qc.ca/html/centreenseigne/centre_enseigmain.html</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Hypertension<sup>11</sup></li> <li>☉ ↓ pression artérielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe interdisciplinaire<sup>†</sup></li> <li>☉ Infirmière</li> <li>☉ Nutritionniste</li> <li>☉ Kinésiologue</li> <li>☉ Pharmacien clinicien</li> <li>☉ Ordonnance collective</li> <li>☉ Infirmière</li> <li>☉ Pharmacien clinicien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Projet de suivi de l'hypertension artérielle dans la région de Montréal par ordonnances collectives</li> <li>☉ <a href="http://hypertension.qc.ca/content.asp?node=298&amp;lang=fr">http://hypertension.qc.ca/content.asp?node=298&amp;lang=fr</a></li> <li>☉ CLSC de votre région</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Anticoagulothérapie<sup>12</sup></li> <li>☉ ↑ patients avec RIN thérapeutique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Ordonnance individuelle</li> <li>☉ Pharmacien d'officine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Clinique-réseau d'anticoagulothérapie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Bronchopneumopathies<sup>13</sup></li> <li>☉ ↓ dyspnée</li> <li>☉ ↑ qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe multidisciplinaire<sup>†</sup></li> <li>☉ Infirmière</li> <li>☉ Inhalothérapeute</li> <li>☉ Pneumologue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Centre d'enseignement sur la BPCO</li> <li>☉ Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (<a href="http://www.rqam.ca">www.rqam.ca</a>)</li> <li>☉ CLSC de votre région</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Asthme chez l'adulte<sup>14-16</sup> et chez l'enfant</li> <li>☉ ↓ asthme nocturne (adulte seulement)</li> <li>☉ ↓ hospitalisations</li> <li>☉ ↓ visites à l'urgence</li> <li>☉ ↓ consultations sans rendez-vous</li> <li>☉ ↑ qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe multidisciplinaire<sup>†</sup></li> <li>☉ Infirmière</li> <li>☉ Inhalothérapeute</li> <li>☉ Pharmacien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Centre d'enseignement sur l'asthme</li> <li>☉ Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (<a href="http://www.rqam.ca">www.rqam.ca</a>)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Habitudes de vie, excluant le tabagisme<sup>17</sup></li> <li>☉ ↓ IMC</li> <li>☉ ↓ pression artérielle</li> <li>☉ ↓ alcoolémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe multidisciplinaire<sup>†</sup></li> <li>☉ Psychologue</li> <li>☉ Nutritionniste</li> <li>☉ Infirmière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Centre d'éducation pour la santé</li> <li>☉ CSSS de votre région</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Tabagisme<sup>18</sup></li> <li>☉ ↓ tabagisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe multidisciplinaire<sup>†</sup> et ordonnance collective</li> <li>☉ Infirmière</li> <li>☉ Pharmacien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Centre d'abandon du tabagisme</li> <li>☉ <a href="http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/index.html">http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/index.html</a></li> <li>☉ CSSS de votre région</li> </ul>

\* Données probantes disponibles au 14 janvier 2011. Ce tableau n'exclut pas d'autres formes possible de collaboration.

Le tableau montre également qu'il existe différentes solutions pour différentes maladies. Ainsi, dans certains cas, tels que l'anticoagulothérapie, l'ordonnance individuelle sera efficace alors que dans d'autres, comme l'insuffisance cardiaque, une équipe interdisciplinaire sera de mise.

Un effort particulier a été apporté afin d'inclure dans

le tableau une ressource québécoise correspondant à l'approche interprofessionnelle s'étant révélée efficace pour chaque maladie chronique. Ce tableau a ainsi été conçu afin de vous permettre de trouver rapidement les équipes interprofessionnelles de votre région (centre d'enseignement sur le diabète ou l'asthme le plus proche). Je vous

Maladie chronique et issues cliniques	Approche interprofessionnelle	Ressources au Québec et référence
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Dépression<sup>19</sup></li> <li>☞ ↓ dépression clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe multidisciplinaire<sup>†</sup> et consultation</li> <li>☞ Psychologue</li> <li>☞ Travailleur social</li> <li>☞ Infirmière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe de santé mentale de première ligne</li> <li>☉ Guichet d'accès en santé mentale</li> <li>☉ CSSS de votre région</li> <li>☉ CLSC de votre région</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ « Initiation » de la contraception hormonale<sup>20,21</sup></li> <li>☞ ↑ accès à la contraception</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Ordonnance collective</li> <li>☞ Infirmière</li> <li>☞ Pharmacien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ CLSC de votre région</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Contraception d'urgence<sup>22</sup></li> <li>☞ ↑ accès à la contraception</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Activité réservée au pharmacien</li> <li>☉ Consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Pharmacie de votre région</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Femmes enceintes économiquement et socialement défavorisées<sup>23,24</sup></li> <li>☞ ↑ poids moyen à la naissance</li> <li>☞ ↓ bébés de petit poids</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Consultation</li> <li>☞ Nutritionniste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ <a href="http://www.olo.ca">www.olo.ca</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Démence<sup>25</sup></li> <li>☞ ↓ symptômes psychologiques</li> <li>☞ ↓ troubles de comportement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe interdisciplinaire<sup>†</sup></li> <li>☞ Infirmière</li> <li>☞ Ergothérapeute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ <a href="http://www.cgm-quebec.ca">www.cgm-quebec.ca</a></li> <li>☉ <a href="http://www.springerlink.com/content/pj058n6777156876/fulltext.pdf">www.springerlink.com/content/pj058n6777156876/fulltext.pdf</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Soins à domicile<sup>26,27</sup></li> <li>☞ ↓ attentes en hébergement dans hôpitaux de soins de courte durée</li> <li>☞ ↓ visites à l'urgence (varie selon les études)</li> <li>☞ ↓ hospitalisations (varie selon les études)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe multidisciplinaire<sup>†</sup></li> <li>☞ Infirmière</li> <li>☞ Travailleur social</li> <li>☞ Pharmacien</li> <li>☞ Ergothérapeute</li> <li>☞ Physiothérapeute</li> <li>☞ Nutritionniste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe de soins à domicile de votre CSSS</li> <li>☉ Soins à domicile de votre CSSS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Hyperlipidémie<sup>28</sup></li> <li>☞ ↓ cholestérol LDL, comme pour le suivi en cabinet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Pharmacien en officine d'ordonnance individuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Projet pilote TEAM</li> <li>☉ <a href="http://www.recherchepl.ca">www.recherchepl.ca</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Insuffisance cardiaque<sup>29</sup></li> <li>☞ ↓ réadmission</li> <li>☞ ↓ visites à l'urgence</li> <li>☞ ↑ qualité de vie</li> <li>☞ ↓ durée d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Équipe interdisciplinaire<sup>†</sup></li> <li>☞ Infirmière</li> <li>☞ Pharmacien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Clinique d'insuffisance cardiaque de votre région</li> <li>☉ <a href="http://www.icm-mhi.org/fr/insuffisance-card.html">www.icm-mhi.org/fr/insuffisance-card.html</a></li> <li>☉ <a href="http://www.moncsss.com/pages/pdf/PIIC.pdf">www.moncsss.com/pages/pdf/PIIC.pdf</a></li> <li>☉ <a href="http://www.hopitallaval.qc.ca/cardiologie-clinique.asp">www.hopitallaval.qc.ca/cardiologie-clinique.asp</a></li> <li>☉ <a href="http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/173/1/40">www.cmaj.ca/cgi/content/full/173/1/40</a></li> </ul>

† Le médecin est membre de l'équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire

invite grandement à l'utiliser dans votre clinique. À cet égard, vous trouverez le nom de la ressource québécoise de même qu'un hyperlien à la dernière colonne du tableau. Pour en savoir plus sur la question, consultez les références originales d'où proviennent ces données probantes.

Dans le cas de la vignette clinique décrite dans l'amorce

de l'article, le médecin aurait pu envisager l'approche interprofessionnelle pour plusieurs maladies chroniques. Ainsi, il aurait pu, entre autres :

- ☉ s'adresser à l'équipe de soins à domicile du CLSC pour obtenir une évaluation du risque de chute ou des fonctions cognitives par l'ergothérapeute ;

- communiquer avec le pharmacien d'officine pour vérifier si certains médicaments pris par la patiente augmentent le risque de chute;
- demander une consultation ou un suivi avec un psychologue ou un travailleur social dans un contexte de deuil ou de dépression;
- diriger la patiente vers le centre local d'enseignement sur le diabète, le cas échéant.

La collaboration interprofessionnelle se fait sur le terrain au cas par cas. Les solutions sont différentes selon les ressources du milieu et le type de patient. Par exemple, un patient dépressif pourrait être suivi par une travailleuse sociale du CLSC ou une psychologue privée. La contraception peut être entreprise par l'infirmière en établissement scolaire ou le médecin (pendant les six premiers mois).

Au Québec et ailleurs, l'approche interprofessionnelle est en plein essor. De nombreuses études pilotes en cours pourraient augmenter le nombre de maladies pour lesquelles cette approche serait avantageuse en première ligne. Ces études pourront nous aider à préciser les modèles à suivre dans des cliniques-réseau ou des GMF, par exemple.

Par ailleurs, un bon nombre d'études récentes font également participer le patient comme partenaire ou expert de sa maladie chronique. Les données initiales en première ligne sont particulièrement convaincantes pour les maladies chroniques, par exemple en réadaptation pulmonaire à domicile<sup>30</sup>.

### **Quelles sont les responsabilités professionnelles des intervenants dans un modèle de collaboration ?**

Avec la venue des cliniques-réseau, des GMF et des cliniques-réseau intégrées, la collaboration interprofessionnelle se rapproche de plus en plus de la pratique quotidienne des médecins. Dans ces cliniques, le médecin travaille tous les jours avec d'autres professionnels de la santé. Outre les infirmières (voir l'article intitulé : « La collaboration avec une infirmière et un pharmacien » de S. Boucher et coll., dans le présent numéro), d'autres professionnels de la santé tels que les pharmaciens, les nutritionnistes, les psychologues, etc., y seront de plus en plus présents. Ce modèle de pratique inspiré entre autres des équipes de santé familiale de l'Ontario va devenir plus fréquent au Québec (voir l'ar-

ticle de M.-C. Vanier et coll. intitulé : « Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne : rêve ou réalité ? », dans le présent numéro). Les premières cliniques de ce type au Québec, appelées *cliniques-réseau intégrées*, sont déjà en voie d'être mises en œuvre dans la région de Montréal.

Dans ce contexte, quelles sont les responsabilités professionnelles du médecin et des autres intervenants de la santé ? Pour y répondre, nous nous sommes inspirés de deux documents : *Une nouvelle réalité : L'élargissement des champs d'exercice*<sup>31</sup> et *Le risque de responsabilité dans les soins interdisciplinaires : Découvrir de nouvelles perspectives*<sup>32</sup>.

De ces documents, retenons l'importance pour les professionnels d'être au courant de certains risques inhérents à la pratique interprofessionnelle, dont celui d'être tenus responsables de la faute professionnelle commise par une personne qu'il emploie ou qu'il supervise.

### **Responsabilité conjointe et solidaire**

Lorsqu'un patient intente une action en justice pour un préjudice causé par des soins ou un traitement, il accuse souvent toutes les personnes et tous les établissements qui ont participé aux soins. Il y a une responsabilité conjointe et solidaire lorsqu'un tribunal conclut que plus d'une partie est responsable du préjudice. Le patient peut alors rechercher une responsabilité solidaire entraînant, pour chacun des défendeurs, la possibilité d'être condamné à payer intégralement tous les dommages et intérêts. Cela est important parce que les coaccusés « au portefeuille bien garni » peuvent être plus attrayants pour les plaignants, quel que soit le degré de la faute qui leur a été attribuée personnellement.

### **Responsabilité indirecte ou du fait d'autrui**

Les professionnels de la santé peuvent également être tenus responsables de la faute d'un professionnel qui n'aurait pas été adéquatement supervisé. Ce type de responsabilité est connu sous le nom de responsabilité du fait d'autrui.

Il faut donc connaître l'étendue du champ de pratique des autres membres de l'équipe, pour que les tâches soient assignées ou déléguées adéquatement (voir l'article de M<sup>me</sup> Dominique Saheb intitulé : « Le bon soin au bon moment par la bonne personne » ou de M. Michel Tassé et du D<sup>r</sup> Serge Dumont, intitulé : « L'usage optimal des médica-

**La collaboration interprofessionnelle se fait sur le terrain selon les ressources du milieu et le type de patient.**

Repère

ments : une cible d'équipe », dans le présent numéro). Il est essentiel de se familiariser avec les lois qui régissent l'exercice des professionnels appelés à travailler en équipe.

### Assurance responsabilité pour tous !

Une façon de protéger tout le monde – les professionnels de la santé, les établissements de soins de santé et les patients – est de veiller à ce que tous les membres de l'équipe de soins et l'établissement aient une protection adéquate contre la responsabilité délictuelle.

Après la lecture de ce qui précède, le médecin pourrait sans doute se demander si le jeu en vaut la chandelle ! Il envisagera même avec inquiétude la possibilité de poursuites liées à la création d'équipes interprofessionnelles. En réponse à ces inquiétudes, le lecteur est invité à lire la chronique *Droit au but* de M<sup>e</sup> Christiane Larouche, dans ce numéro.

**A**U QUÉBEC, LE NOMBRE de patients atteints d'au moins une maladie chronique devrait s'accroître avec le vieillissement de la population. Selon le modèle de prise en charge des maladies chroniques, l'approche interprofessionnelle serait la plus efficace pour suivre ces patients. Il existe déjà de nombreuses ressources interprofessionnelles, dans la province, pour faciliter le suivi des maladies chroniques, mais elles sont peu connues des médecins de famille. Enfin, les professionnels qui pratiquent l'approche interprofessionnelle doivent savoir qu'il y a un risque accru de responsabilité professionnelle et ils devraient prendre les mesures de prévention et de protection qui s'imposent.

*Vous décidez de prendre contact avec le pharmacien d'officine de M<sup>me</sup> Roy pour discuter de sa polypharmacie et de sa douleur chronique. Vous communiquez aussi avec l'infirmière de votre GMF pour le suivi conjoint de son hypertension, avec l'ergothérapeute du CLSC pour une évaluation de ses fonctions cognitives et du risque de chute et, avec la psychologue de votre équipe pour une possible dépression.* ☞

Date de réception : le 2 août 2010

Date d'acceptation : le 22 septembre 2010

Le D<sup>r</sup> Serge Dumont n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale. Former les personnels de santé du XXI<sup>e</sup> siècle. Le défi des maladies chroniques. Organisation mondiale de la Santé; 2005. Site Internet : [www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce\\_report\\_fre.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
2. Commissaire à la santé et au bien-être. Québec. Communiqué du 13 mai 2010 : Performance du système de santé et de services sociaux. Le défi des maladies chroniques au Québec : prévenir, organiser, outiller et soutenir. Site Internet : [www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010\\_RapportAppreciation/CSBE.Communique\\_13\\_mai\\_2010.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE.Communique_13_mai_2010.pdf) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
3. The Chronic Care Model. Site Internet : [www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
4. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM et coll. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005; 3 (3) : 209-14.
5. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1 (1) : 2-4.
6. Barrett J, Curran V, Glynn L et coll. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. Fondation canadienne sur la recherche sur les services de santé. Site Internet : [www.fcrrs.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport\\_Fr\\_FINAL.pdf](http://www.fcrrs.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
7. Lebel P. La collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne et ses proches : une compétence à développer pour des soins optimaux. Site Internet : [www.santemontreal.qc.ca/pdf/inter/PLEBEL1.pdf](http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/inter/PLEBEL1.pdf) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
8. Le Collège des médecins de famille du Canada. CanMEDS – Family Medicine. Working group on curriculum review. Octobre 2009. Site Internet : [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
9. Taylor KI, Oberle KM, Crutcher RA et coll. Promoting health in type 2 diabetes: Nurse-physician collaboration in primary care. *Biol Res Nur* 2005; 6 (3) : 207-15.
10. Machado M, Baicar J, Guzzo GC et coll. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: Systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Ann Pharmacother* 2007; 41 (10) : 1569-82.
11. Carter BL, Rogers M, Daly J et coll. The potency of team-based care interventions for hypertension: A meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009; 169 (19) : 1748-55.
12. Côté S. Une clinique réseau d'anticoagulothérapie dans votre pharmacie. *Pharmactuel* 2010; 43 : 256-63.
13. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ et coll. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Revue). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4) : CD003793.
14. Gibson PG, Powell H, Wilson A et coll. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Revue). *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1) : CD001117.

**La pratique interprofessionnelle présente certains risques pour le médecin, dont celui d'être tenu responsable de la faute professionnelle commise par une personne qu'il emploie ou supervise.**

Repère

## Summary

**Challenges of interprofessional care.** In Quebec, it is estimated that more than 50% of patients have at least one chronic disease. For family physicians, follow-up on these patients, as recommended by medical guidelines, is hard to reconcile with available clinical time. The Chronic Care Model (CCM) advocates that the interprofessional approach is more effective in follow-up of these patients. In Quebec, many interprofessional resources have already been put in place, but they remain unknown to most family physicians. It is important for professionals to be aware of the risks inherent to interprofessional practice, including being held responsible for malpractice by an employee or someone they supervise.

15. Côté J, Bowie DM, Robichaud P et coll. Evaluation of two different educational interventions for adult patients consulting with an acute asthma exacerbation. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163 (6) : 1415-9.
16. Boyd M, Lasserson TJ, McKean MC et coll. Interventions for educating children who are at risk of asthma-related emergency department attendance (Revue). *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2) : CD001290.
17. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T et coll. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55 (513) : 305-12.
18. Motillo S, Filion KB, Belisle P et coll. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J* 2009; 30 (6) : 718-30.
19. Gilbody S, Bower P, Fletcher J et coll. Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166 (21) : 2314-21.
20. Collège des médecins du Québec. Les adolescentes et la contraception. Communiqué du 2005-04-25.
21. Ordre des pharmaciens du Québec. Une collaboration entre professionnels pour diminuer les grossesses non planifiées. Site Internet : [www.opq.org/fr/services\\_public/communiqués/43](http://www.opq.org/fr/services_public/communiqués/43) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
22. Ordre des pharmaciens du Québec. Le nombre d'avortements en baisse au Québec. Le recours aux pharmaciens pour la prescription de la contraception orale d'urgence contribue à ce résultat d'importance en matière de santé publique. Site Internet : [www.opq.org/fr/services\\_public/communiqués/68](http://www.opq.org/fr/services_public/communiqués/68) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
23. Higgins AC, Moxley JE, Pencharz P et coll. Impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on birth weight: a within-mother analysis. *J Am Diet Assoc* 1989; 89 (8) : 1097-103.
24. Dubois S, Coulombe C, Pencharz P et coll. Ability of the Higgins Nutrition Intervention Program to improve adolescent pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc* 1997; 97 (8) : 871-8.
25. Callahan C, Boustani MA, Unverzagt FW et coll. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295 (18) : 2148-57.
26. MacAdam M. Frameworks of integrated care for the elderly: A systematic review. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques; 2008. 35 p. Site Internet : [www.cprn.org/documents/49813\\_FR.pdf](http://www.cprn.org/documents/49813_FR.pdf) (Date de consultation : le 4 octobre 2010).
27. Beland F, Bergman H, Lebel P et coll. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *J Gerontol* 2006; 61A (4) : 367-73.
28. Villeneuve J, Genest J, Blais L et coll. A cluster randomized controlled trial to evaluate an ambulatory primary care management program for patients with dyslipidemia: TEAM study. *CMAJ* 2010; 182 (5) : 447-55.
29. Ducharme A, Doyon O, White M et coll. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ* 2005; 173 (1) : 40-5.
30. Vieira DSR, Maltais F, Bourbeau J. Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Curr Opin Pulm Med* 2010; 16 (2) : 134-43.
31. Association canadienne de protection médicale. Une nouvelle réalité : L'élargissement des champs d'exercice; 2010. Site Internet : [www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/member\\_assistance/more/com\\_p1001\\_3-f.cfm](http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/member_assistance/more/com_p1001_3-f.cfm) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
32. Conference Board du Canada. Le risque de responsabilité dans les soins interdisciplinaires : découvrir de nouvelles perspectives; 2007. Site Internet : [www.conferenceboard.ca/documents.aspx?did=1990](http://www.conferenceboard.ca/documents.aspx?did=1990) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).