

Sous la direction de

JULIE GOSSELIN  
PAUL SAMUEL GREENMAN  
MÉLANIE JOANISSE

Préface de  
DENIS PRUD'HOMME

# LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CANADA

Nouveaux défis



 Presses  
de l'Université  
du Québec







**LE DÉVELOPPEMENT  
PROFESSIONNEL  
EN SOINS DE SANTÉ  
PRIMAIRES AU CANADA**

## Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone : 418 657-4399

Télécopieur : 418 657-2096

Courriel : puq@puq.ca

Internet : www.puq.ca

### *Diffusion/Distribution :*

- CANADA** Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7  
Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864
- FRANCE** AFPU-D – Association française des Presses d'université  
Sodis, 128, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99
- BELGIQUE** Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 736 68 47
- SUISSE** Servidis SA, Chemin des Chalets 7, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32



La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

Sous la direction de

---

JULIE GOSSELIN  
PAUL SAMUEL GREENMAN  
MÉLANIE JOANISSE

Préface de  
DENIS PRUD'HOMME

# LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CANADA

Nouveaux défis

 Presses  
de l'Université  
du Québec

**Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales  
du Québec et Bibliothèque et Archives Canada**

Vedette principale au titre :

Le développement professionnel en soins de santé primaires au Canada :  
nouveaux défis

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7605-4331-7

1. Soins de santé primaires – Canada. 2. Soins médicaux – Travail en équipe –  
Canada. 3. Personnel médical – Formation en cours d’emploi – Canada.

I. Gosselin, Julie, 1979- . II. Greenman, Paul S., 1976- . III. Joanisse, Mélanie.

RA427.9.D48 2015

362.10971

C2015-940760-5

---

Financé par le  
gouvernement  
du Canada

Funded by the  
Government  
of Canada

**Canada**



Conseil des arts  
du Canada

Canada Council  
for the Arts

**SODEC**

**Québec**

---

*Conception graphique*

**Michèle Blondeau**

*Image de couverture*

**Shutterstock**

*Mise en pages*

**Presses de l'Université du Québec**

**Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2015**

› Bibliothèque et Archives nationales du Québec

› Bibliothèque et Archives Canada

**© 2015 – Presses de l'Université du Québec**

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*

Imprimé au Canada

# Préface



LE PRÉSENT OUVRAGE COLLECTIF A POUR BUT DE PRÉSENTER L'ÉVOLUTION DE la collaboration interprofessionnelle et propose un bilan concernant le développement d'équipes de soins où différents professionnels de la santé offrent une complémentarité de soins en fonction de leur expertise et de leurs champs de pratique. Ce bilan s'impose à la suite de la mise en place – en 2002 au Canada – d'un éventail d'initiatives visant, d'une part, à améliorer la collaboration interprofessionnelle dans l'offre des soins de santé primaires et, d'autre part, à favoriser l'intégration de différents professionnels de la santé dont certains œuvrent dans des champs de pratique non traditionnels. Ces initiatives découlaient de plusieurs rapports critiques invitant les professionnels de la santé à modifier le système de soins primaires au Canada dans le but de mieux répondre aux besoins et aux problèmes de santé d'une population vieillissante. Une attention particulière fut donc portée à l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques et au nombre croissant d'individus présentant des problèmes de santé complexes nécessitant l'expertise unique et complémentaire de différents professionnels de la santé.

La coordination des soins et la collaboration interprofessionnelle sont deux éléments clés identifiés pour améliorer l'offre et la qualité des soins de santé primaires. Ces changements d'apparence simple se sont avérés complexes, ardues et encore inachevés à ce jour. Les auteurs du présent ouvrage décrivent, sur la base de données probantes de la littérature et de leurs expériences en tant que chercheur, clinicien, éducateur ou administrateur, les bénéfices, avancées et embûches vécus quant à l'intégration de différents professionnels de la santé tels que des psychologues, infirmières en pratique avancée et sociales, diététistes et sexologues dans les équipes interprofessionnelles en soins de santé primaires œuvrant auprès de communautés francophones en situation minoritaire. Cette nouvelle approche collaborative demande aux professionnels de la santé d'adapter l'exercice de leurs fonctions habituelles aux besoins et à la nature des problèmes de santé du patient, aux expertises des membres, à la dynamique de l'équipe interprofessionnelle et au contexte clinique pour être ainsi en mesure d'interagir et d'intervenir de façon efficace et concertée.

En ce qui concerne le succès, les auteurs identifient et partagent les stratégies, les meilleures pratiques et les modèles de formation qui facilitent non seulement l'intégration de ces nouveaux professionnels au sein des équipes en soins de santé primaires, mais permettent également de maximiser leurs expertises complémentaires au profit des patients et des autres professionnels de la santé. Pour ce qui est des défis, ils font une analyse critique en utilisant des pratiques exemplaires en matière d'évaluation et proposent des moyens pour les professionnels de la santé et les éducateurs de soutenir la formation des futurs professionnels. De plus, les auteurs proposent des cadres conceptuels et des outils pour faciliter la collaboration interprofessionnelle en soins de santé primaires. Enfin, quant à l'inconnu, ils soulèvent des questions, suggèrent des pistes de recherche et décrivent l'expertise du kinésologue et son rôle potentiel au sein des équipes interprofessionnelles. En ouverture de cet ouvrage, un texte argumentaire est présenté sur le développement et la promotion d'un professionnalisme qui dépasse les différentes disciplines professionnelles. Ce concept, le « professionnalisme commun », invite à porter un regard nouveau sur la relation entre le professionnel de la santé et son patient afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle.

Ce livre saura devenir une référence pour les étudiants, les éducateurs, les professionnels de la santé, les administrateurs et les décideurs des milieux académiques et de la santé qui s'intéressent au développement de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé primaires.

*Denis Prud'homme, M.D., M.Sc.  
Vice-président associé à la recherche et directeur scientifique  
Associated Vice-President Research and Scientific Director  
Institut de recherche de l'Hôpital Montfort*

# Table des matières



<b>Préface</b> .....	VII
<i>Denis Prud'homme</i>	

<b>Introduction</b> .....	1
<i>Julie Gosselin, Paul Samuel Greenman et Mélanie Joannis</i>	

## **Partie 1**

### **ENJEUX ÉPISTÉMOLOGIQUES ET APPROCHES NOVATRICES**

#### *Chapitre 1*

**L'union ou la balkanisation, une voie pour un professionnalisme commun : texte argumentatif sous la forme d'une critique épistémologique du professionnalisme** .....

9

*André Bilodeau*

LE REJET DE L'HYPOTHÈSE DE L'OPPOSITION .....	10
LA FRAGMENTATION DE LA CONCEPTION DU PROFESSIONNALISME .....	11
VERS UNE DÉFINITION COMMUNE DU PROFESSIONNALISME .....	13
La confiance .....	14
La relation fiduciaire .....	15
La compassion .....	16
RÉFÉRENCES .....	19

#### *Chapitre 2*

**Le développement d'un interprofessionnalisme : l'exemple de l'intégration de services de santé mentale en soins de santé primaires** .....

23

*Jean Grenier, Marie-Hélène Chomienne et Monic Gallien*

LE PROFESSIONNALISME .....	24
LE PROFESSIONNALISME EN SANTÉ .....	25

L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ .....	26
Une clarification des concepts .....	27
La réforme des soins de santé primaires et la montée de l'interprofessionnalisme .....	28
L'émergence d'initiatives interprofessionnelles .....	29
La formation interprofessionnelle .....	30
Les bienfaits et les défis de la collaboration interprofessionnelle .....	32
CONCLUSION .....	32
RÉFÉRENCES .....	33

### Chapitre 3

#### Une approche novatrice de développement professionnel continu en soins de santé primaires : le modèle Montfort .....

*Manon Tremblay, Michelle Lalonde et Janie Desroches*

L'HÔPITAL MONTFORT .....	39
LA CRÉATION DU CENTRE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU PROMÉTHÉE .....	39
Les fondements théoriques du Centre Prométhée .....	41
Le cadre d'évaluation .....	41
L'orientation générale des nouveaux employés: un exemple d'activité de formation .....	47
Les patients partenaires .....	48
CONCLUSION .....	49
RÉFÉRENCES .....	49

### Partie 2

#### INTÉGRATION D'UN NOUVEAU RÔLE PROFESSIONNEL ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

### Chapitre 4

#### L'intégration de l'infirmière praticienne en contexte de collaboration interprofessionnelle : entre aisance et perturbation .....

*Annie Rioux-Dubois et Amélie Perron*

UNE RECENSION DES ÉCRITS .....	57
L'arrivée des infirmières praticiennes en soins de santé primaires .....	57
Les modèles interprofessionnels ontariens de soins de santé primaires .....	58
La collaboration interprofessionnelle .....	60
Présentation de l'étude .....	60
LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE .....	62
Les espoirs de la collaboration .....	62
Les difficultés de la collaboration .....	63
Les implications pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle .....	65
RÉFÉRENCES .....	67

## Chapitre 5

### L'intégration d'un nouveau rôle au sein d'une équipe de soins de santé primaires: une étude de cas ..... 69

*Liliane Prairie, Danielle de Moissac, Annette Schultz et Dauna Crooks*

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE: STRATÉGIE POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DANS UNE LANGUE MINORITAIRE .....	71
LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE: FACTEURS FAVORABLES, BARRIÈRES ET STRATÉGIES .....	72
LE CADRE THÉORIQUE PEPPA .....	73
PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE DE CAS .....	74
LES BÉNÉFICES DE L'INTÉGRATION DU NOUVEAU RÔLE: ACCÈS, SERVICE ET PRISE EN CHARGE AMÉLIORÉS .....	75
Les facteurs favorisant l'intégration .....	76
Les barrières à l'intégration et à la pratique collaborative .....	76
LES STRATÉGIES DE PLANIFICATION DE L'INTÉGRATION ET DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE .....	77
LES IMPLICATIONS POUR LA PRESTATION DE SERVICES ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE .....	78
RÉFÉRENCES .....	79

## Chapitre 6

### La pratique d'interface en contexte de vulnérabilité sociale: les défis pour le développement professionnel des infirmières au croisement de l'intervention sociale et de santé ..... 85

*Lauralie Richard et Sylvie Gendron*

LA PRATIQUE INFIRMIÈRE D'INTERFACE EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE: DÉFIS PROFESSIONNELS .....	88
Défi 1: légitimer l'élargissement de l'espace d'intervention .....	88
Défi 2: redéfinir la professionnalité .....	90
Défi 3: composer avec un système de contraintes .....	91
Les implications pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle .....	93
CONCLUSION .....	95
RÉFÉRENCES .....	95

## Chapitre 7

### La sexualité: au cœur des soins de santé primaires canadiens contemporains ..... 99

*Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno*

LES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES EN SANTÉ .....	100
LA SEXUALITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ .....	101
L'INTÉGRATION DE LA SEXUALITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES .....	102
LE SEXOLOGUE DANS LES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES DE SANTÉ .....	102
La sexopérinatalité .....	103
Les besoins sexopérinataux et leurs obstacles .....	106
Les équipes interdisciplinaires périnatales .....	107

Le sexologue dans les équipes interprofessionnelles périnatales . . . . .	107
Les implications pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle . . . . .	109
RÉFÉRENCES . . . . .	110

## Chapitre 8

<b>Le rôle du diététiste dans les services de soins de santé primaires : l'exemple du diabète et de la période périnatale . . . . .</b>	<b>115</b>
---	------------

*Isabelle Giroux, Ann Watt et Ruth McManus*

LE RÔLE DU DIÉTÉTISTE EN SSP . . . . .	116
LES AVANTAGES ET LES DÉFIS DE L'INCLUSION DES DIÉTÉTISTES DANS LA PRATIQUE DES SSP . . . . .	117
L'EXEMPLE DU DIABÈTE ET DE LA PÉRIODE PÉRINATALE . . . . .	118
Le portrait de la problématique . . . . .	118
Description de l'étude . . . . .	120
Les principaux résultats de l'étude et nos recommandations . . . . .	120
LES IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE, LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET LA RECHERCHE . . . . .	121
Les implications pour la pratique . . . . .	121
Les implications pour la formation professionnelle . . . . .	122
Les implications pour la recherche . . . . .	123
CONCLUSION . . . . .	124
RÉFÉRENCES . . . . .	124

## Chapitre 9

<b>La psychologie clinique en soins de santé primaires : les implications pour le développement professionnel des psychologues . . . . .</b>	<b>129</b>
--	------------

*Paul Samuel Greenman, Julie Gosselin, Keegan Barker et Jean Grenier*

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES PSYCHOLOGUES . . . . .	131
LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP) . . . . .	132
Une définition . . . . .	132
Le modèle biopsychosocial . . . . .	132
La réforme . . . . .	133
La psychologie clinique en SSP . . . . .	134
LES HABILITÉS À ACQUÉRIR POUR BIEN FONCTIONNER EN SSP : SAVOIR, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE . . . . .	134
Le savoir . . . . .	134
Le savoir-faire . . . . .	136
Le savoir-être . . . . .	136
LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES PSYCHOLOGUES EN SSP . . . . .	136
Le rôle primordial de la supervision . . . . .	136
Le modèle développemental appliqué aux psychologues en SSP . . . . .	137
LES DONNÉES EMPIRIQUES . . . . .	139
La recherche sur la supervision en psychologie clinique : que fait un bon superviseur ? . . . . .	139
Les liens avec les SSP . . . . .	140

CONCLUSION .....	140
Les implications pour la formation.....	141
Les implications pour la recherche .....	141
Les implications pour les politiques en psychologie clinique.....	141
RÉFÉRENCES .....	142

## Chapitre 10

### Le traitement des maladies chroniques dans le cadre des soins de santé primaires: le rôle du psychologue .....

145

*Sophie Lebel, Caroline Séguin Leclair, Georden Jones,*

*Danielle Petricone-Westwood et Christina Tomei*

MÉTHODE .....	147
Une recension des écrits .....	147
Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	148
L'extraction des données.....	148
RÉSULTATS .....	149
Un aperçu des articles retenus .....	149
La population cible.....	154
Une description des interventions et des résultats .....	154
L'équipe multidisciplinaire et le rôle du psychologue dans l'intervention .....	154
La relation du psychologue avec l'équipe de recherche .....	155
DISCUSSION .....	155
Les limites .....	157
Les implications pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle .....	157
RÉFÉRENCES .....	158

## Chapitre 11

### Une approche interprofessionnelle intégrative pour les services de santé mentale dans les soins de santé primaires .....

163

*Julie Gosselin et Mélanie Joanisse*

QU'ENTENDONS-NOUS PAR « APPROCHE INTÉGRATIVE » ? .....	165
QUELS SONT LES AVANTAGES ASSOCIÉS À LA PRATIQUE INTÉGRATIVE DANS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ? .....	166
UN MODÈLE INTÉGRATIF ET INTERPROFESSIONNEL POUR LA SANTÉ MENTALE EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES.....	167
L'axe développemental .....	168
L'axe biopsychosocial .....	169
L'axe de collaboration interprofessionnelle .....	169
Les considérations pronostiques.....	170
UNE VIGNETTE CLINIQUE .....	170
L'axe développemental .....	170
L'axe biopsychosocial .....	171
L'axe de collaboration interprofessionnelle .....	171
Les considérations pronostiques.....	172

LA PLANIFICATION DE TRAITEMENT INTÉGRATIF . . . . .	172
La gestion de la détresse et l'hygiène de vie . . . . .	172
La compétence personnelle . . . . .	172
L'efficacité interpersonnelle . . . . .	173
UNE VIGNETTE CLINIQUE . . . . .	173
La gestion de la détresse et l'hygiène de vie . . . . .	173
La compétence personnelle . . . . .	174
L'efficacité interpersonnelle . . . . .	175
L'ARRIMAGE AVEC LES MODÈLES DE PRATIQUES INTÉGRATIVES INTERPROFESSIONNELLES CANADIENS . . . . .	176
LES IMPLICATIONS POUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE . . . . .	176
LES IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE . . . . .	177
RÉFÉRENCES . . . . .	177

## Chapitre 12

### Qui, quand et comment ? Des mesures utiles pour les services de santé mentale en contexte de soins de santé primaires . . . . .

*Mélanie Joanisse, Veronica Asgary-Eden et Monic Gallien*

QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DES MESURES EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ? . . . . .	181
LES MESURES GÉNÉRALES . . . . .	182
Outcome Questionnaire (OQ-45.2; La mesure d'impact) . . . . .	182
Outcome Rating Scale (ORS; Échelle d'évaluation des résultats) . . . . .	183
Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) . . . . .	185
LES MESURES DE L'ANXIÉTÉ ET DE L'HUMEUR . . . . .	187
Beck Anxiety Inventory (BAI; Inventaire d'anxiété de Beck) . . . . .	187
Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI) . . . . .	188
GAD-7 . . . . .	189
Primary Care PTSD (PC-PTSD) . . . . .	190
Geriatric Anxiety Inventory (GAI) . . . . .	191
D'autres mesures de l'anxiété . . . . .	191
Beck Depression Inventory (BDI-II; Inventaire de dépression de Beck) . . . . .	192
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) . . . . .	193
Geriatric Depression Scale (GDS; Échelle de dépression gériatrique) . . . . .	194
Patient Health Questionnaire (PHQ-9) . . . . .	195
QUELLES MESURES CHOISIR ? . . . . .	196
ANNEXE 12.1. RÉFÉRENCES PERTINENTES PAR OUTIL DE MESURE . . . . .	199
RÉFÉRENCES . . . . .	204

## Chapitre 13

### Un énoncé de position : le rôle du kinésologue dans la promotion de l'activité physique et de l'exercice dans le système canadien de soins de santé ..... 207

*Glen Bergeron, Céline Larivière, Philip Sullivan et Lynn Kabaroff*

LA KINÉSIOLOGIE : UNE PROFESSION ÉMERGENTE DANS LES SOINS DE SANTÉ .....	208
La formation universitaire .....	208
Les appellations professionnelles .....	209
La réglementation professionnelle .....	209
Le champ de la pratique d'un kinésologue .....	210
Le kinésologue dans le système de soins de santé .....	211
L'impact économique de l'exercice comme intervention .....	212
Les autres aspects de la santé physique et mentale .....	214
CONCLUSION .....	215
POINTS À RETENIR .....	216
ANNEXE 13.1. LIENS VERS LES ASSOCIATIONS PROVINCIALES DE KINÉSIOLOGIE .....	217
ANNEXE 13.2. ÉNONCÉS DU CHAMP DE PRATIQUE POUR LE KINÉSIOLOGUE ET LE PHYSIOLOGISTE DE L'EXERCICE .....	218
RÉFÉRENCES .....	220

### *Notices biographiques* ..... 223



# Introduction



---

JULIE GOSSELIN  
PAUL SAMUEL GREENMAN  
MÉLANIE JOANISSE

DEPUIS LA LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX (1966), LES CANADIENS ONT ÉTÉ EN mesure d'observer plusieurs changements et réformes de leur système de soins de santé (p. ex. la Loi canadienne sur la santé de 1984). Or, il a fallu attendre jusqu'au début des années 2000 pour que la pierre angulaire des soins offerts aux Canadiens, soit les soins de santé primaires (SSP), fasse l'objet d'une attention particulière par les politiciens et autres instances gouvernementales associées. Plus spécifiquement, en 2000, les premiers ministres du Canada se rencontrent afin d'établir une vision commune du système de santé et s'engagent dans leur communiqué « à veiller à ce que les Canadiens et Canadiennes reçoivent les soins les plus appropriés, par le fournisseur le plus approprié, à l'endroit le plus approprié » (Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, 2000). L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé va encore plus loin en stipulant que « tous les Canadiens et les Canadiennes, peu importe où ils vivent, aient accès au fournisseur pertinent de soins de santé, 24 heures par jour, 7 jours par semaine » (Santé Canada, 2003, p. 3).

Afin de refléter cet engouement pour réformer le système de santé canadien, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (commission Romanow) et le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (rapport Kirby) sont mandatés afin d'obtenir le pouls de la population canadienne quant à ses besoins en matière de soins de santé. Tous deux appuient l'accès accru à des équipes interdisciplinaires comprenant une gamme de professionnels de la santé qui puissent offrir par leur expertise unique des soins de qualité. Il n'est donc pas surprenant que d'avril 2004 à septembre 2006, grâce au financement du Fonds pour l'adaptation des

soins de santé primaires, l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires ait vu le jour (Romanow, 2002 ; Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2002).

Cependant, malgré toutes ces réformes et initiatives stimulantes, l'inclusion de professionnels de la santé autres que les médecins au sein des services de première ligne en est à ses balbutiements. Les professionnels y travaillant se retrouvent parfois dépourvus, voire déstabilisés, puisque pour pratiquer dans ce contexte, ils doivent adopter une vision plus élargie de la santé et de leur champ de pratique, et apprendre à bien fonctionner et à contribuer efficacement dans un milieu de pratique qui se veut « non traditionnel ». Effectivement, il est important de considérer que ce virage au sein des soins de santé primaires a des implications extrêmement importantes pour le développement continu des professionnels de la santé d'aujourd'hui et de demain, de même que pour les professionnels de la santé qui participent à la formation des futurs professionnels de la santé. En effet, afin de renforcer leur identité professionnelle au *xxi*<sup>e</sup> siècle et d'optimiser leur réussite dans ce milieu, les professionnels de la santé doivent tenir compte des particularités, des défis et des exigences de ce nouveau champ de pratique.

Nous considérons donc que cet ouvrage s'inscrit bien dans l'air du temps (*Zeitgeist*). Il vise principalement à faire état des enjeux et des défis auxquels font face les professionnels travaillant en SSP, dans une perspective multidisciplinaire canadienne. Il vise également à exposer les pratiques les plus prometteuses pour le développement professionnel dans les différentes professions de SSP. Il s'agit du premier ouvrage, en anglais ou en français, qui porte directement sur les questions de collaboration interprofessionnelle et de développement professionnel en SSP d'une perspective historique et épistémologique. Enfin, il comprend des recommandations claires et pratiques pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle.

Dans le cadre de cet ouvrage, le développement professionnel fait référence aux activités de perfectionnement continu au sein d'une discipline donnée afin de mieux servir la population desservie par les SSP, ainsi qu'au développement de nouvelles pratiques disciplinaires et interdisciplinaires visant à améliorer la qualité générale des soins offerts dans les services de première ligne. Les professions de SSP présentées dans cet ouvrage incluent la médecine, les soins infirmiers, la psychologie clinique et de la santé, la nutrition, la kinésiologie et la sexologie. Les problématiques d'intérêt comprennent le dépistage et le traitement de problèmes de santé physique ou mentale, aigus ou chroniques ; la pratique interdisciplinaire dans des contextes de gestion de problèmes de santé donnés ; l'inclusion de nouveaux rôles professionnels au sein d'équipes de SSP ; et le développement de modèles de formation et de pratique interdisciplinaire et intégrative pour une pratique exemplaire en SSP.

Il importe ici de définir clairement ce que nous entendons par « soins de santé primaires ». Ceux-ci se distinguent par « une approche de la santé et une gamme de services qui vont au-delà du système de santé traditionnel, ce qui comprend tous les

services qui touchent la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement» (Santé Canada, 2012). Ainsi, les SSP occupent une double fonction au sein du système de santé canadien, incluant à la fois la prestation directe de services de premier contact, et la fonction de coordination des services de santé pour améliorer la continuité et la circulation du patient à travers le système de santé dans son ensemble (Santé Canada, 2007). Par conséquent, la sensibilité aux besoins de la communauté est cruciale au bon fonctionnement de ces services, et les équipes pratiquant à ce niveau peuvent varier dans leur composition d'une communauté à l'autre. Les milieux médicaux en question sont donc ceux de première ligne, vers lesquels les patients se dirigent pour la majorité de leurs services de santé non urgents. Il s'agit d'équipes interprofessionnelles comme celles des Équipes de santé familiale en Ontario, des Groupes de médecine familiale au Québec et des Centres de santé communautaires au Nouveau-Brunswick, pour n'en nommer que quelques-unes. On accorde généralement le nom de « soins primaires » à ce type de services (Raggi, 2011).

Cet ouvrage est destiné à l'ensemble des professionnels œuvrant en SSP. Qu'ils soient médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, diététistes, nutritionnistes, kinésologues, physiothérapeutes ou sexologues, ces spécialistes offrent des services, individuellement ou conjointement avec d'autres professionnels de la santé, à une population présentant une variété de problèmes de santé physique et mentale complexes et parfois sévères. Tous ne s'impliquent pas de la même façon, au même niveau, ou pour la même durée, mais cet ouvrage peut s'avérer utile à plusieurs catégories de lecteurs.

Le premier groupe de lecteurs comprend les cliniciens offrant des services de première ligne directement à une clientèle variée. La structure des soins offerts impose des contraintes de durée des services, et les moyens diagnostiques et thérapeutiques à leur disposition peuvent être limités. Cet ouvrage a pour but de sensibiliser ces professionnels aux meilleures pratiques dans leur discipline, ainsi qu'à développer leur compréhension des forces et des défis existant dans les autres disciplines travaillant dans les SSP, afin de contribuer au développement de compétences interdisciplinaires dans les services de première ligne.

Le deuxième groupe de lecteurs comprend les spécialistes qui participent à la formation des futurs professionnels de la santé en SSP et de leurs apprentis. Cet ouvrage représente un outil de formation professionnelle approprié pour les milieux académiques, car il présente à la fois une perspective historique et épistémologique expliquant le développement de la pratique des SSP. De plus, il présente en détail les enjeux et les défis liés aux services de première ligne, en offrant un survol des pratiques les plus prometteuses pour chaque profession. Enfin, la plupart des chapitres incluent des recommandations pour la formation professionnelle et pour la pratique, afin d'aiguiller les spécialistes responsables de la formation et les futurs professionnels.

Le troisième groupe de lecteurs comprend les professionnels et les chercheurs qui participent au développement de la recherche en SSP. Une variété d'exemples de pratiques novatrices dans différentes professions et contextes interdisciplinaires se trouve dans cet ouvrage. Pour cette raison, celui-ci suscitera sans doute une nouvelle vague d'hypothèses de recherche clinique. La plupart des chapitres incluent des recommandations pour la recherche, afin de contribuer au développement d'efforts concertés de recherche dans le but de développer des pratiques exemplaires basées sur des données probantes.

Enfin, un quatrième groupe de lecteurs comprend les administrateurs et les gestionnaires en SSP, car nous désirons contribuer à développer une sensibilisation organisationnelle aux défis quotidiens des multiples professionnels et aux enjeux importants liés à la collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne. À travers des exemples issus de la plupart des professions représentées dans les SSP, ces lecteurs seront amenés à pouvoir identifier les contextes au sein desquels l'encadrement organisationnel peut jouer un rôle crucial dans le développement durable de pratiques exemplaires en SSP.

Cet ouvrage comprend un total de 13 chapitres. Les deux premiers chapitres posent les assises historiques et épistémologiques sur lesquelles repose l'ouvrage. Le chapitre 1, rédigé par Bilodeau, examine la définition d'un professionnalisme commun. À travers la présentation de positions opposées concernant la place du professionnalisme dans le développement d'une pratique interprofessionnelle, Bilodeau présente un argument pour le développement d'un professionnalisme qui dépasse les frontières disciplinaires et hiérarchiques pour créer une nouvelle définition inclusive et rassembleuse. Dans le chapitre 2, Grenier, Chomienne et Gallien dressent un portrait historique du développement du professionnalisme et de l'interprofessionnalisme dans les soins de santé canadiens. Ils présentent les bienfaits et les défis de la collaboration interprofessionnelle en SSP à travers l'exemple des contextes ontariens et québécois. Le chapitre 3, rédigé par Tremblay, Lalonde et Desroches, porte sur une approche novatrice de formation professionnelle basée sur une approche interdisciplinaire en milieu hospitalier permettant de mieux former les futurs professionnels de SSP œuvrant en milieu franco-ontarien.

Les chapitres 4 à 13 présentent les enjeux et les défis propres à la pratique en SSP, ainsi que des pratiques prometteuses pour le développement professionnel en SSP. Dans le chapitre 4, Rioux-Dubois et Perron présentent les défis liés à l'intégration d'une infirmière praticienne au sein d'une équipe de SSP par l'étude de l'expérience des protagonistes en cause dans une variété de modèles de centres de SSP ontariens. Dans le chapitre 5, Prairie, de Moissac, Schultz et Crooks abordent la même problématique, mais cette fois-ci à travers une analyse de cas en contexte néo-brunswickois.

Au chapitre 6, Richard et Gendron présentent les opportunités et les enjeux liés au développement professionnel des infirmières qui travaillent davantage dans une perspective sociale de la santé, dite « pratique d'interface en contexte de vulnérabilité sociale ».

Dans le chapitre 7, De Pierrepont et Polomeno proposent un argument étayé pour l'inclusion de la sexologie dans une pratique interdisciplinaire de SSP, par l'illustration de la contribution unique de ce champ de profession en périnatalité. Le chapitre 8, rédigé par Giroux, Watt et McManus, propose un modèle pour l'inclusion de diététistes en services de première ligne, en utilisant aussi l'exemple des services de périnatalité. Le chapitre 9, rédigé par Greenman, Gosselin, Barker et Grenier, porte sur le développement professionnel des psychologues œuvrant en SSP. Dans ce chapitre, les auteurs dressent un portrait du développement de la profession de la psychologie et de son intégration au sein des SSP, en présentant des pistes prometteuses pour leur développement professionnel. Le chapitre 10, rédigé par Lebel, Séguin Leclair, Jones, Petricone-Westwood et Tomei, porte sur la gestion des maladies chroniques dans le cadre des SSP, et plus particulièrement sur le rôle du psychologue au sein d'une équipe interdisciplinaire de santé. Appuyées par une recension systématique des écrits, les auteures présentent un argument convaincant pour l'intégration accrue de psychologues dans la gestion de maladies physiques chroniques en SSP. Le chapitre 11, rédigé par Gosselin et Joanisse, propose un canevas utile pour le développement d'une approche intégrative pour la pratique de soins de santé mentale en SSP. À l'aide d'une vignette clinique, les auteures offrent au lecteur un modèle simple, holistique et systématique pour l'évaluation et la préparation de traitement dans un cadre interprofessionnel souple.

Dans le chapitre 12, Joanisse, Asgary-Eden et Gallien présentent une description détaillée des outils existant pour le dépistage de problématiques communes de santé mentale pour la pratique en soins de première ligne, incluant des recommandations utiles sur les pratiques à privilégier. Enfin, le chapitre 13, de Bergeron, Larivière, Sullivan et Kabaroff, présente un énoncé de position de la place du kinésiologue pour la pratique de SSP.

La rédaction de cet ouvrage a nécessité la collaboration d'un nombre important d'auteurs provenant d'une variété de provinces canadiennes et affiliés à des universités canadiennes et internationales. Nous les remercions chaleureusement et tenons à souligner le talent, la créativité, la rigueur et la persévérance de ces spécialistes tout au long du processus de rédaction et d'édition de l'ouvrage. Nous désirons aussi remercier les collègues, cliniciens, chercheurs et étudiants qui nous ont aidés à développer notre réflexion sur le développement professionnel dans les SSP. L'amélioration de la qualité des services de première ligne, ainsi que le développement professionnel continu des spécialistes travaillant en SSP, dépend de ces efforts concertés de recherche et de dissémination des idées, dans un contexte interdisciplinaire inclusif et mobilisé vers le développement de pratiques exemplaires basées sur des données probantes. Nous espérons que la richesse du matériel présenté dans cet ouvrage contribuera à la poursuite de ces réflexions, au développement de nouvelles pratiques et de nouveaux outils d'évaluation et d'intervention, et au développement d'un champ de recherche rigoureux et créatif.

## RÉFÉRENCES

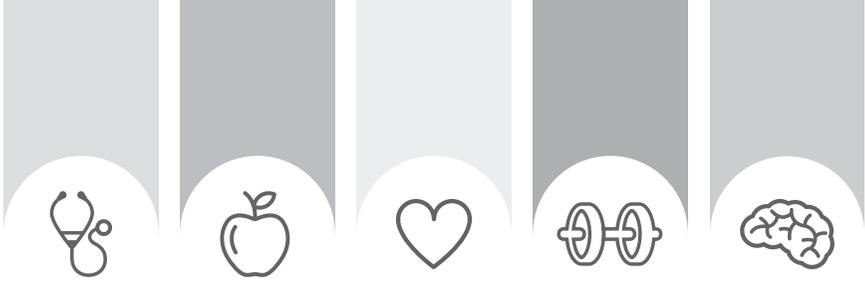
- ELMAN, N.S., ILLFELDER-KAYE, J. et ROBINER, W.N. (2005). Professional development : Training for professionalism as a foundation for competent practice in psychology, *Professional Psychology : Research and Practice*, 36(4), 367-375.
- RAGGI, V.L. (2011). Internship and fellowship experiences : Preparing psychology trainees for effective collaboration with primary care physicians, dans G.M. Kapalka (dir.), *Pediatricians and Pharmacologically Trained Psychologists : Practitioner's Guide to Collaborative Treatment* (p. 249-270). New York : Springer.
- ROMANOW, R.J. (2002). *Building on Values : The Future of Health Care in Canada*, rapport final de la Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa : Queen's Printer.
- SANTÉ CANADA (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Ottawa : Santé Canada, <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ftcollab/2003accord/index-fra.php>>.
- SANTÉ CANADA (2007). *Poser les fondements d'un changement culturel : l'assise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*. Ottawa : Santé Canada, <[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/prim/2006-synth-legacy-fondements-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/prim/2006-synth-legacy-fondements-fra.pdf)>.
- SANTÉ CANADA (2012). *Systèmes de soins de santé : soins de santé primaires*. Ottawa : Santé Canada, <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/index-fra.php>>.
- SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES INTERGOUVERNEMENTALES CANADIENNES (2000). *Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres*. Ottawa : Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, <<http://www.scics.gc.ca/francais/conferences.asp?a=viewdocument&id=1144>>.
- STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY (2002). *The Health of Canadians : The Federal Role. Volume Six - Recommendations for Reform*. Ottawa : Senate of Canada.



# *Partie 1*

**ENJEUX ÉPISTÉMOLOGIQUES  
ET APPROCHES NOVATRICES**





# *Chapitre 1*

## **L'UNION OU LA BALKANISATION, UNE VOIE POUR UN PROFESSIONNALISME COMMUN**

Texte argumentatif sous la forme  
d'une critique épistémologique  
du professionnalisme

---

ANDRÉ BILODEAU

« LE PROFESSIONNALISME EST LA MORT DE L'INTERPROFESSIONNALISME. »

Cette phrase entendue lors de la conférence d'ouverture d'un grand congrès international sur la collaboration interprofessionnelle (*All Together, Better Health*, Linköping, Suède, 2008) est lourde de conséquences pour ceux qui s'intéressent à ce sujet et au professionnalisme. Comment accepter de considérer le fondement du « bon agir » professionnel comme principale cause de l'incapacité d'agir ensemble ? Cette question est le point de départ de la présente réflexion, faisant suite à des lectures, des échanges, des essais et des approfondissements. Il ne s'agit pas ici d'une revue systématique de la littérature mais d'une forme de réflexion éditoriale où les références servent à appuyer ou à expliciter une perspective.

Au cours de ce chapitre, trois positions seront exposées quant à la possibilité qu'une définition du professionnalisme puisse rallier les différentes professions de la santé et faciliter le travail en équipe. Un premier état des lieux concerne l'affirmation initiale de l'incompatibilité entre la promotion du professionnalisme disciplinaire dans le domaine de la santé et la capacité à collaborer entre professionnels. La démarche des auteurs qui défendent cette position sera explicitée. Si elle s'avérait fondée, cette allégation signifierait non seulement que les organisations de santé sont vouées à être des champs de bataille entre les groupes professionnels, mais que les efforts pour développer un meilleur professionnalisme anéantiront progressivement toute capacité à collaborer pour le bien du patient.

La deuxième position est celle d'une fragmentation progressive du professionnalisme. En mettant à l'avant-plan les particularités comportementales des groupes professionnels, on peut appréhender une limitation croissante de la capacité de travailler ensemble. Sans base commune, il deviendrait de plus en plus difficile de répondre aux besoins complexes des patients et de leurs proches qui exigent des actions concertées de la part de l'équipe traitante.

Enfin, et c'est la proposition que je fais, il est possible d'élaborer une vision commune du professionnalisme pour l'ensemble des groupes professionnels en santé. De fait, on peut comprendre que des éléments historiques tout autant que des contextes pratiques, culturels, organisationnels ou réglementaires ont favorisé une multiplication des conceptions et des incarnations particulières du professionnalisme. Toutefois, ces éléments peuvent en même temps reposer sur un terrain commun fort et profond.

## LE REJET DE L'HYPOTHÈSE DE L'OPPOSITION

L'énoncé de l'opposition entre professionnalisme et collaboration interprofessionnelle est si lourd de conséquences dans le domaine de la santé qu'il mérite une réflexion approfondie. La recherche d'une amélioration de la qualité et de la pertinence d'un agir particulier ne peut être fondamentalement en opposition avec une autre action bien-faisante pour le même sujet. Chercher à mieux se comporter envers un patient ou une

clientèle, en tant que médecin, physiothérapeute ou autre intervenant de la santé, est louable, mais n'est pas nécessairement en contradiction avec une meilleure coordination de nos actions à son meilleur profit.

On doit constater que les écrits considérant le professionnalisme disciplinaire comme une embûche à la collaboration interprofessionnelle (DeMatteo et Reeves, 2012 ; Hammer *et al.*, 2012 ; Khalili, Hall et DeLuca, 2014) interpellent presque uniquement le professionnalisme médical. Ces auteurs se concentrent sur l'utilisation plus ou moins abusive des avantages découlant du contrat social accordés aux professions (Cruess, Johnston et Cruess, 2004), que sont le monopole, l'autonomie et l'autorégulation, plutôt que d'aborder les constituants du professionnalisme (Adams, 2011). En fait, cette critique s'adresse plus au corporatisme défini comme « la défense d'intérêts particuliers [...] contre la concurrence pour maintenir ou augmenter les avantages » (*Le Petit Larousse*, 2014).

## LA FRAGMENTATION DE LA CONCEPTION DU PROFESSIONNALISME

Bien qu'il ne permette pas de conclure à une opposition formelle entre professionnalisme et collaboration interprofessionnelle, l'état des réflexions sur le professionnalisme issu de la littérature n'appuie guère mieux la présence d'un terrain commun. Notons d'abord que la plupart des écrits datant des 20 dernières années sont issus du corps médical, les autres groupes professionnels ne s'étant penchés sur le sujet que très récemment. De plus, ils proviennent principalement des programmes de formation professionnelle universitaires. Même si des textes fondateurs (Cruess et Cruess, 1997 ; Swick, 2000) proposaient une vision riche et inclusive du professionnalisme, les travaux subséquents sont majoritairement de type comportementaliste (Aguilar *et al.*, 2012 ; Birden *et al.*, 2014) et motivés par des impératifs éducationnels (Agomo, 2012 ; Burford *et al.*, 2014 ; Cho *et al.*, 2014 ; Martimianakis, Maniate et Hodges, 2009 ; Monrouxe, Rees et Hu, 2011 ; Tsai *et al.*, 2012). Les listes produites pour décrire le professionnalisme comportent des éléments souvent nombreux et de diverse nature. On trouve dans ces listes des éléments tels que l'apparence physique, la politesse, la conscience de soi, l'hygiène personnelle, le calme, l'honnêteté et le souci du coût des tests diagnostiques (Green, Zick et Makoul, 2009 ; Cho *et al.*, 2014 ; Lombarts *et al.*, 2014 ; Rhodes *et al.*, 2012). Si, dans la plupart des cas, cette approche comportementaliste vise à faciliter la formulation d'objectifs pédagogiques et de grilles d'évaluation, chez certains, elle est élevée au niveau d'impératif absolu (Çelik et Hisar, 2012).

À l'opposé, une critique de l'approche comportementale a récemment été développée et s'exprime, au plan pragmatique, par cette analogie : un acteur peut bien démontrer les attributs comportementaux du psychopathe sans en être devenu un (Hutchings *et al.*, 2012). D'autres font remarquer qu'un comportement approprié dans un contexte peut ne pas l'être dans un autre (Aguilar *et al.*, 2012 ; Birden *et al.*, 2014 ; Burford *et al.*, 2014 ; Martimianakis, Maniate et Hodges, 2009). Une

première formulation puissante de cette opposition vient d'auteurs fortement influencés par une compréhension sociologique des normes comportementales, comme celle de Martimianakis, Maniate et Hodges (2009) :

Notre but dans cet article est de démontrer les multiples dimensions du professionnalisme et que, loin d'être composé d'une simple liste de comportements, d'habillement et d'attitudes appropriés, *professionnalisme* est un terme extrêmement chargé en termes de valeurs et comportant des attentes sociétales, historiques et contextuelles (p. 830 ; traduction libre).

Une perspective plus épistémologique du professionnalisme est énoncée par Brown et Ferrill (2009) :

Les définitions courantes du professionnalisme, consistant le plus souvent en des listes de traits comportementaux, ne peuvent adéquatement refléter la profondeur de la dynamique personnelle et interpersonnelle qui existe à l'intérieur des relations professionnelles (p. 3 ; traduction libre).

Les différents éléments relevés ci-dessus expliquent en grande partie pourquoi l'approche d'une définition du professionnalisme basée sur des listes de comportements observables conduit à une multiplication de listes qui diffèrent passablement et à plusieurs mises en priorité des éléments contenus. Il en ressort la perception d'une multiplication à l'infini des définitions du professionnalisme (Aguilar *et al.*, 2012 ; Hammer *et al.*, 2012 ; Lombarts *et al.*, 2014 ; Rhodes *et al.*, 2012). Ce constat est perceptible aussi bien chez les étudiants que chez les praticiens des différents domaines de la santé. Cette division ou balkanisation de la conception du professionnalisme ne se limite pas aux frontières professionnelles : l'incidence des contextes et des cultures sociales ou professionnelles pourrait amener la fragmentation de sa définition au sein même d'une profession. Les spécialistes des soins de première ligne (anesthésie, médecine d'urgence et chirurgie) valorisent essentiellement la compétence clinique et la moralité de leurs gestes comme composantes principales du professionnalisme, alors que les médecins des soins continus (médecine interne et psychiatrie) privilégient la relation avec les patients et les habiletés en matière de communication (Garfield *et al.*, 2009).

Finalement, on semble se retrouver avec un résultat qui va à l'encontre de l'objectif recherché par cette approche, soit de faciliter la vie des éducateurs. Comme le disent Birden *et al.* (2014) :

Si l'on définit le professionnalisme comme un ensemble d'attributs ou de comportements, il est facile de développer des méthodes d'enseignement et d'évaluation à son sujet. Le danger est qu'au lieu d'outils pratiques et nuancés, le résultat devienne un ensemble de mots convenus que personne ne contestera ni ne trouvera informatifs (p. 5 ; traduction libre).

## VERS UNE DÉFINITION COMMUNE DU PROFESSIONNALISME

En fait, on constate qu'on s'est plus appliqué, dans ces listes de comportements attendus, à décrire les expressions du professionnalisme qu'à en définir la nature. Associant le professionnalisme à d'autres courants de la pensée et de l'éthos humain et dans une dimension plus épistémologique, je propose de définir le professionnalisme comme « un construit abstrait dans lequel il y a codification et normalisation de l'agir propre à un professionnel ». C'est l'option qu'a choisie Legault (1999), philosophe des professions, qui propose une définition s'appliquant à toutes les professions et que soutiennent plusieurs auteurs s'intéressant à la médecine (Hilton et Slotnick, 2005 ; Martimianakis, Maniate et Hodges, 2009), à la pharmacie (Brown et Ferrill, 2009), aux soins paramédicaux, à l'ergothérapie et la podiatrie (Aguilar *et al.*, 2012 ; Burford *et al.*, 2014) ou aux soins infirmiers (Hutchings *et al.*, 2012). Ces auteurs reconnaissent une certaine complémentarité entre une approche nuancée et adaptative du professionnalisme et une approche plus détaillée faite de listes de comportements comme le disent Monrouxe *et al.* (2011) : « Les multiples discours sur le professionnalisme peuvent servir de source pour une nouvelle compréhension qui puisse donner une voie plus riche afin de saisir les conceptualisations fragmentées du professionnalisme » (p. 587 ; traduction libre).

Ce retour aux sources de la réflexion sur le professionnalisme dans sa forme la plus philosophique est non seulement une exigence pratique (Birden *et al.*, 2014 ; Hilton et Slotnick, 2005 ; Khalili, Hall et DeLuca, 2014 ; Swick, 2000), mais aussi un impératif éducatif (Hilton et Slotnick, 2005 ; Khalili, Hall et DeLuca, 2014). En fait pour bien comprendre leurs liens, il faut faire la comparaison avec l'humanisme (Birden *et al.*, 2014) dont il est essentiel de bien comprendre les fondements philosophiques pour saisir ses multiples incarnations possibles. La philosophie propose la notion d'éthos comme lien entre la notion abstraite de valeur et le caractère pratique et observable des comportements. L'éthos réfère au concept de mœurs professionnelles qui se basent sur un ensemble de valeurs et qui dictent dans des circonstances comparables des comportements se ressemblant (Legault, 1999). En faisant une association entre l'ensemble des attributs comportementaux et l'éthos les appuyant, on peut développer cette analogie proposée par Van Mook *et al.* (2009, cité dans Birden *et al.*, 2014), qui explique bien les liens essentiels entre ces deux perspectives : « Comme la lumière peut être décrite autant comme une onde ou une particule, le professionnalisme peut être décrit autant comme un éthos ou un ensemble d'attributs devant être maîtrisés » (p. 57 ; traduction libre).

En utilisant l'approche de l'éthos, on évite de se limiter aux conditions propres à une profession, à un contexte clinique ou à une discipline particulière et on peut alors pouvoir entrevoir une définition suffisamment large, apte à fédérer toutes les professions de la santé tout en étant assez circonscrite pour s'y appliquer spécifiquement. On doit également ne pas confondre cet effort d'une définition large et inclusive avec ce qui

semble être le « professionnalisme de la relation interprofessionnelle », sorte de civisme qui devrait exister entre les individus appelés à entrer en collaboration (DeMatteo et Reeves, 2012 ; Hammer *et al.*, 2012).

À ce niveau, on peut formuler une définition simple mais capable de servir de test à l'évaluation particulière des comportements et des attributs propres à des groupes professionnels. Elle comporte trois éléments : 1) une finalité : gagner la confiance du patient et de la société ; 2) une nature : la relation fiduciaire ; et 3) une modalité essentielle : la compassion.

## *La confiance*

En ce qui concerne la question de la confiance comme finalité, Arrow (1963) pose, dans un article qui est considéré aujourd'hui comme le fondement de la justification économique de l'intervention de l'État en matière de soins de santé, les éléments fondamentaux qui seront repris plus tard par les auteurs qui présentent le professionnalisme comme un contrat social (Hilton et Slotnick, 2005 ; Swick, 2000). Tout d'abord, il existe une disproportion de moyens entre le patient et le corps soignant : médecin, infirmière ou autre clinicien. Admettons que le patient se trouve en situation de grande vulnérabilité parce qu'il se sent menacé dans son intégrité physique. Il est accablé par l'anxiété, l'inconnu, l'imprévisibilité de l'issue. Il doit s'en remettre à des étrangers pour lui venir en aide. Il devra se laisser toucher, souvent dénudé. On lui proposera des solutions comportant une part non négligeable de risques, qu'ils soient associés à la prise d'un médicament ou à une intervention chirurgicale. Dans certains cas, ces traitements le placeront momentanément dans un état encore plus diminué, comme lors d'une anesthésie générale ou d'un séjour aux soins intensifs lorsqu'il sera branché sur un respirateur. Et dans ces circonstances, que ce soit par manque de connaissances ou par diminution de ses capacités de les utiliser à plein escient, le patient ne sera pas en mesure d'évaluer justement la pertinence, la qualité intrinsèque et encore moins la probabilité des résultats des soins qui lui seront offerts. Sa seule garantie, sinon son seul espoir, réside dans la confiance qu'il a envers ces personnes dont il ne connaît souvent rien. Il doit se résoudre, le plus souvent, à croire en la justesse des titres, des diplômes et des permis de pratique délivrés par les organismes de contrôle des professions.

Cette confiance, d'un patient envers son infirmière ou son chirurgien, s'appuie sur celle de la société envers les professions. Elle est nécessaire pour l'un et pour l'autre et assure la pleine collaboration des patients. Si elle est au cœur de toute relation professionnelle (Legault, 1999), la confiance est vitale en ce qui concerne les soins de santé (Hashimoto *et al.*, 2014).

En considérant la confiance d'un patient en particulier, et de la société en général, je propose ainsi le premier test pour évaluer le caractère professionnel d'un comportement, quel qu'il soit. Au sujet des tenues vestimentaires, celles qu'adoptent l'infirmière de l'unité

de soins, le physiothérapeute de la clinique de réadaptation externe ou le médecin de famille seront possiblement différentes, mais toutes devront chercher à susciter le plus possible cette confiance. Pour ce qui est du ton de la voix, du vocabulaire, de l'attitude physique, de la ponctualité, voire de l'utilisation de l'humour, des comportements différents pourront être justifiés selon les circonstances, le milieu ou la culture, mais toujours répondre au même impératif. Susciter la confiance des patients et du public concerne les professionnels dans leurs comportements, les équipes dans leur capacité à collaborer de même que les ordres professionnels et les syndicats.

Qui plus est, la confiance n'est jamais une chose acquise une fois pour toutes, ni une question de tout ou rien. C'est alors une manière de voir le professionnalisme non pas comme une dichotomie entre ce qui est professionnel et ce qui ne l'est pas, mais comme un appel à évoluer constamment comme professionnel pour créer, maintenir et intensifier cette relation de confiance qui fait que le patient peut s'engager le plus sereinement possible dans la relation de soin. Et attention, gagner la confiance n'est pas une affaire de gentillesse ni de belle présentation. Le fondement essentiel de la confiance du patient et du public est basé sur les compétences démontrées des professionnels (Cruss, Johnston et Cruss, 2004 ; Hashimoto *et al.*, 2014 ; Legault, 1999). Comme le disait un ancien président du Collège des médecins du Québec lors d'une communication personnelle : « *La relation de confiance, sans la compétence, est du charlatanisme !* »

### *La relation fiduciaire*

Si la confiance du patient et du public constitue la finalité du professionnalisme, elle détermine alors la nature de la relation entre le soignant et le soigné. Les mots qui reviennent le plus souvent pour qualifier cette condition – *service, altruisme, intégrité, responsabilité* – font tous référence à une vertu par laquelle les professionnels de la santé subordonnent leurs intérêts propres à ceux des patients et s'en trouvent redevables devant les patients eux-mêmes, les organisations de santé et les organisations professionnelles (Birden *et al.*, 2014 ; Newsome et Langley, 2014 ; Swick, 2000 ; College of Physicians and Surgeons of Ontario – CPSO, 2007). Pour mieux rendre compte de cet ensemble, je propose la notion plus englobante et riche de la « relation fiduciaire ». Cette notion a d'abord existé dans le monde du droit et de la finance, faisant référence à la responsabilité des fiduciaires envers leurs clients ou à celle des tuteurs envers leurs pupilles. Cette notion a récemment été reprise pour la relation professionnelle en santé (Brown et Ferrill, 2009 ; Hilton et Slotnick, 2005). Elle est très riche autant par ses fondements que par ses conséquences et fait écho à la question de la confiance. Expliquant les applications de cette notion de relation fiduciaire tirée de Zlatic pour la pharmacie et de Hafferty pour la médecine, Brown et Ferrill (2009) la définissent ainsi : « La relation fiduciaire [est] une relation de "foi" et une relation d'alliance, dans laquelle le fiduciaire fournit une expertise spéciale au bénéfice du bénéficiaire, et le bénéficiaire, en retour, place sa confiance dans le fiduciaire » (p. 2 ; traduction libre).

Les deux auteurs poursuivent en disant que « la fondation de la relation fiduciaire n'est pas seulement de servir les besoins d'une autre personne par sa propre expertise, mais de placer le bien-être de l'autre au-dessus de son propre bien-être » (p. 3 ; traduction libre). Cette nature fiduciaire de la relation entre un professionnel et son client recoupe largement les multiples qualificatifs qu'on voit souvent utilisés tout en leur attribuant une interprétation plus englobante. D'une part, elle sert d'assise à la confiance que le patient place en son soignant et, d'autre part, elle exige de ce professionnel qu'il se questionne sur ses motivations profondes. Il faut toujours chercher le véritable bien-être du patient et pouvoir en répondre devant quiconque nous questionne à ce propos. Cette notion inclut celle de l'altruisme et du service, mais également celles de l'imputabilité, du devoir, de l'honnêteté, de l'intégrité et du dévouement qu'on retrouve souvent dans les descriptions des « valeurs » professionnelles ou organisationnelles dans le monde de la santé. Reste à préciser ce qui est le mieux pour le bien-être du patient. C'est alors qu'il faut associer à cette notion de relation fiduciaire, les valeurs d'autonomie et d'autodétermination, de bienveillance et de non-malveillance, et de participation active du patient dans le processus de prise de décisions.

On peut percevoir une possible contradiction entre la volonté d'habiliter le patient et le déséquilibre des moyens énoncé précédemment. Le patient qui est dans une situation d'appréciation limitée concernant ses options thérapeutiques, et ce, en raison de son état de santé, d'un manque de connaissances ou de composantes émotives, peut-il jouer un rôle actif important dans la détermination de ce qui est le mieux pour son bien-être ? La nature fiduciaire intervient encore une fois pour donner aux professionnels de la santé la responsabilité de mettre tous les moyens possibles en place pour connaître son projet de vie (Legault, 1999). Voilà donc posé le deuxième élément, soit la nature du professionnalisme de la définition « large » proposée.

### *La compassion*

Le dernier élément, la compassion, est la modalité essentielle. Elle répond à deux impératifs. D'une part, au plan pratique, elle se montre le moyen le plus efficace d'établir la relation de confiance pour arriver justement à connaître en profondeur le projet de vie du patient, en donnant accès aux différentes dimensions de son vécu : ses émotions, ses attentes, ses idées et leur incidence sur son fonctionnement (Stewart *et al.*, 2003). D'autre part, de façon plus fondamentale, elle caractérise la manière propre aux professionnels de la santé d'assumer la relation fiduciaire tout en atténuant le risque de domination qui lui est intrinsèque en faisant référence à une attitude particulière du cœur.

Une fois cette affirmation faite, il faut noter une étrangeté remarquable au sujet de la compassion dans les écrits sur le professionnalisme. Sans avoir fait une recension sur ce sujet particulier, j'ai remarqué que les écrits de nature plus scientifique sur le professionnalisme en parlent peu ou pas, sinon pour l'inclure dans la liste des attitudes

à favoriser (Brown et Ferrill, 2009 ; Cruess et Cruess, 1997 ; Hilton et Slotnick, 2005 ; Newsome et Langley, 2014 ; Swick, 2000). Plus les articles démontrent une intention pragmatiquement éducative ou évaluative, moins ils sont loquaces sur ce sujet. Ceci peut s'expliquer en partie du fait que la compassion n'est pas de nature comportementale, principale préoccupation de ces écrits.

À l'opposé, et c'est là l'étrangeté du sujet, le thème de la compassion est prédominant dans les écrits institutionnels comme dans les documents des ordres professionnels au Québec, en Ontario, ailleurs au Canada (Canadian Nurses Association, 2008 ; CPSO, 2007 ; College of Psychologists of Ontario – CPO, 2014 ; Frank, 2005 ; NHS Commissioning Board, 2012) ou même dans les autres pays occidentaux. En fait, on y retrouve encore plus souvent des textes portant sur la compassion ! L'occurrence est encore plus grande dans les énoncés de valeurs de la majorité des organisations de santé. Un rapide tour des sites Web institutionnels de ces organisations le démontre clairement. Mais là encore, ce terme se trouve souvent comme un élément d'une liste sans trop d'explications sur sa signification, sans définition claire ou sans avoir décrit précisément les comportements en découlant.

Ce tour d'horizon me permet d'affirmer que la plupart des professionnels de la santé et des organisations les regroupant s'accordent pour attribuer une importance certaine à la compassion dans les soins aux patients, même s'ils ne donnent que peu de précisions à ce sujet. Elle constitue donc un autre point d'ancrage commun du rôle professionnel et est une excellente candidate comme élément d'une définition commune du professionnalisme en santé.

Dans cette optique, il reste essentiel de donner une définition élémentaire à la compassion pour mieux comprendre pourquoi je propose la compassion comme troisième élément du professionnalisme commun en santé et comment il répond aux impératifs énoncés précédemment. L'approche qui semble la plus prometteuse pour appuyer le professionnalisme en santé tout en évitant les dérives souvent évoquées dans les écrits sur l'usure de compassion, situe la compassion moins dans la perspective des émotions et des sentiments (Newsome et Langley, 2014) que dans celle d'une ouverture à l'autre, à son vécu et à ses émotions, ouverture qui permet au soignant de mieux saisir et comprendre la position personnelle du patient. On peut l'interpréter comme la capacité de reconnaître le monde intérieur du patient (Hétu, 1982) ou celle de pouvoir faire taire notre monologue intérieur, c'est-à-dire nos propres préoccupations, jugements et préférences, pour augmenter notre capacité à recevoir et à considérer le récit personnel du patient, capacité qui est également appelée « écoute active » (Cormier, 2006). Plus prosaïquement, je propose d'adopter pour cette discussion la définition suivante : « La compassion est définie comme une conscience profonde de la souffrance de l'autre associée à un véritable désir de la soulager » (CPSO, 2007, p. 8). Afin de dépasser les seules situations

où le patient se trouve atteint d'un mal, pour y inclure également l'ensemble des interactions préventives et de suivi, cet énoncé peut être corrigé en parlant d'une conscience profonde de la vulnérabilité et du vécu de l'autre associée à un véritable désir de l'aider.

Dans cette perspective, la compassion est un outil puissant pour avoir accès au projet de vie du patient puisque cette attitude et les comportements qui y sont associés ouvrent les voies de la communication et du partenariat (Brown et Ferrill, 2009). On peut ainsi mieux ajuster non seulement les comportements propres à chaque professionnel, mais aussi les modalités d'interaction de l'équipe pour assumer le plus complètement possible notre obligation fiduciaire. Plus cette connexion est forte, plus la pleine conscience du vécu du patient est intégrée, plus notre intervention se fera à son seul et juste bénéfice. C'est alors que la compassion véritable s'érige en protecteur du patient dans cette relation déséquilibrée au plan du pouvoir et du savoir. Plus la conscience du vécu du patient de la part du professionnel est forte et la volonté d'aider véritable, plus sa vulnérabilité devient l'objet des soins attentionnés plutôt que celui d'un possible abus ou d'une négligence.

La définition proposée de la compassion peut paraître étrange à certains égards. Il ne s'agit pas d'une définition respectant les règles classiques des dictionnaires ou la majorité des écrits et qui s'énonce comme une phrase bien construite. Il s'agit plus d'une analyse de dimensions interreliées pouvant servir de base à une réflexion commune des professionnels de la santé sur la qualité de leur agir professionnel, personnel et, possiblement, de leur agir commun. Trois éléments qui se soutiennent l'un l'autre : un but, créer la confiance ; une nature, la relation fiduciaire et une attitude essentielle propre au domaine des soins de santé, la compassion.

Ce cadre devrait inviter chacun à se questionner. Premièrement, sur les comportements qui favorisent la création de la confiance optimale du patient envers le soignant. Sa tenue, son ton, le vocabulaire choisi, l'attitude corporelle, le temps imparti et même l'environnement physique et organisationnel y sont-ils favorables ?

Deuxièmement, la réflexion devrait porter sur les intentions, les gestes et les attitudes qui démontrent une véritable prise en charge de la nature fiduciaire. Il s'agit plus alors d'une introspection quant à ses intentions. Le bien-être global du patient est-il le véritable moteur de l'action et des décisions du professionnel ? Maîtrise-t-il une juste compréhension du projet de vie du patient devant lui pour choisir les approches les mieux adaptées, les plus judicieuses pour répondre à ses attentes et respecter ses limites ? La communication entre les professionnels facilite-t-elle le développement par l'équipe d'une juste compréhension de ce qui est le mieux pour le bien-être du patient ?

La dernière question que doit se poser le professionnel de la santé concerne son état d'être lors de l'établissement de la relation avec le patient et durant celle-ci. Est-il dans un véritable état d'écoute et d'ouverture face au vécu, à la souffrance et à la vulnérabilité du patient ? En tire-t-il une compréhension riche capable d'orienter sa manière

d'intervenir et surtout, la démontre-t-il clairement au patient ? Son attitude et l'ensemble de ses comportements transparent-ils la bienveillance et le véritable désir d'aider qui devrait caractériser son agir professionnel ?

Cette définition est une sorte de prisme par lequel je crois que chacun – infirmière, psychologue, pharmacien, ergothérapeute, sexologue, médecin, dentiste, diététiste, kinésologue ou autre – peut apprécier son professionnalisme. Un objet d'autoévaluation, d'autoréflexion et de croissance comme professionnel. Pour en mesurer pleinement le potentiel, elle devra faire l'objet de mises à l'essai tant dans les programmes de formation que dans les milieux cliniques et son mérite devra être validé par des recherches attentives. Elle s'en trouvera ainsi enrichie.

Toute tentative de collaboration demande un effort de décentration de la part des individus engagés dans le travail en commun. La même exigence se pose aux professions de la santé et à leurs membres pour trouver un terrain commun qui définisse le bon agir professionnel. Cet effort demande que chacun s'élève au-dessus des contingences historiques et organisationnelles, qu'il accepte de chercher un dénominateur commun et qu'il s'engage dans un dialogue sincère sur les composantes d'une nouvelle définition du professionnalisme. Grâce à cet effort, il pourra devenir évident que non seulement le professionnalisme ne sera pas la mort de la collaboration, mais qu'il constituera sa plus solide assise.

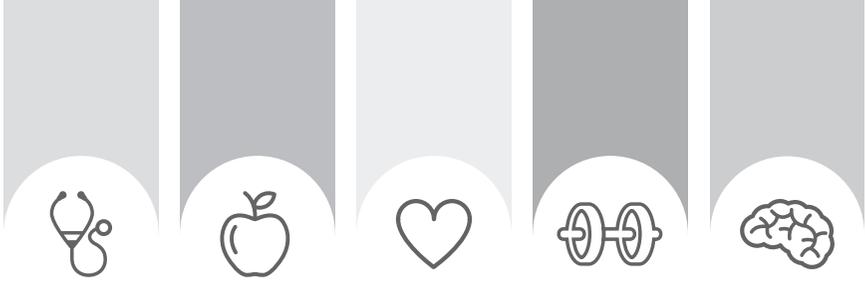
## RÉFÉRENCES

- ADAMS, R. (2011). Exploring dual professional identities, the role of the nurse tutor in higher education in the UK : Role complexity and tensions, *Journal of Advanced Nursing*, 67, 884-892. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05519.x.
- AGOMO, C.O. (2012). Why UK pharmacy must adapt to the increasing demands of professionalism in practice, *The International Journal of Pharmacy Practice*, 20, 320-323. doi : 10.1111/j.2042-7174.2012.00200.x.
- AGUILAR, A., STUPANS, I., SCUTTER, S. et KING, S. (2012). Exploring professionalism: The professional values of Australian occupational therapists, *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 209-217. doi : 10.1111/j.1440-1630.2012.00996.x.
- ARROW, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, 53, 941-973.
- BIRDEN, H., GLASS, N., WILSON, I., HARRISON, M., USHERWOOD, T. et NASS, D. (2014). Defining professionalism in medical education : A systematic review, *Medical Teacher*, 36, 47-61. doi : 10.3109/0142159X.2014.850154.
- BROWN, D. et FERRILL, M.J. (2009). The taxonomy of professionalism: Reframing the academic pursuit of professional development, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720364/>>.
- BURFORD, B., MORROW, G., ROTHWELL, C., CARTER, M. et ILLING, J. (2014). Professionalism education should reflect reality: Findings from three health professions, *Medical Education*, 48, 361-374. doi : 10.1111/medu.12368.

- CANADIAN NURSES ASSOCIATION (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Ottawa : Canadian Nurses Association.
- ÇELİK, S. et HISAR, F. (2012). The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction, *International Journal of Nursing Practice*, 18, 180-187. doi : 10.1111/j.1440-172X.2012.02019.x.
- CHO, C.S., DELGADO, E.M., BARG, F.K. et POSNER, J.C. (2014). Resident perspectives on professionalism lack common consensus, *Annals of Emergency Medicine*, 63, 61-67. doi : 10.1016/j.annemergmed.2013.07.493.
- COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO – CPSO (2007). *The Practice Guide : Medical Professionalism and College Policies*. Toronto : CPSO, <[http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guides/PracticeGuideExtract\\_08.pdf](http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guides/PracticeGuideExtract_08.pdf)>.
- COLLEGE OF PSYCHOLOGISTS OF ONTARIO – CPO (2014). *Information for Consideration by Members Providing Psychological Services in the Context of Child Custody Disputes and Child Protection Proceedings*. Toronto : CPO, <<http://www.cpo.on.ca/Resources.aspx>>.
- CORMIER, S. (2006). *La communication et la gestion*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- CRUESS, R.L. et CRUESS, S.R. (1997). Teaching medicine as a profession in the service of healing, *Academic Medicine*, 72(11), 941-952.
- CRUESS, S.R., JOHNSTON, S. et CRUESS, R.L. (2004). "Profession" : A working definition for medical educators, *Teaching and Learning in Medicine*, 16, 74-76. doi : 10.1207/s15328015tlm1601\_15.
- DEMATTEO, D.J. et REEVES, S. (2012). Introducing first year students to interprofessionalism. Exploring professional identity in the "enterprise culture" : A Foucauldian analysis, *Journal of Interprofessional Care*, 27, 27-33. doi : 10.3109/13561820.2012.715098.
- DURAND, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*. Anjou : Fides.
- FRANK, J.R. (DIR.) (2005). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better Standards. Better Physicians. Better Care*. Ottawa : The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- GARFIELD, J.M., GARFIELD, F.B., HEVELONE, N.D., BHATTACHARYYA, N., DEDRICK, D.F., ASHLEY, S.W. et MITANI, A.A. (2009). Doctors in acute and longitudinal care specialties emphasise different professional attributes : Implications for training programmes, *Medical Education*, 43, 749-756. doi : 10.1111/j.1365-2923.2009.03411.x.
- GREEN, M., ZICK, A. et MAKOUL, G. (2009). Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses, *Academic Medicine*, 84(5), 566-573.
- HAMMER, D., ANDERSON, M.B., BRUNSON, W.D., GRUS, C., HEUN, L., HOLTMAN, M. et FROST, J.G. (2012). Defining and measuring construct of interprofessional professionalism, *Journal of Allied Health*, 41(2), 49E-53E.
- HASHIMOTO, B.E., KASALES, C., WALL, D., MCDOWELL, J., LEE, M. et HAMPER, U.M. (2014). Teaching ultrasound professionalism, *Ultrasound Quarterly*, 30, 91-95. doi : 10.1097/RUQ.0000000000000063.
- HÉTU, J.L. (1982). *La relation d'aide : guide d'initiation et de perfectionnement*. Ottawa : Éditions du Méridien.
- HILTON, S.R. et SLOTNICK, H.B. (2005). Proto-professionalism : How professionalisation occurs across the continuum of medical education, *Medical Education*, 39, 58-65. doi : 10.1111/j.1365-2929.2004.02033.x.

- HO, M.-J., YU, K.-H., HIRSH, D., HUANG, T.-S. et YANG, P.-C. (2011). Does one size fit all ? Building a framework for medical professionalism, *Academic Medicine*, 86, 1407-1414. doi : 10.1097/ACM.0b013e31823059d1.
- HUTCHINGS, H., RAPPORT, F., WRIGHT, S., DOEL, M. et JONES, A. (2012). Obtaining consensus about patient-centred professionalism in community nursing: Nominal group work activity with professionals and the public, *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2429-2442. doi : 10.1111/j.1365-2648.2011.05938.x.
- KHALILI, H., HALL, J. et DELUCA, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice, *Journal of Interprofessional Care*, 28, 92-97. doi : 10.3109/13561820.2013.869197.
- LEGAULT, G.A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- LE PETIT LAROUSSE (2014). Paris : Larousse.
- LOMBARTS, K.M., PLOCHG, T., THOMPSON, C.A. et ARAH, O.A., avec la collaboration du DUQUE PROJECT CONSORTIUM (2014). Measuring professionalism in medicine and nursing: Results of a European survey, *PLoS ONE*, 9, e97069. doi : 10.1371/journal.pone.0097069.
- MARTIMIANAKIS, M.A., MANIATE, J.M. et HODGES, B.D. (2009). Sociological interpretations of professionalism, *Medical Education*, 43, 829-837. doi : 10.1111/j.1365-2923.2009.03408.x.
- MONROUXE, L.V., REES, C.E. et HU, W. (2011). Differences in medical students' explicit discourses of professionalism: Acting, representing, becoming, *Medical Education*, 45, 585-602. doi : 10.1111/j.1365-2923.2010.03878.x.
- NEWSOME, P.R.H. et LANGLEY, P.P. (2014). Professionalism, then and now, *British Dental Journal*, 216, 497-502. doi : 10.1038/sj.bdj.2014.355.
- NHS COMMISSIONING BOARD (2012). *Compassion in Practice, Nursing, Midwifery and Care Staff: Our Vision and Strategy*. Leeds : NHS England.
- RHODES, M.K., SCHUTT, M.S., LANGHAM, G.W. et BILOTTA, D.E. (2012). The journey to nursing professionalism : A learner-centered approach, *Nursing Education Perspectives*, 33, 27-29. doi : 10.5480/1536-5026-33.1.27.
- STEWART, M., BROWN, J., WESTON, W., MCWHINNEY, I., MCWILLIAM, C. et FREEMAN, T. (DIR.) (2003). *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Oxon : Radcliffe Medical Press.
- SWICK, H.M. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism, *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(6), 612-616.
- TSAL, S.-L., HO, M.-J., HIRSH, D. et KERN, D.E. (2012). Defiance, compliance, or alliance ? How we developed a medical professionalism curriculum that deliberately connects to cultural context, *Medical Teacher*, 34, 614-617. doi : 10.3109/0142159X.2012.684913.
- VAN MOOK, W.N.K.A., VAN LUIJK, S.J., O'SULLIVAN, H., WASS, V., HARM ZWAVELING, J., SCHUWIRTH, L.W. et VAN DER VLEUTEN, C.P.M. (2009). The concepts of professionalism and professional behaviour : Conflicts in both definition and learning outcomes, *European Journal of Internal Medicine*, 20, e85-e89. doi : 10.1016/j.ejim.2008.10.006.
- VILLEMAIRE, A. (2005). Une stratégie d'enseignement pour favoriser le développement d'un sens de l'éthique, *Pratiques pédagogiques*, 18(4), 21-26.
- WIKIPÉDIA (S. D.). Corporatisme, *Wikipédia*, <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Corporatisme>>.





# *Chapitre 2*

## **LE DÉVELOPPEMENT D'UN INTERPROFESSIONNALISME**

L'exemple de l'intégration de services  
de santé mentale en soins de santé primaires

---

JEAN GRENIER  
MARIE-HÉLÈNE CHOMIENNE  
MONIC GALLIEN

ON NE PEUT PARLER D'INTERPROFESSIONNALISME SANS PARLER DE professionnalisme. Nous présenterons donc en premier lieu une vue d'ensemble du contexte de l'émergence du professionnalisme sur le marché du travail vers la fin du XX<sup>e</sup> siècle pour mieux saisir les concepts du professionnalisme et de l'interprofessionnalisme tels que nous les connaissons actuellement. Des exemples concrets d'initiatives interprofessionnelles en soins de santé seront présentés, incluant notamment un exemple où le développement d'une pratique clinique interprofessionnelle s'est avéré un défi et un autre où la pratique interprofessionnelle s'est installée de manière plutôt naturelle. Nous verrons dans ce chapitre que l'interprofessionnalisme, qui englobe la pratique interprofessionnelle et la formation à la pratique interprofessionnelle, repose sur des attitudes (savoir-faire/savoir-être), des connaissances claires des champs de pratique, ainsi que sur la capacité d'agir avec jugement dans des circonstances variées et souvent peu définies. Nous verrons qu'une pratique interprofessionnelle réussie s'appuie sur les valeurs mêmes du professionnalisme.

## LE PROFESSIONNALISME

Bien qu'il soit facile de trouver une simple définition du terme *professionnalisme*, il n'en est pas tout à fait de même pour une définition du « concept » qu'est le « professionnalisme ». Le terme lui-même est défini dans le Larousse (2015) comme la « qualité de quelqu'un qui exerce une activité avec une grande compétence » ou un « état, statut de quelqu'un qui exerce une activité, un métier en tant que professionnel expérimenté ». *Wikipédia* (2015) note que le professionnalisme caractérise la qualité du travail de quelqu'un ayant de l'expérience, mais aussi représente « la capacité à assurer un engagement envers la société et à répondre à ses attentes ».

D'un point de vue sociétal très large, on voit dans ces définitions rudimentaires des éléments qui évoquent la notion d'une exigence du monde du travail : l'attente que chacun exerce son travail, sa profession, avec sérieux, rigueur, compétence. Boussard, Demazière et Milburn (2010) notent qu'il n'est pas facile de saisir le sens de ce terme : le professionnalisme ne renvoie pas seulement à la notion de travailleur qualifié, expert, autonome, porteur des valeurs d'engagement et de responsabilité sociale ; il désigne aussi un ensemble d'attentes imposées de l'extérieur. Le professionnalisme ne fait pas non plus seulement référence à une éthique professionnelle (tant individuelle que collective), il est aussi l'expression de normes organisationnelles applicables à tout travailleur, quelle que soit son expertise. Evetts (2003) parle de professionnalisme *from within*, c'est-à-dire défini et contrôlé par les travailleurs eux-mêmes et d'un professionnalisme *from above*, c'est-à-dire exigé par les organisations ou clients qui bénéficient de l'expertise du travailleur.

On retrouve dans les domaines de la sociologie et du management les facteurs socioéconomiques qui expliquent l'émergence de l'importance du professionnalisme. La notion de professionnalisme se serait développée, entre autres, dans un contexte de crise de l'emploi et de concurrence accrue sur le marché du travail (Le Boterf, 2002). Dans les années 1970, on fait référence à la notion de qualifications. Dans les années 1980, c'est le concept de compétences qui prévaut ; les entreprises se penchent alors sur le savoir-faire et le savoir-être, l'esprit d'initiative, la capacité à s'adapter, à répondre aux exigences d'innovations perpétuelles, et à se mettre en situation d'apprentissage continu (Le Boterf, 2002). Ainsi, le professionnalisme commence à se définir. On met désormais l'accent non plus sur l'exécution de tâches et de techniques, mais sur les capacités à gérer des situations complexes, à savoir agir avec pertinence, à faire preuve de jugement, à savoir interpréter, à savoir quoi faire, quand le faire et pourquoi le faire, à affronter l'imprévu et le changement permanent, à savoir faire face à des situations professionnelles évolutives et peu définies (Le Boterf, 2002). En résumé, selon Le Boterf (2002), outre les qualifications propres à son métier, le professionnel se définit par sa capacité à :

- 1) mobiliser ses connaissances au profit de situations changeantes ;
- 2) inclure la relation client et une communauté de valeurs ;
- 3) suivre les règles professionnelles, le savoir-être et le savoir-faire ;
- 4) définir son identité professionnelle non seulement par son champ de compétences, mais en mettant en œuvre son répertoire complet de ressources propres à sa personnalité.

## LE PROFESSIONNALISME EN SANTÉ

Les assises du professionnalisme en santé remontent à la naissance de la profession médicale et reposent en grande partie sur les travaux d'Hippocrate (460-377 av. J.-C.) qui énoncent deux grands principes : l'observation rigoureuse des faits et une morale irréprochable au service du prochain (Miles, 2004). Ceci souligne dès lors la particularité de la profession médicale où s'allient expertise scientifique et éthique professionnelle, une particularité qui s'étendra éventuellement à d'autres professions, comme la psychologie.

Aujourd'hui, les utilisateurs de services et leur famille s'attendent à interagir avec des professionnels qui sont à la fois compétents dans leur domaine, respectueux, qui communiquent clairement et qui sont intègres. Plus que jamais, les professionnels de la santé sont susceptibles d'être évalués selon leur professionnalisme ou leur « manque » de professionnalisme.

En 2011, le Health and Care Professions Council du Royaume-Uni a mené une étude visant à établir ce que le mot *professionnalisme* veut dire. On a créé des groupes de discussion comprenant des étudiants, des éducateurs et des professionnels de la santé de trois professions (podologues-podiatres, ergothérapeutes et techniciens ambulanciers). Les participants ont interprété le professionnalisme comme un concept englobant une variété d'éléments inhérents aux comportements, à la communication, à l'apparence,

ainsi que comme un concept holistique qui transcende tous les aspects de la pratique. Il y avait peu de divergences par rapport à ce qu'est le professionnalisme, et ce, quels que soient la profession, le parcours de formation, ou le statut d'étudiant, d'éducateur ou de professionnel. On s'entendait pour dire que le professionnalisme comporte des ingrédients clés communs à toutes les professions, notamment le jugement et l'interaction personne/contexte. Le professionnalisme était perçu comme une métacompétence qui comprend une bonne connaissance du contexte et un jugement dynamique permettant à l'individu, quelle que soit sa profession, de mettre en œuvre l'ensemble de ses compétences techniques, de communication et pratiques appropriées pour un scénario professionnel donné. La notion de jugement dynamique est essentielle et souligne combien le professionnalisme dépend du contexte (incluant la profession elle-même). Ainsi, être professionnel requiert d'intégrer non seulement les compétences scientifiques et techniques acquises, mais aussi de tenir compte des attentes de la société, et d'agir de manière à maintenir la crédibilité de la profession autant sur le plan des compétences que sur celui des valeurs.

Dans la même veine, le Comité restreint de la direction de l'imputabilité sociale et du professionnalisme (2013), de la Faculté de médecine de l'Université Laval, définit le professionnalisme comme une valeur phare à laquelle les professionnels adhèrent et en vertu de laquelle ils développent un savoir-être (attitudes, comportements) et un savoir-faire (exercice de la profession), et propose un cadre de référence, lequel vise à développer les compétences des professionnels de la santé pour que tout au long de leur cheminement, ils soient aptes à s'adapter et à composer avec une multitude de changements socioculturels et économiques.

Aujourd'hui, dans un système de soins de santé en perpétuelle évolution, on reconnaît que tous les professionnels de la santé sont appelés à exercer non pas en parallèle, mais en interaction constante avec d'autres professionnels, selon des modes de pratique parfois semblables, parfois différents. L'exemple des soins de santé primaires est pertinent, car la réforme des soins de santé primaires qui a vu le jour en 2000 au Canada, avec pour but ultime d'améliorer la qualité des soins, a inscrit la pratique collaborative comme étant la nouvelle norme de pratique. Il importe donc de voir comment les professionnels de la santé s'adaptent à ce nouveau contexte interprofessionnel de pratique.

## L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ

Si la pratique interprofessionnelle est maintenant la pratique de référence visée en soins de santé primaires, où sont les critères qui définissent une « bonne » pratique collaborative, quels sont les enjeux, et comment former les futurs professionnels de la santé? Avant d'étudier plus avant la question, notons qu'on trouve dans la littérature sur l'interprofessionnalisme en santé une variété de termes et de concepts, et donc qu'une clarification est de mise.

## Une clarification des concepts

Les termes et concepts de *pluri-*, *multi-*, *inter-*, ou *transdisciplinarité* ont été traités par divers auteurs (De Coninck et al., 1999; Robidoux, 2007; Voyer, 2000). Nous ne nous y attarderons donc pas ici, sauf pour dire qu'ils font référence à : 1) un continuum relationnel entre disciplines, passant de la juxtaposition (pluri-multi-disciplinarité) à la fusion (transdisciplinarité); et 2) différentes intensités de collaboration entre représentants de disciplines qui interviennent de manière autonome ou en parallèle auprès du patient. Ceci dit, l'interdisciplinarité privilégie une plus grande intensité de collaboration entre membres de l'équipe grâce à des décisions partagées et à des objectifs communs (Trubey, 2013).

Le terme *interprofessionnel* se réfère plutôt à des professions et aux personnes qui les exercent, et il fait appel à la notion de collaboration (Robidoux, 2007). Là où l'interdisciplinarité implique et réconcilie des connaissances fragmentées issues de disciplines différentes, l'interprofessionnalisme implique plutôt de nouvelles perspectives qui permettent aux membres de groupes professionnels distincts d'exercer leurs pratiques en collaboration et d'intégrer les connaissances et expertises des autres professions, incluant le point de vue du patient, dans le plan de soins (D'Amour et Oandasan, 2004; Trubey, 2013).

Dans notre expérience, la littérature sur l'interprofessionnalisme réfère typiquement à l'expression *collaboration interprofessionnelle*, probablement parce que l'interprofessionnalisme implique *de facto* la notion de collaboration. L'Organisation mondiale de la santé (World Health Organisation, 2010, p. 13) définit la collaboration interprofessionnelle en santé de la façon suivante : « De nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrant des services complets en travaillant avec les patients, leur famille, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer des soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention. » Robidoux (2007, p. 12) définit le concept de collaboration interprofessionnelle comme « le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe ». De son côté, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS, 2010, p. 8) décrit la collaboration interprofessionnelle comme étant « le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes/patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux ».

Pour que les équipes interprofessionnelles d'apprenants et de professionnels puissent travailler en collaboration, l'intégration de divers domaines de compétences (c'est-à-dire la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif et les soins centrés sur la personne/communauté) est soutenue par la communication

interprofessionnelle. Une communication interpersonnelle efficace repose sur la capacité des équipes de composer avec des points de vue conflictuels et d'atteindre des compromis (CPIS, 2010, p. 8).

Le contexte des deux dernières décennies de réformes visant à améliorer la qualité des soins de santé primaires, que ce soit ici au Canada ou ailleurs, a stimulé une recrudescence d'intérêt pour l'interprofessionnalisme et la pratique collaborative centrée sur le patient, au point d'en faire des éléments clés visant à faire progresser la réforme et à optimiser la qualité des soins (Health Canada, 2004 ; Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé – CCRPS, 2008).

La Fédération mondiale pour la santé mentale (2010) reconnaît que les problèmes médicaux deviennent de plus en plus complexes ; plusieurs patients sont aux prises avec une ou plusieurs maladies chroniques, souvent combinées avec des maladies mentales. La recherche démontre aussi qu'il existe un lien bidirectionnel entre certaines maladies physiques (par exemple, diabète, maladies cardiaques) et maladies mentales (par exemple, anxiété et dépression), de sorte que la survenue de l'une entraîne le développement de l'autre et vice versa (Fédération mondiale pour la santé mentale, 2010). Ces cas complexes nécessitent de multiples interventions qui ne peuvent être prodiguées par un seul professionnel de la santé. C'est là que l'apport du travail en équipe devient pertinent, voire nécessaire. De plus, la recherche démontre que la pratique collaborative et interprofessionnelle améliore les soins ainsi que la satisfaction pour les soins reçus (Canadian Health Services Research Foundation – CHSRF, 2007).

### ***La réforme des soins de santé primaires et la montée de l'interprofessionnalisme***

Vers la fin des années 1990, l'insatisfaction des contribuables et de la classe politique, les dépenses élevées en matière de santé, l'engorgement dans les services, ainsi que la reconnaissance de la complexité des maladies chroniques, ont amené divers pays occidentaux à se pencher activement sur la prestation des services en soins de santé primaires et les stratégies d'amélioration (CHSRF, 2007).

Le Canada a lancé sa réforme des soins de santé primaires au début des années 2000 guidé par les recommandations du rapport du sénateur Roy Romanow intitulé *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada* (Romanow, 2002). Une des recommandations fut la promotion de nouveaux modèles de prestation de soins et de pratiques amenant divers professionnels de la santé à travailler en équipes afin de mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante et présentant un taux élevé de maladies chroniques. L'interprofessionnalisme en santé est alors devenu une priorité et chacune des treize juridictions canadiennes (dix provinces et trois territoires) a entamé un processus de réforme adapté selon les besoins des communautés et les ressources disponibles (CHSRF, 2007).

## *L'émergence d'initiatives interprofessionnelles*

À la suite du rapport Romanow (2002), le gouvernement fédéral a créé le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (Santé Canada, 2004). Une somme de 780 millions de dollars a permis de soutenir de multiples projets de démonstration sur l'intégration de divers professionnels de la santé (infirmières praticiennes, pharmaciens, psychologues). Le Québec et l'Ontario, parmi les provinces les plus peuplées et prospères, se sont rapidement distingués par l'ampleur et le déploiement d'initiatives interprofessionnelles.

Par exemple en Ontario, Chomienne, Grenier *et al.* (2011) ont étudié la collaboration interprofessionnelle entre médecins de famille et psychologues travaillant sous un même toit. Deux psychologues ont été intégrés dans deux cliniques (un psychologue par clinique). L'intégration du psychologue dans l'équipe médicale s'est faite de manière fluide et sans heurt. Les auteurs en ont conclu que médecins de famille et psychologues semblent être des alliés naturels en soins de santé primaires. Les psychologues se sont sentis acceptés, respectés et considérés comme des collègues. Les médecins participants ont rapporté, de façon presque unanime, que leur collaboration avec le psychologue avait eu pour effet de développer leurs connaissances en psychologie et de découvrir la nature rigoureuse et structurée des interventions psychologiques. Les médecins ont reconnu que le psychologue avait permis à l'équipe d'offrir des traitements psychologiques pour lesquels ils se sentaient insuffisamment formés. Les résultats de l'étude ont aussi démontré que l'ajout du psychologue avait eu pour effet de diminuer le niveau de stress des médecins et de leur donner plus de temps pour se consacrer davantage à des problèmes de santé physique, ce qui était souvent leur préférence. Les résultats de Grenier et Chomienne (2011) sont conformes à la littérature qui note que la collaboration interprofessionnelle a non seulement pour but de fournir aux patients des services de santé plus complets, offerts par les professionnels les plus appropriés, mais a aussi comme conséquence de permettre aux professionnels de parfaire leurs propres connaissances sur des aspects de la santé ou des traitements qu'ils maîtrisent moins bien. On voit combien non seulement le professionnalisme appuie la pratique interprofessionnelle, mais aussi combien cette dernière peut contribuer à raffiner son propre professionnalisme ; en observant les autres professionnels mettre en œuvre leurs connaissances et leurs compétences, on apprend à mieux connaître et comprendre les limites de ses propres connaissances et compétences.

Grenier et Chomienne (2006) notent que dans leur étude sur l'intégration de psychologues à des équipes de médecine familiale, les formes de collaboration les plus fréquemment utilisées étaient la forme classique (référence suivie de la réception d'une opinion ou recommandations écrites ou verbales) et la collaboration informelle ou « discussion de corridor ». Questionnés sur les raisons qui les amènent à privilégier ces formes de collaboration, les médecins ont répondu que ce sont les types de collaboration qui leur sont les plus familiers et qui interfèrent le moins avec leur horaire, ce qui est un facteur déterminant puisqu'ils sont le plus souvent rémunérés à l'acte. Par contre,

les psychologues auraient souhaité avoir plus de collaboration dite formelle, avec du temps prévu à l'horaire pour discuter de certains cas. En effet, chaque profession peut donc avoir des attentes différentes par rapport au type de collaboration privilégié. Ces attentes peuvent être influencées autant par des facteurs intra-individuels (personnalité ou expériences antérieures) que par des facteurs organisationnels (modèle de prestation de soins ou modèle de rémunération, c'est-à-dire à l'acte ou salariat). Généralement, un professionnel salarié peut se sentir plus libre d'investir du temps pour collaborer de façon formelle alors qu'un professionnel payé à l'acte peut se sentir contraint d'avoir à investir son temps dans des activités rémunérées plutôt que non rémunérées.

La collaboration interprofessionnelle ne se développe pas toujours facilement. Cette observation a été notée dans le contexte de l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) au Québec. Contrairement à la plupart des autres provinces qui ont développé des modèles de soins comprenant des équipes d'au moins deux ou trois professionnels de la santé autres que des médecins, le Québec a dans un premier temps mis en place les GMF, dans lesquels médecins de famille et infirmières travaillent en équipe. Les premiers rapports d'évaluation des GMF (Beaulieu *et al.*, 2006), ont fait état des défis à la collaboration dont : 1) une méconnaissance du rôle et des contributions potentielles de l'infirmière au sein de l'équipe ; et 2) la réalisation que le développement de la collaboration nécessite du temps, de la confiance et la connaissance de l'autre pour la formalisation du partage des soins et la définition des rôles respectifs. On rapporte combien la collaboration entre les médecins et les infirmières a nécessité un apprentissage et combien les attitudes, les préjugés et les comportements pouvaient faire l'objet de diverses difficultés (Gauthier, 2008).

La capacité à collaborer entre disciplines ne vient donc pas toujours naturellement ; elle demande parfois un effort pour se développer. Il s'agit d'une capacité évolutive dont les compétences se développent tout au long de la vie professionnelle à travers différentes situations d'apprentissage et contextes de pratique. En 2000, Way, Jones et Busing ont démontré que la collaboration va au-delà de simples relations collaboratives de travail. Leurs travaux ont fait ressortir certains éléments essentiels au développement d'une collaboration harmonieuse et efficace : responsabilité, imputabilité, coordination, communication, coopération, capacité de s'affirmer, autonomie ainsi que respect et confiance mutuels. Tous ces éléments sont inhérents au professionnalisme tel que nous l'avons décrit précédemment.

### *La formation interprofessionnelle*

Pour travailler ensemble, vaut-il mieux apprendre ensemble ? À long terme, si nous visons à ce que les futurs professionnels de la santé puissent travailler efficacement ensemble, il semble logique de créer des opportunités pour apprendre ensemble le plus tôt possible dans la formation. Il s'agit de permettre aux apprenants d'échanger, d'apprendre à

connaître l'autre, sa façon d'approcher un problème et de réfléchir, et de se socialiser à une pratique interprofessionnelle. Pour plusieurs, développer un certain degré de confort à travailler avec d'autres professionnels peut prendre du temps. Apprendre à connaître l'autre permet aussi une meilleure connaissance de soi, de sa propre identité professionnelle (CPIS, 2010). Selon notre expérience, apprendre autour de mentors expérimentés dans sa propre profession met souvent l'apprenant devant ce qu'il ne sait pas dans son propre domaine, tandis que le fait d'apprendre au contact d'apprenants d'autres professions et d'expliquer son point de vue ou de partager ses connaissances, permet à l'apprenant de prendre conscience de l'étendue de son propre répertoire de connaissances et de compétences. Apprendre avec d'autres professionnels permet de mieux saisir la pratique collaborative sur-le-champ en temps réel, et de faire converger les compétences uniques de chacun autour du patient.

Grenier et Chomiienne (2011) ont mis en œuvre un projet éducationnel qui incluait une psychologue et une infirmière praticienne au sein de l'unité de médecine familiale d'un hôpital universitaire, lieu de formation des résidents en médecine familiale et des doctorants en psychologie. Des activités pédagogiques conjointes ont été développées pour permettre aux apprenants d'interagir ensemble en présence d'un médecin de famille, de la psychologue et de l'infirmière praticienne. Les résidents en médecine familiale ont rapporté avoir eu du mal à comprendre le rôle et les contributions de l'infirmière praticienne (phénomène similaire à l'expérience rapportée dans les GMF). À l'opposé, les mêmes résidents ont ouvertement accepté la présence et l'apport de la psychologue et des doctorants en psychologie. Les résidents ont expliqué qu'ils jugeaient que le rôle de l'infirmière praticienne empiétait sur celui du médecin, alors qu'ils considéraient le rôle et les contributions de la psychologue comme étant complémentaires à ceux du médecin. Ceci est conforme aux écrits de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) (2006, 2007) qui soulignent que plus les champs de pratique se recoupent, plus le risque de défis (compétition, perfectionnisme) à la collaboration augmente. À l'opposé, plus les champs de pratique sont complémentaires, plus la collaboration et la reconnaissance de l'apport complémentaire de l'autre sont facilitées.

La collaboration interprofessionnelle n'est pas une « technique » apprise et exécutée; elle s'apprend, se développe, se raffine et évolue avec l'expérience et les opportunités de formation. Selon le Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) situé au Royaume-Uni: « Il y a formation interprofessionnelle lorsque deux professions ou plus sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître mutuellement pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins » (CAIPE, 2002; traduction libre). Pour le CPIS, l'expression *formation interprofessionnelle* inclut tout apprentissage en milieu universitaire ou en milieu de travail, avant ou après l'acquisition d'un titre de compétence (CPIS, 2007). Les représentants de toutes les professions de la santé de tous les pays peuvent avoir accès au *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* conçu par le

CPIS (2010) pour guider l'élaboration de leurs programmes d'études et de leur champ de pratique. Ce document réfère entre autres à un modèle conceptuel qui définit l'ensemble des compétences à privilégier et à développer pour mener à bien une pratique collaborative interprofessionnelle. Il fait une description détaillée des six domaines de compétences inhérents à ce type de pratique et contribuant à développer le jugement et l'esprit critique si essentiels au contexte interprofessionnel : 1) la communication interpersonnelle ; 2) les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté ; 3) la clarification des rôles ; 4) le travail d'équipe ; 5) le leadership collaboratif ; et 6) la résolution de conflits interprofessionnels.

### *Les bienfaits et les défis de la collaboration interprofessionnelle*

La collaboration interprofessionnelle constitue une façon (maintenant reconnue) efficace de répondre aux divers défis et complexités en soins de santé, et qui présente des bénéfices pour les patients, les intervenants et les organisations. ProfessionsSantéOntario (2007, 2010) résume les retombées positives de la collaboration interprofessionnelle comme suit : meilleure compréhension des besoins des patients et de leur famille ; amélioration de l'accès aux services de santé ; meilleurs résultats pour les personnes atteintes de maladies chroniques ; moins de tensions et de conflits entre soignants ; diminution des attitudes et des perceptions négatives ; augmentation de la confiance ; meilleure utilisation des ressources et des compétences ; meilleur recrutement et meilleure rétention des soignants ; satisfaction accrue ; et diminution du stress.

De son côté, Trubey (2013) présente une compilation d'éléments qui peuvent présenter des défis pour les professionnels qui collaborent, comme le travail en silo. Travailler sous un même toit ne garantit pas l'interprofessionnalisme ; des changements de culture et d'attitudes doivent s'opérer. La culture et les attitudes évoluent en fonction des points de vue, des professions, des organisations, des systèmes et des politiques. Les facteurs organisationnels (modèle organisationnel, coordination, organisation du travail) et les politiques organisationnelles sur la collaboration interprofessionnelle ne sont pas toujours uniformes et peuvent varier : manque de formateurs interprofessionnels ; clarté des rôles des membres de l'équipe et de leur mandat ; compétence et stabilité de ses membres ; absence de langage commun entre professionnels de la santé et gestionnaires.

## CONCLUSION

Nous avons vu dans ce chapitre qu'il n'y a pas d'interprofessionnalisme sans professionnalisme : une pratique interprofessionnelle réussie s'appuie sur les valeurs mêmes et les ingrédients clés du professionnalisme. Les compétences à la collaboration évoluent avec le temps et l'expérience et ce sont l'aisance et la flexibilité avec lesquelles le professionnel adapte ses ressources, en combinaison avec celles des autres et selon le contexte, qui font de lui un bon collaborateur. Ce sont en fait un jugement dynamique et une connaissance

aiguë de soi et de sa profession ainsi que l'interaction personne/contexte qui permettent au professionnel, quelle que soit sa profession, de naviguer avec professionnalisme dans un contexte interprofessionnel.

## RÉFÉRENCES

- BEAULIEU, M.D., DENIS, J.L., D'AMOUR, D., GOUDREAU, J., LAMOTHE, L., JOBIN, G. et LEBEAU, R. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille (GMF) : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Montréal : Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale, <[http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07\\_info/Rapport\\_GMF\\_mars\\_2006\\_F.pdf](http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport_GMF_mars_2006_F.pdf)>.
- BOUSSARD, V., DEMAZIÈRE, D. et MILBURN, P. (2010). *L'injonction au professionnalisme : analyses d'une dynamique plurielle*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, <<http://lectures.revues.org/977>>.
- CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION - CHSRF (2007). *CHSRF Synthesis : Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa : CHSRF, décembre, <[http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport\\_E\\_rev4\\_FINAL.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_E_rev4_FINAL.pdf)>.
- CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION - CAIPE (2002). *Interprofessional Education : A Definition*. Londres : CAIPE, <<http://caipe.org.uk/about-us/th e-definition-and-principles-of-interprofessional-education/>>.
- CHOMIENNE, M.H., GRENIER, J., GABOURY, I., HOGG, W., RITCHIE, P. et FARMANOVA-HAYNES, E. (2011). Family doctors and psychologists working together : Doctors' and patients' perspectives, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 282-287. doi : 10.1111/j.1365-2753.2010.01437.x.
- COMITÉ RESTREINT DE LA DIRECTION DE L'IMPUTABILITÉ SOCIALE ET DU PROFESSIONNALISME (2013). *L'imputabilité sociale et le professionnalisme. Cadre de référence facultaire*. Québec : Université Laval, Faculté de médecine, <[http://www.fmed.ulaval.ca/site\\_fac/fileadmin/doc/faculte/publication/documents\\_officiels/Imputabilite\\_sociale\\_et\\_professionnalisme\\_cadre\\_reference\\_FINAL\\_15juillet\\_2013.pdf](http://www.fmed.ulaval.ca/site_fac/fileadmin/doc/faculte/publication/documents_officiels/Imputabilite_sociale_et_professionnalisme_cadre_reference_FINAL_15juillet_2013.pdf)>.
- CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ - CCRPS (2008). *Collaboration interprofessionnelle : aperçu des principaux documents de référence et points saillants de la documentation*. Toronto : Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, <[http://www.hprac.org/fr/projects/resources/hprac-c-collaborationLitReviewFRFINAL.feb1308.pdf](http://www.hprac.org/fr/projects/resources/hprac-collaborationLitReviewFRFINAL.feb1308.pdf)>.
- CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ - CPIS (2007). *Définition et principes de la formation interprofessionnelle : la perspective du CPIS*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique, Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, <[http://www.cihc.ca/files/resources/CIHCStatement\\_IPE\\_Final-FR.pdf](http://www.cihc.ca/files/resources/CIHCStatement_IPE_Final-FR.pdf)>.
- CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ - CPIS (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique, Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, <[http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompétencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompétencies-FrR_Sep710.pdf)>.
- D'AMOUR, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*, thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, <[http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD\\_0003/NQ32608.pdf](http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf)>.

- D'AMOUR, D. et OANDASAN, I. (2004). *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice*. Ottawa : Santé Canada, <<https://www.med.mun.ca/getdoc/58a756d2-1442-42ed-915b-9295b6d315c6/Curran-Research-Synthesis-Paper.aspx>>.
- DE CONINCK, P., SÉGUIN, M., CHORNET, E., LARAMÉE L., TWIZEYEMARIYA, A., ABATZOGLOU, N. et al. (1999). Citizen involvement in waste management : An application of the STOPER Model via an informed consensus approach, *Environmental Management*, 23, 87-94. doi : 10.1007/s002679900169.
- EVETTS, J. (2003). Explaining the construction of professionalism in the military : History, concept and theories, *Revue française de sociologie*, 4, 759-776. doi : 10.3917/rfs.444.0759.
- FÉDÉRATION MONDIALE POUR LA SANTÉ MENTALE (2010). *La santé mentale et les maladies physiques chroniques : la nécessité de soins continus et intégrés*. Occoquan : Fédération mondiale pour la santé mentale, <[http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY-2010-FINAL-COPY\\_French.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY-2010-FINAL-COPY_French.pdf)>.
- FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ - FCRSS (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Ottawa : FCRSS, <[http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf)>.
- FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ - FCRSS (2007). *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. Ottawa : FCRSS, <[http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport\\_Fr\\_FINAL.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf)>.
- GAUTHIER, A. (2008). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des communications, <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1896344>>.
- GRENIER, J. et CHOMIENNE, M.H. (2006). *Family Physicians and Psychologists : A Series of Focus Groups*, présentation lors de la 8<sup>e</sup> Conférence annuelle de la Collaborative Family Healthcare Association. Newport, Rhode Island, États-Unis, novembre.
- GRENIER, J. et CHOMIENNE, M.H. (2011). *Initiatives pédagogiques en médecine comportementale dans la formation et la pratique en soins primaires à Ottawa, Canada*, présentation lors des XVIII<sup>e</sup> Journées universitaires francophones de pédagogie des sciences de la santé. Libreville, Gabon, 16-19 avril.
- HAFFERTY, F. (2004). Toward the operationalization of professionalism : A commentary, *The American Journal of Bioethics*, 4, 28-31. doi : 10.1162/152651604323097718.
- HEALTH AND CARE PROFESSIONS COUNCIL (2011). *Professionalism in Healthcare Professionals*, rapport de recherche. Londres : Health and Care Professions Council, <<http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10003771Professionalisminhealthcareprofessionals.pdf>>.
- HEALTH CANADA (2004). *First Ministers' Accord on Health Care Renewal*. Ottawa : Health Canada, <[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/fs-if\\_1\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/fs-if_1_e.html)>.
- LAROUSSE (2015). Professionnalisme, Larousse, <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/professionnalisme/64159#A5UZHEIoVsTcK8A4.99>>.
- LE BOTERF, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels : construire les parcours de professionnalisation*. Paris : Éditions d'Organisation.
- MILES, S.H. (2004). *The Hippocratic Oath and The Ethics of Medicine*. New York : Oxford University Press.

- PROFESSIONSSANTÉONTARIO (2007). *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : un plan directeur provincial*. Toronto : ProfessionsSantéOntario, <<http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolymakersResearchers/ipc-blueprint-july-2007-fr.pdf>>.
- PROFESSIONSSANTÉONTARIO (2010). *Mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario*. Toronto : ProfessionsSantéOntario,<<http://www.professionssanteontario.ca/UserFiles/file/PolymakersResearchers/ipc-final-report-may-2010-fr.pdf>>.
- ROBIDOUX, M. (2007). *Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, École en chantier, <<http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>>.
- ROMANOW, R.J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, <<http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>>.
- SANTÉ CANADA (2004). *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*. Ottawa : Santé Canada, <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-fra.php>>.
- TRUBEY, G. (2013). *Apprendre à collaborer : l'intégration de la formation interprofessionnelle dans les programmes de formation en santé de la Cité collégiale*. Ottawa : Conseil académique en santé- Région champlain, <[http://www.ahc-cas.ca/repo/en/2012-2013%20IPECISP/Guide\\_Apprendre%20a%20collaborer.pdf](http://www.ahc-cas.ca/repo/en/2012-2013%20IPECISP/Guide_Apprendre%20a%20collaborer.pdf)>.
- VOYER, P. (2000). L'interdisciplinarité, un défi à relever, *Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, 96(5), 39-44.
- WAY, D., JONES, L. et BUSING, N. (2000). *Implementation Strategies : Collaboration in Primary Care-Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care*. Toronto : Ontario College of Family Physicians, <<http://www.eicp.ca/en/toolkit/management-leadership/ocfp-paper-handout.pdf>>.
- WIKIPÉDIA (2015). Professionnalisme. *Wikipédia*, <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Professionnalisme>>.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Genève, Suisse : World Health Organization, Department of Human Resources for Health, <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf)>.





# *Chapitre 3*

## **UNE APPROCHE NOVATRICE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

Le modèle Montfort

---

MANON TREMBLAY  
MICHELLE LALONDE  
JANIE DESROCHES

ISSUE D'UNE VISION HOLISTIQUE, LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE (FIP) pour une pratique collaborative centrée sur le patient permet de mieux répondre d'une part à la complexité des soins et d'autre part, à la pénurie de professionnels de la santé (Oandasan et Reeves, 2005). Bien que la FIP soit perçue comme une composante importante de la formation des professionnels de la santé et des services sociaux, la majorité de la formation continue en milieu hospitalier est encore offerte en silo ou de manière disciplinaire à différentes structures internes plus ou moins coordonnées entre elles. Cette structuration de l'offre de formation limite la capacité de croissance et l'échange de connaissances. C'est à cet égard que le modèle de développement professionnel continu (DPC) de l'Hôpital Montfort (le modèle Montfort) est novateur comme en fait foi sa nomination à titre de finaliste des Prix IAPC/Deloitte de leadership dans le secteur public en 2014.

Généralement, les responsables des services cliniques assurent la formation de leur personnel en ayant recours à des formations externes offertes par les ordres professionnels (Arcand, 2010). Nonobstant la pertinence du développement des compétences professionnelles par des formations disciplinaires, l'apport de la FIP est bien souvent négligé malgré ses nombreux avantages. La FIP, qui est le résultat d'une évolution sociétale conférant une place de plus en plus importante à la participation des patients (Romanow, 2002), est plus intégrée dans la formation initiale des professionnels de la santé que dans la formation continue. Lors d'un travail interprofessionnel, on s'attend à ce que les professionnels de la santé (incluant le médecin) travaillent ensemble et partagent leur expertise respective. La FIP aide à dissiper les idées préconçues que les professionnels tendent à entretenir entre eux. Les compétences requises pour travailler de manière interprofessionnelle sont notamment la communication efficace, l'établissement et le maintien de relations interdisciplinaires, la prévention et la gestion de conflits. Ainsi, la FIP contribue à accroître la compréhension des rôles, des responsabilités et des forces des autres professionnels et, par le fait même, à améliorer la coordination (Cadell *et al.*, 2007) et la qualité des soins reçus par les patients (Freeth *et al.*, 2002). Les études ont aussi démontré que la satisfaction du personnel qui travaille en interdisciplinarité est plus grande (Freeth *et al.*, 2002 ; Oandasan et Reeves, 2005) et a pour effet une réduction du nombre de personnes qui quittent leur emploi (Vachon *et al.*, 2013). La FIP en formation continue amène différents professionnels de la santé qui sont des experts de contenu, des spécialistes en apprentissage et des spécialistes en apprentissage par simulation à collaborer à la conception, à la livraison et à l'évaluation de formations, accroissant ainsi la perspective et la portée de la formation. De plus, ce travail de collaboration permet un échange continu de connaissances entre les intervenants et constitue de ce fait un lieu d'apprentissage riche.

Afin de bien cerner l'aspect novateur du modèle FIP de Montfort, nous présentons brièvement le contexte hospitalier ainsi que l'histoire de la création du Centre de développement professionnel continu Prométhée et ses fondements théoriques. Nous

décrivons ensuite certaines des activités du Centre, puis nous aborderons en détail le cadre d'évaluation qui sous-tend la formation offerte. Nous terminerons le chapitre en décrivant quelques-unes des activités du Centre liées à la participation des patients partenaires et en réfléchissant à la place du Centre dans les pratiques de soins de première ligne.

## L'HÔPITAL MONTFORT

Inauguré en 1952, l'Hôpital Montfort est une institution hospitalière de l'est d'Ottawa qui compte aujourd'hui plus de 1800 employés et a une capacité de 265 lits. L'hôpital offre notamment un service de médecine, de chirurgie, une équipe de santé mentale, un centre familial de naissance et une unité des soins intensifs. Jouant un rôle important dans la formation clinique en français, l'Hôpital Montfort accueille plus de 1 400 étudiants de divers domaines et milieux académiques, tels des élèves du secondaire et des étudiants de niveaux collégial et universitaire. La désignation de centre universitaire hospitalier du groupe A conférée à l'Hôpital Montfort le 19 juin 2013 entérine son triple mandat, soit celui d'offrir des services cliniques d'excellence, de participer à la formation des médecins et du personnel clinique et de mener des recherches novatrices en matière de prestation de soins de santé.

## LA CRÉATION DU CENTRE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU PROMÉTHÉE

En mars 2010, le rapport intitulé *Portrait de la formation générale et du développement professionnel continu en milieu hospitalier au Canada et ailleurs* propose un modèle novateur pour offrir de la formation continue à l'Hôpital Montfort (Arcand, 2010). Ce modèle regrouperait sous une même entité la gestion de la formation générale de tous les employés, la formation clinique et la formation médicale continue. Le Centre de développement professionnel continu Prométhée (Centre Prométhée) voit alors le jour à l'Hôpital Montfort.

En octobre 2010, le Centre Prométhée gère déjà la formation médicale continue déléguée par le Comité médical consultatif (CMC). Dans un souci d'optimisation des ressources et d'efficacité, le Comité de direction de l'Hôpital Montfort sollicite une consultation auprès des directions de l'hôpital pour élargir le mandat du Centre Prométhée. La prise en charge transitoire de l'intégration des volets de formation clinique, d'orientation générale et d'orientation clinique se transpose, en décembre 2010, dans un livrable intitulé *Diversification de l'offre et consolidation de la structure organisationnelle*. Depuis cette date, le Centre Prométhée constitue le point d'accès à la formation de tous les employés de l'Hôpital Montfort : il coordonne la programmation de la formation, offre une expertise pédagogique et appuie l'élaboration de formations en présentiel, en ligne et en laboratoire de simulation.

Les gains liés à la création d'un centre de développement professionnel continu comprennent notamment une optimisation des ressources humaines et matérielles ainsi qu'une meilleure répartition de celles-ci entre les différentes disciplines et groupes professionnels. De fait, une approche interprofessionnelle permet d'utiliser les ressources professorales les plus appropriées au service d'attache ou à la discipline. Un autre gain porte sur la planification et l'évaluation des activités de DPC qui suivent actuellement un processus plus systématique et rigoureux. Ce processus a été mis en place en utilisant la chaîne de valeur, outil de l'approche LEAN. La méthode LEAN aussi communément appelée la « méthode Toyota » est une théorie de la gestion qui s'appuie sur l'élimination du gaspillage dans un processus de production (LEAN Médical, 2015). La première étape pour réduire le gaspillage consiste à revoir les méthodes de travail et à les cartographier pour éliminer les étapes qui ne constituent pas de la valeur ajoutée. La cartographie du processus de production consiste à faire la cartographie de la chaîne de valeur, c'est-à-dire une représentation visuelle de l'ensemble des étapes qui permettent de répondre aux besoins des clients, en d'autres termes, la cartographie de la demande de formation jusqu'à sa livraison. Les demandes de formation clinique ou non clinique sont centralisées et leur pertinence évaluée selon des critères de « rendement de l'investissement » (ROI). Lorsqu'une formation doit être élaborée, différentes étapes de conception et de révision doivent être accomplies pour assurer sa qualité. Grâce à une approche interprofessionnelle, une amélioration de la pertinence et de la qualité des activités de formation s'ensuit par une meilleure intégration des principes d'apprentissage adulte.

Par ailleurs, les défis potentiels d'un tel changement comprennent la transformation du mode de fonctionnement de certains secteurs, la perception d'une perte d'autonomie et le danger d'interruption de services au moment de la transition. Toutefois, il y a consensus sur la nécessité de revoir les modalités de prestation de la formation clinique, notamment en raison de la croissance de l'Hôpital Montfort, de la complexité grandissante des problématiques auxquelles le personnel doit faire face et de l'évolution rapide des technologies médicales et de l'information.

La mise en œuvre du présent projet de transfert de la formation clinique au Centre Prométhée a tenu compte de l'ensemble des résultats de cette revue. Ceci dit, la prise en charge de la formation clinique continue constitue un changement culturel et structurel majeur pour l'organisation. Jusqu'en 2014, la formation clinique continue relevait de la direction de la pratique professionnelle. À l'instar de nombreux milieux hospitaliers, cette formation était offerte par des éducateurs cliniques. Ceux-ci veillaient, entre autres, à ce que les normes de pratique infirmière et professionnelle soient respectées. Leurs tâches au quotidien recoupaient donc les volets de l'éducation et de l'application.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, étant entièrement novateur et sans équivalent, le Centre Prométhée ne pouvait s'appuyer sur l'expérience d'autres centres. Il a donc dû faire appel à divers cadres théoriques pour offrir ses formations, dont le modèle canadien développé par le Consortium pancanadien pour

l'interprofessionnalisme en santé (2010). En définitive, le transfert de la formation clinique s'est amorcé de manière indirecte et parcellaire par l'offre de séances de formation dans le laboratoire de simulation et en réadaptation cardiorespiratoire (RCR), de même que par l'appui et la prestation de formations cliniques générales (p. ex. le Plan d'action individualisé de rétablissement à l'intention des intervenants en santé mentale - PAIR, l'Atelier de formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide - ASIST et l'Approche persuasive pour les personnes aux prises avec la démence - GPA). Des prêts de services ponctuels ont été considérés dans le but d'engager des discussions, mais cette solution s'est avérée impossible à concrétiser en raison de la pénurie de personnel infirmier qualifié et de la lourdeur de la charge de travail. Il fallait penser à une solution plus globale, qui ne nécessitait pas une renégociation à la pièce et qui, par ailleurs, faciliterait la création d'une équipe de formateurs bien intégrée.

En somme, ce changement organisationnel a soulevé des enjeux de taille, incluant d'une part, l'absence de paramètres opérationnels clairs et de lignes directrices fondées sur une pratique exemplaire et, d'autre part, la pénurie de ressources spécialisées. La mise sur pied de ce projet a suscité une réflexion collective et l'amorce du transfert de la formation clinique s'est donc effectuée d'une manière plus systématique tout en tenant compte de ces défis. À la suite de ce projet, l'équivalent de deux éducatrices à temps plein (infirmières de formation) se sont intégrées à l'équipe qui comprend un gestionnaire, deux spécialistes en apprentissage et évaluation, une spécialiste en technologie éducative, une formatrice générale et deux coordonnatrices, tandis que sont affectés au laboratoire de simulation un technicien en simulation, une infirmière en développement universitaire et une coordonnatrice.

### *Les fondements théoriques du Centre Prométhée*

L'évaluation des séances offertes relativement à la modalité de prestation est appuyée par un cadre théorique auquel sont rattachés des principes directeurs. Par ailleurs, pour offrir des formations sur mesure, l'évaluation des besoins doit se faire à partir de plusieurs sources et reposer sur différentes réglementations professionnelles et législatives en plus de tenir compte de la satisfaction de notre clientèle et de l'expérience du patient. À cet effet, un aspect novateur au Centre Prométhée est l'intégration de patients partenaires dans l'élaboration, la prestation et l'évaluation des formations continues.

### *Le cadre d'évaluation*

À des fins de reddition de comptes et d'assurance de la qualité, le Centre Prométhée s'est doté d'un cadre d'évaluation qui s'inspire du modèle à quatre niveaux de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2007). Les deux premiers niveaux sont évalués par le biais d'un questionnaire en ligne à remplir par les participants à la toute fin d'une séance.

Le premier niveau du modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2007) permet de déterminer le degré de satisfaction des participants à la suite de la formation. Le deuxième niveau permet de déterminer s'il y a eu apprentissage de nouvelles connaissances, habiletés et attitudes (savoir, savoir-faire et savoir-être) par les participants et leur degré de motivation à les appliquer. Il s'agit de juger de l'efficacité de la formation en validant la perception de l'atteinte des objectifs d'apprentissage. Le troisième niveau permet de déterminer la mesure selon laquelle les apprentissages ont été utilisés et appliqués par l'apprenant une fois de retour dans son milieu de travail. Ces évaluations ne devraient pas être menées avant trois à six mois après la formation et peuvent prendre diverses formes telles que des formulaires, des entrevues avec les gestionnaires ou des groupes de discussion. Lorsqu'une formation a fait l'objet d'une évaluation de niveau 3, il est alors possible de corréler les résultats obtenus aux niveaux 2 et 3, c'est-à-dire de faire une corrélation positive ou négative entre le degré de motivation des participants à mettre en pratique les nouvelles connaissances à la fin de la séance et le réel transfert en milieu de travail quelques mois après la séance. De plus, lorsque ce transfert n'a pas lieu, il devient alors important de déterminer les obstacles qui ont pu surgir et dans le cas contraire, d'examiner les facteurs favorables et les facteurs de renforcement; ce type d'étude approfondie permet de dégager des pratiques exemplaires et des lignes directrices applicables aux formations futures.

Finalement, le quatrième niveau permet de déterminer les répercussions de la formation sur les résultats organisationnels. En d'autres mots, il est question d'examiner la façon dont ces résultats contribuent à l'atteinte des objectifs organisationnels. Par exemple, la formation concernant la prévention des infections figure parmi les facteurs qui contribuent à l'atteinte de l'objectif de la direction de l'hôpital qui est d'améliorer son taux de transmission d'infections nosocomiales. On s'attend également lors des formations, notamment en simulation, à ce que la procédure de lavage des mains soit une priorité et qu'elle soit appliquée comme en milieu clinique, même si ce thème n'est pas l'objet en soi des dites formations.

Grâce à notre expérience et à l'instar des pratiques exemplaires en matière d'évaluation, toutes les séances de formation, tous formats confondus, utilisent la même évaluation avec un nombre restreint d'énoncés évaluatifs. Ainsi, nous demandons aux participants d'évaluer les connaissances nouvellement acquises (niveau 1), leur utilité pour leur travail (niveau 2) et leur intention de les appliquer (niveau 3). Une évaluation objective ou un examen est également intégré dans certaines formations, notamment les formations qui sont assujetties à une norme, c'est-à-dire celles où le contenu, la note de passage et l'examen sont déterminés par un organisme. Par exemple, le programme de réadaptation néonatale (PRN) comprend un examen en ligne de la Société canadienne de pédiatrie pour l'obtention du certificat. La formation en intervention non violente en milieu de travail est normée CPI (*crisis prevention intervention*) et l'examen fourni par CPI est complété en salle de formation. Toutefois, pour plusieurs formations, aucun examen, référent théorique

objectif ou note de passage n'a été déterminé. Dans ces cas, les experts de contenu de l'établissement sont appelés à contribuer à l'élaboration de l'examen et à fixer la note de passage. Plus récemment, dans le contexte actuel de reddition de comptes et de rationalisation, le cadre d'évaluation utilisé sera basé sur les ROI. Les quatre premiers niveaux demeurent les mêmes : la réaction, l'apprentissage, l'application et la répercussion. Un cinquième niveau appelé ROI consiste à comparer les avantages financiers des répercussions opérationnelles par rapport au coût du programme (Philips et Philips, 2015). Comme le mentionnent Dubé et Beaudoin (2014, p. 7), « cette comparaison, présentée sous la forme d'une valeur de ROI (%) ou d'un ratio avantages-coûts permet de déterminer la vraie valeur du programme en ce qui a trait à la contribution financière ».

En résumé, les formations offertes sont centrées sur les besoins normatifs et de développement du personnel. Autrement dit, le Centre s'est engagé à offrir sur place les formations obligatoires et à les contextualiser pour en favoriser le transfert dans le milieu, au lieu de recourir à des formations décontextualisées. Les formations doivent être données dans un format pratique et accessible et doivent être interactives. Le Centre Prométhée prône une culture de partenariat qui mise sur l'expertise interne et la contribution de chacun à la démarche de conception et d'évaluation du matériel de formation. Cette culture de partenariat est inhérente à la pratique interprofessionnelle. En effet, selon leur expertise et leur expérience, différents membres du personnel peuvent être interpellés pour agir à titre d'experts de contenu ou de formateurs. Cette contribution revêt aussi un caractère de reconnaissance des expertises. Comme tout organisme public, le Centre Prométhée a l'obligation de rendre des comptes. Ainsi, doit-il vérifier l'incidence de son programme sur le milieu de travail et sur sa contribution à l'atteinte des objectifs du plan stratégique de l'hôpital. Les principes de durabilité et de souplesse des formations permettent de bonifier et de modifier les formations pour, soit intégrer les données probantes, soit satisfaire aux nouvelles orientations gouvernementales (p. ex. les modifications apportées à une loi ou l'intégration d'une technique dont les recherches ont démontré sa grande efficacité).

Dans ce cadre, une culture d'autonomie est essentielle pour assurer la pérennité du Centre. Cette culture renvoie à l'autoresponsabilisation du personnel sur le plan de son développement professionnel continu et de l'augmentation de l'autonomie de l'hôpital en matière de prestation de services. Le principe d'autoresponsabilisation ou de praticien réflexif est maintenant bien ancré dans les diverses professions de la santé. Comme l'exigent plusieurs ordres de réglementation professionnels, le professionnel doit préparer un plan annuel de DPC basé sur une réflexion de sa pratique et la mise en lumière de ses forces et de ses besoins d'amélioration ainsi que sur le cheminement de carrière qu'il envisage. À long terme, les formations qui sont offertes à nos employés sont déployées à l'externe, optant ainsi pour un modèle hybride de financement.

Ceci dit, pour élaborer un plan de DPC, différentes sources d'information doivent être prises en considération.

## 1. Les dispositions des lois touchant le secteur de la santé

Les soins primaires sont assujettis à certaines lois telles la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP), la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS) et la Loi sur la santé et sécurité au travail (LSST). De plus, le Code national de prévention des incendies, sans être une loi, oblige les organisations à tenir des formations annuelles sur la manipulation des divers extincteurs.

## 2. Les résultats de l'évaluation annuelle des besoins de formation

L'évaluation des besoins d'apprentissage est menée auprès des employés et des médecins de l'Hôpital Montfort par l'entremise de sondages en ligne qui s'adressent à certains groupes et sous-tendus par le profil de compétences des divers ordres professionnels tels que le Cadre des compétences CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Frank, 2005), le cadre des compétences de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) ainsi que le Lexique des compétences clés selon les familles de postes de l'Hôpital Montfort, pour n'en nommer que quelques-uns.

L'évaluation des besoins d'apprentissage est envoyée par le biais d'un sondage en ligne confidentiel à l'ensemble du personnel. La première évaluation des besoins accomplie comprenait un grand nombre d'énoncés et constituait un changement important pour les employés.

Les compétences clés constituent un ensemble de connaissances, habiletés, capacités et attitudes que toutes les personnes dans l'organisation (ou une famille de postes) doivent posséder afin de contribuer efficacement à l'atteinte des objectifs organisationnels (Hôpital Montfort, 2013, p. 147).

Selon les écrits, plusieurs niveaux de compétences existent, allant des compétences propres à l'emploi aux compétences fonctionnelles, à celles liées aux familles de postes et aux compétences corporatives fortement liées aux valeurs et à la mission de l'établissement. Le lexique des compétences clés des Ressources humaines de l'Hôpital Montfort porte sur les compétences de familles de postes. Les familles de postes réfèrent aux soins infirmiers, professionnels de la santé, professionnels administratifs, personnel en soutien administratif, métiers comme celui d'électricien, cadres et personnel de recherche. Les compétences particulières sont énoncées dans les descriptions de poste. À titre d'exemple, être capable de travailler en équipe est une compétence transversale essentielle et attendue, entre autres, du personnel infirmier, des professionnels de la santé et des conseillers en ressources humaines. Pour cette raison, plusieurs formations ont pour objectif le travail d'équipe, certaines comprennent une séance d'évaluation à ce propos et d'autres font appel au travail d'équipe comme modalité d'apprentissage pour la coconstruction du savoir. Les compétences ainsi développées deviennent des supracompétences, des modalités d'apprentissage, des objectifs de formation et l'objet de formations.

### 3. Les mesures d'urgence

Les mesures d'urgence occupent une place prépondérante dans les services de santé, que ce soit pour réagir à des épidémies réelles ou probables, à des crises telles que des prises d'otage ou des catastrophes externes. En d'autres mots, les mesures d'urgence constituent un créneau de formation et un programme substantiel. Des formations doivent être offertes à l'ensemble du personnel pour les différents codes ou mesures d'urgence.

Les situations de crise interne concernent le code de prévention des incendies qui oblige les employeurs à préparer les employés à réagir adéquatement à un incendie, en déclenchant l'alarme et en évacuant les lieux. Un simulateur d'incendie s'est avéré une solution intéressante, donnant la possibilité au personnel de manipuler les extincteurs tout en stimulant leur intérêt par son côté ludique. La formation en réanimation cardio-vasculaire sert à répondre au code d'arrêt respiratoire chez un adulte et à un arrêt respiratoire chez un nouveau-né. Pour répondre à une situation où une personne se comporte de façon violente, plusieurs formations doivent être mises en place, telles des formations sur l'intervention non violente en situation de crise.

Les établissements de santé doivent aussi être prêts à réagir à des événements externes. Pensons à l'accident ferroviaire survenu le 18 septembre 2013 à Ottawa qui avait fait six morts, dont un chauffeur d'autobus, et 34 blessés (Radio-Canada, 2014). Cet accident avait alors mobilisé différents hôpitaux de la région et secoué toute la ville. Un code orange qui signifie qu'un désastre externe vient de se produire avait dû être déclenché. En 2014, la maladie à virus Ebola est un autre exemple de mesure d'urgence où la formation a occupé une place centrale. Le personnel infirmier et tout le personnel appelé à interagir avec un patient atteint de la maladie, dont le personnel de l'entretien ménager, devaient être formés sur la maladie, son mode de transmission, les procédures à suivre en cas de contact avec une personne suspectée d'être porteuse du virus, et sur le port de l'équipement protecteur.

La formation est primordiale pour s'assurer que l'organisation est prête à faire face à ces événements. Plusieurs de ces formations doivent être données annuellement ou tous les deux ans et parfois plus fréquemment. Un centre de coordination et un registre à jour sont des éléments essentiels dans la gestion et l'offre de formations. Ce registre est disponible en tout temps par le biais d'un système de gestion des apprentissages accessible par Internet. Chaque employé peut visionner l'ensemble des formations qu'il a suivies et fournir ainsi une preuve de sa participation. Chaque gestionnaire peut aussi avoir accès à un rapport pour l'ensemble de ses employés ou visualiser le rapport d'un seul individu pour une ou plusieurs formations. Cet outil s'avère d'une grande utilité, car il permet de générer rapidement la preuve des formations suivies.

#### **4. Les pratiques organisationnelles requises (POR)**

Les POR définissent la pratique que l'on s'attend à trouver dans les établissements (Agrément Canada, 2014). Les POR peuvent être une initiative ou une formation, telle la formation sur les pompes à perfusion. Plusieurs initiatives comme le bilan comparatif des médicaments (BCM) et les pratiques exemplaires sont reconnues et considérées comme cruciales pour la sécurité du patient et du personnel. En plus d'avoir des politiques claires, les établissements de santé doivent démontrer que des ressources sont allouées à la formation et aux technologies de l'information.

#### **5. Les suggestions sur les formulaires d'évaluation des formations**

Les suggestions qui figurent sur les formulaires d'évaluation des séances de formation (formulaire où le participant s'autoévalue et où il évalue sa satisfaction à l'égard de la formation) ne donnent bien souvent que peu d'indications. Rares sont les participants qui expriment des besoins de formation ou formulent des suggestions. Lors d'évènements spéciaux auxquels participe le Centre Prométhée avec son kiosque, les suggestions sont également encouragées. Ces données servent à bonifier et à corroborer les autres sources d'information, mais ne peuvent constituer la source principale d'information.

Chaque année, les résultats des évaluations des besoins du plan de formation sont soumis pour discussion et approbation au Comité consultatif institutionnel de développement professionnel continu (CCIDPC) composé de membres de chacune des directions de l'Hôpital Montfort. Ce comité analyse le plan à la lumière du budget octroyé et des priorités institutionnelles. Une telle entité permet d'engager les diverses instances de manière continue et de créer un sentiment d'appartenance au Centre Prométhée pour éviter une dénaturation de la programmation offerte.

L'industrie de la santé est en constante évolution, c'est pourquoi une partie des fonds du Centre Prométhée est dédiée à des formations non prévues et à la demande des différentes directions ou encore pour répondre à un changement non anticipé dans l'application d'une loi ou un projet particulier stratégique. Par exemple, des modifications à une loi peuvent nous amener à revoir une formation. C'est le cas notamment de la Loi sur la santé et sécurité des travailleurs qui sera modifiée en 2015 et qui va considérer les étudiants et stagiaires au même titre qu'un employé. Ces derniers devront obligatoirement suivre une formation à cet égard.

En plus d'offrir des formations, le Centre a pris en charge le contenu éducatif de l'orientation générale des nouveaux employés (OGN). Graduellement, le Centre prendra aussi en charge l'orientation de divers groupes professionnels dans le but d'harmoniser le processus d'intégration des employés, d'éliminer les redondances de contenu et d'utiliser un langage commun. La section qui suit présente en détail l'OGN et le travail effectué par le Centre.

## *L'orientation générale des nouveaux employés : un exemple d'activité de formation*

Depuis 2012, l'orientation générale des nouveaux employés relève du Centre Prométhée en étroite collaboration avec les ressources humaines, tant sur les plans de la prestation que de l'évaluation continue. S'appuyant sur les pratiques exemplaires, la Politique des ressources humaines stipule que l'OGN qui se déroule sur deux jours a pour objectif d'« accueillir adéquatement les nouveaux employés et [de] faciliter l'intégration à leur nouvel emploi » (Hôpital Montfort, 2012, p. 1). Au-delà de ces exigences, il est important de comprendre qu'une orientation efficace pour les nouveaux employés peut contribuer à réduire les taux de roulement et les coûts associés au recrutement, ainsi que les coûts moins visibles liés au temps d'adaptation d'un nouvel employé dans l'organisme (Cable et Parsons, 2006).

Afin d'obtenir des résultats positifs, il est essentiel d'avoir une OGN qui accueille les nouveaux venus et leur transmette un sentiment d'appartenance à l'organisme. Dans le cadre d'une étude de 794 participants (principalement des responsables des ressources humaines), Aberdeen Group (2008) a constaté que les organismes dans lesquels les taux de rétention étaient les plus élevés « comprennent qu'il est indispensable d'offrir une expérience d'intégration positive aux talents nouvellement recrutés pour que ces derniers se sentent à l'aise dans leurs nouvelles fonctions et soient confortés dans leur décision d'entrer dans l'entreprise » (p. 6).

Selon Wheeler (2008), l'orientation des nouveaux employés a trois buts : 1) véhiculer un sentiment d'appartenance à l'organisme ; 2) transmettre la culture de l'organisme pour qu'ils puissent travailler efficacement ; et 3) faciliter leur apprentissage pour qu'ils soient productifs dès que possible. Des recherches montrent que lorsque le processus d'accueil se réalise bien, on constate un plus grand engagement envers l'organisme, une plus grande satisfaction liée à l'emploi, un plus faible taux de roulement, des niveaux de performance supérieurs et un degré moins élevé de stress pour les nouveaux employés (Bauer, 2010).

Les commentaires reçus quant à l'OGN offerte par le Centre sont positifs et confirment les résultats de la recherche. À la fois ludique et éducative, l'OGN utilise diverses méthodes pour transmettre de l'information clé. Les valeurs organisationnelles sont présentées et chaque participant doit exprimer comment il compte les appliquer ou va les reconnaître au quotidien. La familiarisation des lieux est faite par le biais d'une chasse au trésor. Un des aspects particulièrement positifs est la visite du président-directeur général (PDG) durant l'OGN. C'est pour certains employés une occasion privilégiée et rare de rencontrer le PDG ou un vice-président, dans le cas où le PDG n'est pas disponible. À ce moment, le PDG peut transmettre des messages clés aux participants.

L'orientation du personnel infirmier se fait par l'entremise d'un patient fictif. Les journées d'orientation sont offertes selon un continuum et suivent le cheminement d'un patient fictif lors d'une hospitalisation. La documentation clinique est révisée dans le

détail selon les événements de l'épisode de soin. Cette manière novatrice et très intégrée d'offrir l'orientation du personnel infirmier n'aurait pu être possible sans l'apport d'un travail interprofessionnel grâce au Centre Prométhée.

### *Les patients partenaires*

Par le biais de projets de recherche, le développement de formations intègre de plus en plus la participation de patients partenaires. Cette philosophie de partenariat est une progression de l'approche centrée sur le patient : une pratique organisationnelle qui associe le patient et ses proches à la prise de décision, tant au plan clinique qu'administratif, pour la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins offerts (Dumez, 2012 ; Santé Canada, 2000). Le patient partenaire devient une personne-ressource, un partenaire essentiel et respecté auprès des membres de l'équipe, et un allié nécessaire au développement du système de santé et des futurs professionnels de la santé (Dumez, 2012 ; Piper, 2011). Les bienfaits d'une participation active des patients et des proches sont particulièrement notables en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Institute for Patient- and Family-Centered Care – IPFCC, 2011 ; Planetree, 2009 ; Rathert, Wyrwich et Boren, 2012), la satisfaction des patients et des proches (Born et Laupacis, 2012), de même que la performance organisationnelle et la promotion d'un milieu de travail sain (Born et Laupacis, 2012 ; Hoying et Allen, 2011).

Toutefois, l'atteinte des bienfaits d'un engagement des patients et de leurs proches doit reposer sur certains éléments qui sont gages de succès. Outre l'appui de la direction, les patients partenaires doivent bénéficier d'un encadrement. Cet encadrement inclut un processus de recrutement et de sélection inclusif et représentatif de la démographie des patients et de leurs proches (West et Brown, s. d. ; White, 2012). C'est ainsi que l'Hôpital Montfort a développé sa méthodologie de recrutement et ses critères de sélection selon les meilleures pratiques, eux-mêmes appuyés par une recension des écrits (Desroches, 2013). En effet, recruter des patients partenaires assidus et efficaces exige d'avoir recours à une méthodologie appropriée (IPFCC, 2013 ; West et Brown, s. d. ; White, 2012). Il faut chercher à mobiliser des patients partenaires ayant déjà démontré leur désir de partager leurs perspectives. Les références par l'entremise des processus de relations avec les patients et les proches (White, 2012) – par exemple la gestion des plaintes ou les lettres de compliments – constituent un moyen privilégié de recrutement. Les références de l'équipe soignante (IPFCC, 2011 ; White, 2012 ; Zarubi, Reiley et McCarter, 2008) et les références par des activités de communication telles que le journal de l'hôpital (Ponte *et al.*, 2003), le site Web, des groupes communautaires (Vancouver Coastal Health, 2013) ou des événements de célébration (Ponte *et al.*, 2003) s'avèrent aussi des moyens de recrutement efficaces.

À l'avenir, les patients partenaires seront appelés à jouer un rôle toujours plus important dans l'élaboration des formations offertes par le Centre Prométhée. Ils pourront notamment contribuer au développement des scénarios de simulation en partenariat avec les autres professionnels de la santé. Ceci donnera lieu à des mises en situation plus pertinentes et fidèles à l'expérience des patients et de leurs proches.

## CONCLUSION

L'intégration des divers types de formation a permis une optimisation des ressources humaines, un meilleur arrimage des objectifs organisationnels et une bonification de la qualité et de la portée des formations ; celles-ci sont plus courtes, intensives et plus efficaces. Par ailleurs, l'intégration de données probantes, d'innovation et de principes de l'apprentissage adulte transcende toutes les formations, leur conférant un caractère interactif et créatif.

Le modèle Montfort se distingue par son caractère unique et interdisciplinaire. Ses éléments distinctifs sont l'offre de formation pour l'ensemble des employés d'un établissement de soins primaires sous un même toit, un partage d'expertise et une collaboration accrue entre tous les membres du personnel ainsi que l'intégration de patients partenaires, de la conception à la prestation des formations. En somme, il devient une référence pour la mise en œuvre de formations continues en soins de santé primaires, une mise en œuvre axée sur l'interprofessionnalisme, le transfert et le partage accru des connaissances et l'amélioration de la qualité des formations. De plus, l'expertise développée pourra être offerte à l'extérieur du cadre de l'Hôpital Montfort. Un centre de DPC intégrateur, haut lieu du savoir, est la pierre angulaire du processus de transfert des connaissances de la recherche vers la pratique. Il est garant de la fluidité de ce processus dans un milieu clinique. Il constitue le pendant des curriculums universitaires et permet de mieux répondre aux préoccupations du milieu clinique.

## RÉFÉRENCES

- ABERDEEN GROUP (2008). *Les techniques et stratégies efficaces d'intégration des nouveaux employés*, <[http://www.sap.com/france/pdf/Aberdeen\\_WP.pdf](http://www.sap.com/france/pdf/Aberdeen_WP.pdf)>.
- AGRÈMENT CANADA (2014). *Livret sur les pratiques organisationnelles requises 2014*. Ottawa : Agrément Canada.
- ARCAND, I. (2010). *Portrait de la formation générale et du développement professionnel continu en milieu hospitalier au Canada et ailleurs*, rapport non publié présenté au Comité sur la formation générale et le développement professionnel continu (CFGDPC) de l'Hôpital Montfort. Ottawa : Hôpital Montfort.
- BAUER, T.N. (2010). *Onboarding New Employees: Maximizing Success*. Alexandria : Society for Human Resource Management, <<http://www.right.com/thought-leadership/research/shrm-foundations-effective-practice-guidelines-series-onboarding-new-employees-maximizing-success-sponsored-by-right-management.pdf>>.

- BORN, K. et LAUPACIS, A. (2012). Public engagement in Ontario hospitals: Opportunities and challenges, *Healthcare Quarterly*, 15, 16-20. doi : 10.12927/hcq.2012.23159.
- CABLE, D.M. et PARSONS, C.K. (2006). Socialization tactics and person-organization fit, *Personal Psychology*, 54, 1-23. doi : 10.1111/j.1744-6570.2001.tb00083.x.
- CADELL, S., BOSMA, H., FLETCHER JOHNSTON, M., PORTERFIELD, P., CLINE, L., FRASER, J. et BOSTON, P. (2007). Practising interprofessional teamwork from the first day of class: A model for an interprofessional palliative care course. *Social Work Faculty Publications*, 13, <[http://scholars.wlu.ca/scwk\\_faculty/13](http://scholars.wlu.ca/scwk_faculty/13)>.
- CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique, <[http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)>
- DESROCHES, J. (2013). *Cadre de référence de participation du patient et ses proches*. Ottawa : Hôpital Montfort.
- DUBÉ, M. et BEAUDOIN, É. (2014). *Atelier de formation LE ROI : mythes et réalités*, présentation Powerpoint. Ottawa : Hôpital Montfort, Institut du développement et de l'avancement du leadership (IDEAL).
- DUMEZ, V. (2012). *Le patient partenaire : défis d'intégration et de coconstruction*. Montréal : Université de Montréal, Faculté de médecine, Bureau de l'expertise patient partenaire, printemps.
- FRANK, J.R. (2005). *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, <<http://www.chirurgie.umontreal.ca/wp-content/uploads/CanMEDS.pdf>>.
- FREETH, D., HAMMICK, M., KOPEL, I., REEVES, S. et BARR, H. (2002). *A Critical Review of Evaluations of Interprofessional Education*. Londres : Interprofessional Education Joint Evaluation Team (JET).
- HÔPITAL MONTFORT (2012). *Orientation à l'embauche. RH-DOT-01. Politiques et procédures*. Ottawa : Hôpital Montfort.
- HÔPITAL MONTFORT (2013). *Lexique des compétences clés*. Ottawa : Hôpital Montfort. Adapté de V. Catano et al. (2005). *Job Analysis and Competency Models, Recruitment and Selection in Canada*, 3<sup>e</sup> éd. (p. 147). Ottawa : HRM.
- HOYING, C. et ALLEN, S. (2011). Enhancing Shared Governance for Interdisciplinary Practice, *Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins*, 35(3), 252-259.
- INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE - IPFCC (2011). *Advancing the Practice of Patient and Family-Centered Care in Hospitals: How to Get Started...* Bethesda : IPFCC.
- INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE - IPFCC (2013). *Webinar - Creating a Patient and Family Advisory Council*, Webinaire. Ottawa : IPFCC, 12 février.
- INSTITUTE OF MEDICINE - IOM (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington : National Academies Press.
- KIRKPATRICK, D.L. et KIRKPATRICK, J.D. (2007). *Implementing the Four Levels*. San Francisco : Berrett-Koehler Publishers.
- LEAN MÉDICAL (2015). *La solution à vos casse-têtes, formation Ceinture verte LEAN*. S. I. : LEAN Médical.
- OANDASAN, I. et REEVES, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context, *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplément 1), 21-38.

- ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION - OMA (2010). *Patient-Centred Care*. Ontario Medical Review, document d'orientation. Toronto : OMA, juin.
- PHILIPS, J. et PHILIPS, P. (2015). *Return on Investment (ROI) Methodology*. Chelsea: ROI Institute.
- PIPER, L.E. (2011). The ethical leadership challenge: Creating a culture of patient- and family-centered care in the hospital setting, *Lippincott Williams & Wilkins*, 30(2), 125-132.
- PLANETREE (2009). *Patients as Experts, Patients as Partners: Integrating the Patient and Family Voice into Hospital Operations*. Sherbrooke: Planetree.
- PONTE, P.R., CONLIN, G., CONWAY, J.B., GRANT, S. et MEDEIROS, C. (2003). Making patient-centered care come alive: Achieving full integration of the patient's perspective, *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 82-90.
- RADIO-CANADA (2014). Accident ferroviaire mortel à Ottawa, un an plus tard, *Ici Radio-Canada.ca*, <<http://ici.radio-canada.ca/sujet/accident-train-autobus-ottawa>>.
- RATHERT, C., WYRWICH, M.D. et BOREN, S.A. (2012). *Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature*. Columbia: Sage Publications. doi : 10.1177/1077558712465774.
- ROMANOW, R. (2002). *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, <<http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>>.
- SANTÉ CANADA (2000). *Santé Canada - Politiques et boîte à outils concernant la participation du public à la prise de décisions*. Ottawa: Santé Canada.
- VACHON, B., DÉSORCY, B., CAMIRAND, M., RODRIGUE, J., QUESNEL, L., LABELLE, M., FOURNIER, J., et GRIMSHAW, J (2013). Engaging primary care practitioners in quality improvement: Making explicit the program theory of an interprofessional education intervention. *BMC Health Services Research*, 13, 106. doi: 10.1186/1472-6963-13-106.
- VANCOUVER COASTAL HEALTH - VCH (2013). *Conférence téléphonique avec Andi Cuddington, Leader, Community Engagement*. Ottawa: VCH, 27 février.
- WEST, M. et BROWN, L. (S. D.). *Patient and Family Advisory Council: Getting Started Tool Kit*. Kingston: Patient and Family Advisory Council, <[http://c.ymcdn.com/sites/www.theberylinsitute.org/resource/resmgr/webinar\\_pdf/pfac\\_toolkit\\_shared\\_version.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.theberylinsitute.org/resource/resmgr/webinar_pdf/pfac_toolkit_shared_version.pdf)>.
- WHEELER, K. (2008). *How the Best Onboarding Programs Work*. Boston: Aberdeen Group, <<http://www.ere.net/2008/10/03/how-the-best-onboarding-programs-work/>>.
- WHITE, K. (2012). Engaging patients to improve the healthcare experience, *Healthcare Financial Management*, 66(7), 84-88.
- ZARUBI, K., REILEY, P. et MCCARTER, B. (2008). Putting patients and families at the center of care, *Journal of Nursing Administration*, 38(6), 275-281.





## *Partie 2*

**INTÉGRATION D'UN NOUVEAU  
RÔLE PROFESSIONNEL  
ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL  
EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**





# *Chapitre 4*

## **L'INTÉGRATION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE EN CONTEXTE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE**

Entre aisance et perturbation

---

ANNIE RIOUX-DUBOIS  
AMÉLIE PERRON

LES INFIRMIÈRES SONT UN PILIER INCONTOURNABLE DU SYSTÈME DE SANTÉ canadien, notamment pour appuyer la réforme de la santé, contrer la pénurie de main-d'œuvre et résoudre la problématique liée tant à l'accès aux soins de santé qu'à l'effritement de leur qualité. Puisque le rôle des infirmières peut être de plus en plus prépondérant en soins de santé primaires (SSP), notamment en raison de leur expertise en promotion de la santé et en prévention des maladies, les associations professionnelles d'infirmières autorisées (IA) et d'infirmières praticiennes (IP) plaident largement en faveur de l'élargissement du champ de pratiques professionnelles qui implique d'intensifier la collaboration interprofessionnelle. En fait, l'IP est une IA d'expérience qui complète des études de cycle supérieur lui permettant de s'investir dans une pratique infirmière dite avancée. Outre son rôle clinique hybride (à la fois infirmier et médical), l'IP s'engage explicitement dans des activités de leadership, de collaboration, de recherche et d'éducation (Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada - IISCC, 2008). C'est donc dans un contexte de collaboration interprofessionnelle que ces infirmières exercent. La collaboration interprofessionnelle se définit ici par l'« établissement de relations collégiales qui progressent avec le temps selon l'expérience » (DiCenso, Paech et IBM Corporation, 2003, p. 8 ; traduction libre).

Bien qu'une plus grande sphère d'action infirmière soit bénéfique pour répondre aux impératifs d'accès et de qualité des soins, les compétences infirmières ne sont pas toujours appréciées à leur juste valeur par les autres professionnels et par le public, et le déplacement des frontières (inter)professionnelles qu'engendrent de nouveaux champs de pratique ne s'effectue pas sans contraintes ni bouleversements. L'impératif de collaboration interprofessionnelle contribue à déstabiliser les relations entre divers professionnels et à transformer les dynamiques intra-équipes, et force à repenser la coordination des activités visant l'atteinte de buts communs.

Ce chapitre vise à partager les résultats d'une étude ethnographique multisite qui examine spécifiquement l'intégration du rôle des IP en SSP dans ces contextes de collaboration et de négociations collectives, et ce, au sein de divers modèles de prestations de soins.

Nous survolerons donc, dans un premier temps, le contexte et l'historique de l'arrivée des IP en SSP au Canada et en Ontario, de la collaboration interprofessionnelle et des modèles ontariens de SSP. Nous montrerons, dans un second temps, que la collaboration interprofessionnelle offre des espoirs tangibles en SSP, mais qu'elle provoque parallèlement des revers saisissants, lesquels s'intensifient au regard de ressources limitées ou de soutien inadéquat.

## UNE RECENSION DES ÉCRITS

### *L'arrivée des infirmières praticiennes en soins de santé primaires*

C'est dans les années 1960 au Canada qu'émerge l'appellation *infirmière praticienne* (Patterson, 2011). La conception initiale du rôle de l'IP a été présentée en termes d'objectifs préventifs (et non curatifs), de promotion de la santé, de soutien et de maintien de la santé à domicile. C'est durant cette même période que la pratique de l'IP a vu le jour au Canada. Les programmes de formation débutent en 1967 et s'accroissent (six universités en 1972). Sous de chaudes recommandations quant à l'élargissement des rôles infirmiers, Boudreau (1972) présente les IP comme des partenaires indispensables pour améliorer l'efficacité des soins de santé et assister le médecin par le biais de délégations. Dès les années 1960, l'IP américaine possède un champ de pratique plutôt autonome auprès des familles et des enfants, tandis que l'IP canadienne semble être limitée à un rôle d'assistante médicale, une fonction de remplacement (Allen, 1977). Ainsi, dès sa création, la fonction d'IP suscite différentes interprétations de son rôle, ce qui influence son intégration.

Différents discours ont émergé, s'unissant, neutralisant ou freinant les changements qui s'opéraient sur le plan des pratiques professionnelles. Sur le plan philosophique, le rapport Lalonde (1974) a renversé les fondements sacrés du paradigme biomédical, axé sur l'évaluation et la gestion de la biologie humaine. Lalonde (1974) souligne l'apport indéniable des déterminants de la santé sur les communautés canadiennes, telle la contribution de l'environnement dans le maintien de la santé. Surviennent ensuite la Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) sur les SSP et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986), qui toutes deux réitèrent le fait que le modèle biomédical traditionnel est inadéquat pour gérer à lui seul la complexité des phénomènes de maladie et de santé. Le *soin de santé primaire* se distingue du *soin primaire*, qui est concentré sur les soins épisodiques, des soins nécessairement plus curatifs, en droite ligne avec le paradigme biomédical. Le SSP promeut quant à lui une vision plus holistique de la santé, qui inclue les déterminants de la santé et les cinq principes fondamentaux suivants : accessibilité, participation du public, promotion de la santé, collaboration intersectorielle et technologie appropriée. La pratique infirmière dite avancée s'inscrit précisément dans les quatre premiers principes des SSP. Étonnamment, bien que ces conceptions holistiques des déterminants de la santé et des SSP épousent parfaitement la perspective infirmière, et malgré la forte volonté politique de l'époque, le rôle de l'IP a généré de graves résistances. Ainsi, sur le plan des données probantes et malgré plusieurs études rigoureuses montrant, dès les années 1970, l'effet positif des IP sur l'efficacité et la sécurité des soins ainsi que sur la satisfaction des patients, la disparition des IP n'a pu être évitée (Kaasalainen et al., 2010).

Plusieurs documents attestent d'un fort territorialisme médical durant cette période. Par exemple, un médecin de famille stipulait ainsi qu'une IP était « acceptable » pour prodiguer des soins aux pauvres, mais que d' « abandonner les soins primaires

aux autres » constituerait l'échec de la médecine et renforcerait des iniquités en santé (Roemer, 1976, p. 4 ; traduction libre). Bien que l'IP puisse soutenir des efforts axés sur des interventions holistiques, en SSP et auprès de communautés entières, elle présentait aussi une menace à la survie d'entités existantes et provoquait le bousculement de frontières professionnelles.

Si le gouvernement canadien avait investi dans la création du rôle de l'IP dans les années 1970, dans les années 1980, son adoption fut freinée par divers enjeux politiques (p. ex. manque de financement du rôle, problèmes liés à la rémunération des médecins, perception d'un surplus d'effectifs médicaux) (Edwards, Rowan et Grispun, 2011 ; Kaasalainen et al., 2010). Le dernier programme de formation est aboli en 1983. Certaines des 250 IP formées entre 1970 et 1983 réorientent leur pratique, tandis que d'autres migrent vers les centres de santé communautaire et les centres nordiques (Kaasalainen et al., 2010), bien qu'elles pratiquent déjà pour la plupart en régions rurales et nordiques aux prises avec une pénurie médicale. En 1993, le Nouveau Parti démocratique et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO) annoncent une initiative visant à réintégrer les IP dans les milieux de SSP afin d'en améliorer l'accès. Les IP reviennent ainsi au compte-gouttes, mais leur rôle se renforce à la suite de la création du Consortium ontarien des 10 universités en 1994, avec la reprise des programmes de formation (diplôme d'études supérieures) en 1995 et la reconnaissance légale du titre professionnel en Ontario en 1998. Le commissaire Romanow (2002) pressera aussi le gouvernement d'investir dans les SSP. Parmi les stratégies proposées, il recommande notamment de renforcer le rôle de l'IP. Dans les années 2000, des emplois d'IP sont créés, le champ de pratique de l'IP est élargi, le discours de collaboration interprofessionnelle s'intensifie et de nouveaux modèles de prestation de soins voient le jour.

### *Les modèles interprofessionnels ontariens de soins de santé primaires*

Le MSSLDO a rapidement ressuscité le rôle de l'IP en plus de réunir ses anciens opposants sous un même toit, notamment au sein des équipes de santé familiale. Pour ce faire, il marchandait l'idée des *modèles de SSP collaboratifs*, au profit de nouveaux incitatifs financiers ; d'innovations technologiques ; de discours de soins accessibles, intégraux et de qualité ; et de l'efficacité accrue du médecin quand une *équipe le soutient*. S'ensuit une période de transition durant laquelle les cliniques médicales se convertissent *volontairement* en groupes de santé familiale, une étape clé pour ajuster les modalités de financement et les mœurs liées à la collaboration (Muldoon et al., 2006). Les équipes de santé familiale (ESF), axées sur le paradigme biomédical, dirigées par des médecins, mais qui intègrent souvent des IP, naissent en 2005. Afin de rendre ce modèle plus attrayant pour les médecins, initialement réticents, le MSSLDO leur a fait diverses assurances : une rémunération plus élevée, du soutien et du financement pour intégrer certaines technologies (p. ex. dossiers électroniques) et le maintien de l'autorité médicale sur les pratiques professionnelles (« équipe en soutien au médecin »), et ce, malgré les discours

**TABLEAU 4.1.** Comparaison des modèles interprofessionnels ontariens de SSP

	CSC	ESF	CDIP
<b>Création</b>	1975	2005	2007
<b>Nombre actuel</b>	75	188	25
<b>Conseil d'administration (CA)</b>	CA communautaire	CA dominé majoritairement par des MD. Modèles de gouvernance mixte ou communautaire possibles.	CA dominé par des IP (51% des représentants sont des IP).
<b>Objectifs</b>	SSP, promotion de la santé, prévention des maladies, clientèles mal desservies, développement communautaire	SP, accessibilité, soins intégrés et familiaux, utilisation de la technologie, programmes de prévention des maladies	SP, soins intégrés et familiaux, soins aux patients orphelins (sans médecin de famille), programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé possibles
<b>Type de clientèle</b>	Généralement socioéconomiquement défavorisée, maladies chroniques, nouveaux arrivants	Généralement plus favorisée, plus en santé	Patients orphelins surtout. Autres clientèles généralement socioéconomiquement défavorisées, maladies chroniques, nouveaux arrivants
<b>Type de collaboration</b>	MD partenaires	« Équipe en soutien aux MD »	MD consultants
<b>Inclusion des IP</b>	Incluses dès la création des CSC	IP optionnelles, IA obligatoires	IP obligatoires
<b>Rémunération</b>	Salaire	Paiements par capitation combinée	Paiement à l'acte + 10 000\$/année pour chaque IP (qu'elles consultent ou non)

Source: Adapté de Russell et al. (2009), de Glazier, Zagorski et Rayner (2012) et de Heale (2012).

de collaboration interprofessionnelle de plus en plus courants à l'époque. Étonnamment, bien que les centres de santé communautaire (CSC), nés dans les années 1970, aient fait leurs preuves en intégrant pleinement les IP, en minimisant les structures hiérarchiques (la collaboration interprofessionnelle) et en harmonisant les philosophies de soins des divers professionnels, ce modèle n'a pas été le bénéficiaire d'autant d'investissements : même si les CSC sont réellement interdisciplinaires, les médecins ont montré peu d'intérêt pour ce modèle (Muldoon et al., 2006). De plus, les CSC s'appuient sur une philosophie communautaire axée sur les déterminants de la santé, notion peu attrayante à une époque

de réduction des dépenses publiques. Toutefois, en 2007, fortement appuyées par le public et les médias, et malgré l'opposition féroce des associations médicales, 25 cliniques dirigées par des IP (CDIP) sont financées par le MSSLDO. Ces cliniques, premières du genre au Canada, voient le jour à la suite des protestations de deux IP visionnaires estimant que les IP étaient la solution d'accès aux soins des 30 000 patients orphelins (sans médecin de famille) de la région de Sudbury (Heale, 2012). Les CDIP favorisent l'autonomie infirmière et éliminent les possibilités, encore existantes aujourd'hui, que des médecins soient rémunérés pour des interventions réalisées par des IP (Heale, 2012). Il existe donc trois modèles de SSP, qui présentent des objectifs, une gouvernance et des modalités de financement qui diffèrent (tableau 4.1).

### ***La collaboration interprofessionnelle***

En SSP, la collaboration interprofessionnelle se concrétise par la formation de nouvelles relations entre les divers acteurs qui ont récemment intégré les SSP (IA, IP, pharmaciens, psychologues, etc.) et par la capacité à stabiliser ce nouveau réseau social, dorénavant plus complexe. La collaboration interprofessionnelle est bénéfique, car des études montrent que les soins interprofessionnels améliorent les résultats des patients, des professionnels et de l'organisation (Barrett *et al.*, 2007). Même si les IP améliorent indéniablement la qualité des soins (Russell *et al.*, 2009), il semble qu'en milieu clinique, les principes inhérents à la collaboration interprofessionnelle, tels que la communication et le respect, sont difficilement respectés (Donald *et al.*, 2010 ; D'Amour, Tremblay et Proulx, 2009). Pour bon nombre d'IP, les contextes de pratique demeurent donc difficiles. Plus du tiers des IP canadiennes changent d'emploi dans l'année suivant leur embauche en raison du manque d'acceptation de leur rôle et de conflits interprofessionnels (Sullivan-Bentz *et al.*, 2010). Les IP ayant l'intention de quitter leur poste (27 %) se perçoivent comme membres non valorisées des équipes, limitées quant à leur avancement, exclues de plusieurs processus décisionnels et vivant des relations insatisfaisantes avec leurs collègues (De Milt, Fitzpatrick et McNulty, 2011). Les milieux de soins sont aussi davantage reconnus pour leur structure hiérarchique (Kilpatrick *et al.*, 2011) contraire aux principes de la collaboration interprofessionnelle qui, elle, requiert un partage des compétences et du pouvoir décisionnel.

### ***Présentation de l'étude***

À la lumière de ce portrait, cette étude vise à explorer la position de l'IP dans les réseaux locaux de SSP et l'articulation de son rôle en contexte de collaboration interprofessionnelle. La collaboration interprofessionnelle peut se décliner différemment dans chaque modèle de SSP, chacun étant le produit de discours et de processus politiques, historiques et sociaux qui seront vécus par les IP tout au long de leur cheminement professionnel.

Le paradigme de la théorie critique et sociale a sous-tendu notre conception et notre analyse du phénomène étudié. La théorie de l'acteur-réseau (Latour, 2006) a été utilisée comme guide théorique et méthodologique. Cette théorie affirme que les phénomènes sociaux sont le produit d'arrangements sociaux où sont formés des réseaux et où s'opère la conciliation des intérêts des acteurs, humains ou non humains. Cette théorie évite de restreindre les phénomènes sociaux en dyades (barrières et facilitateurs, par exemple) ou en phases structurées (telles que celles proposées par le PEPPA), des approches fréquentes dans les études qui s'intéressent à l'intégration des IP. Cette étude présente les dynamiques locales vécues par les équipes et les IP. Dans le but d'émanciper ces dernières, cette étude a prévu de *faire parler* les IP plus que les autres professionnels puisque les recherches antérieures n'ont recruté que de petits nombres d'IP (masse critique faible).

Un devis ethnographique critique multisite permet ainsi d'examiner la culture de collaboration des milieux de SSP (rites, pratiques, discours, relations) et l'intégration du rôle des IP. Ces deux phénomènes transcendent différents modèles de SSP et s'inscrivent au-delà des barrières physiques des institutions elles-mêmes.

Les trois différents modèles de SSP ontariens (CSC, ESF et CDIP) ont été investis à raison de deux sites chacun ( $n = 6$  sites). Le contexte ontarien se prête parfaitement à cette étude puisque s'y sont jouées l'introduction initiale des IP, puis les luttes politiques ayant assuré leur disparition puis leur retour dans le système de santé ontarien. Il est alors possible d'examiner la trajectoire d'un rôle intégré depuis beaucoup plus longtemps que certaines provinces canadiennes et d'inclure une variété de modèles de prestation des SSP. L'inclusion de ces modèles permet d'englober une diversité d'expériences liées à l'intégration des IP et aux contextes de collaboration.

La collecte de données multimodale comprenait des entrevues semi-structurées avec 23 IP en SSP, 340 heures d'observation (lieux physiques, rencontres interprofessionnelles ou administratives, etc.) et de l'analyse documentaire (organigrammes, descriptions de postes, documents sur la CI, etc.). Parmi les IP recrutées, 22 étaient des femmes ; 14 avaient moins de 5 années d'expérience, 5 entre 6 et 10 années, et 4 avaient plus de 10 années d'expérience comme IP en SSP. Huit travaillaient en CSC, 10 en CDIP et 5 en ESF. Sept participants avaient travaillé dans des ESF auparavant, avant de choisir de travailler en CSC ou en CDIP. Ces participants ont tous partagé leur vécu en ESF et comparé celui-ci avec leurs expériences actuelles. Une analyse thématique, puis une analyse critique de discours ont été réalisées avec les entrevues transcrites et les documents afin de dégager les notions d'intégration interprofessionnelle et de négociation du rôle de l'IP, mais aussi d'examiner les orientations des discours locaux, leurs convergences et divergences ainsi que les non-dits. Nous rapportons deux aspects centraux de l'analyse thématique, à savoir les espoirs suscités par la collaboration interprofessionnelle et les difficultés du point de vue des IP qui exercent en équipes interprofessionnelles. L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa et le soutien des six milieux investis.

## LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

### *Les espoirs de la collaboration*

Dans les milieux médicaux, la collaboration interprofessionnelle répond aux besoins des patients et des professionnels qui voient leur pratique bonifiée par l'expertise des autres membres de l'équipe : « *Tu vas chercher l'expérience de l'autre personne parce que tu sais très bien qu'elle n'a peut-être pas appris ça à l'école, mais peut-être qu'elle a appris sur le terrain, en pratique* » (IP18, CSC).

La plupart des IP décrivent la collaboration interprofessionnelle comme un idéal à atteindre et comme un concept reposant sur le respect, la confiance et même l'amitié. À cet égard, certains milieux ont choisi de formaliser les pratiques collaboratives sans toutefois proposer une définition formelle. Par exemple, un CSC a réservé un espace de rencontre quotidien, par le biais d'un débriefing de fin de journée, qui permet de gérer quotidiennement les conflits, les dilemmes éthiques et les cas-patients difficiles, et d'assurer la communication entre tous les membres, qu'ils soient cliniciens, administrateurs ou réceptionnistes. Un autre CSC a institué une pause en début de journée, une façon de regrouper les partenaires autour de thématiques de la vie quotidienne et de multiplier les échanges non strictement liés à la sphère professionnelle, ce qui promeut l'amitié préalablement requise pour l'exercice collaboratif. Les CSC ont également prévu du temps à l'horaire quotidien au service de la documentation, un temps partagé par tous les membres de l'équipe servant souvent plus ou moins formellement à la collaboration interprofessionnelle. Dans le cas du non-respect de ces allocations de temps, l'IP était en mesure d'imposer sa présence plus facilement en évoquant le fait qu'il s'agissait de décisions organisationnelles : « *Ça a été une décision du centre qu'il y ait cette période-là. On est supposés être dans une relation de collaboration. Puis les médecins sont supposés être en accord avec ce rôle de collaboration-là quand ils sont engagés ici* » (IP18, CSC).

Dans les ESF, la pratique collaborative est plutôt organisée virtuellement, car les membres de ces équipes sont nombreux, éloignés géographiquement et ont des horaires de travail irréguliers. Compte tenu de leur mandat gouvernemental d'intégrer les technologies de l'information, les ESF privilégient donc ces modalités virtuelles, avec leurs avantages, mais aussi leurs inconvénients :

*C'est plus facile pour [les ESF] de s'agrandir parce qu'ils n'ont pas besoin d'assurer qu'on soit face à face... C'est dur de dire si c'est un avantage ou non. Pour moi, je n'aime pas ça être seule, j'apprends beaucoup de mes collègues... Alors comme IP en SP, je trouve que j'ai perdu ça, de pouvoir grandir avec mes collègues... Ici c'est tellement isolé, tu peux voir qu'on a des rencontres, mais pas beaucoup de rencontres interdisciplinaires* (IP14, ESF).

Les plateformes virtuelles peuvent créer un pont entre des individus dispersés et offrir un accès rapide entre collègues. Toutefois, elles font aussi obstacle à la connaissance de l'autre, à la personnification et à la solidarité, des notions fondamentales à la collaboration interprofessionnelle : « *Le plus gros ça devient, le plus dur c'est. Je pense que le rêve d'avoir des ESF énormes, c'est dur de garder des liens serrés* » (IP14, ESF).

En CDIP, la pratique collaborative se rallie aux partenariats étroits établis avec les membres de l'équipe et réfère à l'ouverture et à la formalisation des champs de pratique de chacun. Les IP suggèrent que ce modèle de SSP, divergeant des structures hiérarchiques, pousse plus aisément à la collaboration interprofessionnelle :

*On est tellement un modèle de collaboration, qu'on essaie vraiment de ne pas être hiérarchiques... on essaie vraiment d'avoir le point de vue de tout le monde et je pense que c'est sur ça qu'on a vraiment, vraiment travaillé dans les dernières années* (IP2, CDIP).

Tous les milieux de SSP investigués ont institué des rencontres d'équipes cliniques ou administratives. Pour certains, elles avaient lieu toutes les semaines, pour d'autres, mensuellement. Un leadership prévoyant et intuitif établi à l'initiative des acteurs locaux permet de bonifier les pratiques collaboratives : « *Chez [le dernier employeur, en ESF], on m'a encouragée à ne pas rester dans mon bureau* » (IP10, ESF).

Le succès de la collaboration interprofessionnelle n'est donc pas confiné à un modèle de SSP particulier, mais repose notamment sur le leadership individuel, les espaces physiques et la confiance entre partenaires. « *Certains médecins nous font confiance, ils disent : "Mes patients, si tu veux les voir, pas de problème, pas besoin de me le demander..." Pour les autres, c'est une guerre de clochers. C'est ridicule* » (IP9, ESF).

Ce genre d'initiative, qui permet de clarifier très tôt les attentes envers l'IP, semble utile pour instaurer la confiance, émanciper la pratique des IP et éviter de possibles malentendus. Toutefois, si la collaboration interprofessionnelle présente plusieurs aspects positifs, elle entraîne aussi certaines difficultés.

### ***Les difficultés de la collaboration***

En parlant de collaboration interprofessionnelle réussie, les IP évoquent surtout leurs relations avec l'ensemble des professionnels de la santé en dehors des médecins. Les propos recueillis indiquent que le manque de collaboration, réel ou perçu, avec certains médecins provoque des tensions. Dans l'ensemble des sites investis, les IP ont peu d'occasions de se retrouver en présence des médecins collaborateurs, car ceux-ci ne sont pas disponibles ou participent rarement aux rencontres interprofessionnelles. Les IP interrogées disent ainsi « *consulter* » le médecin plutôt que « *collaborer* » avec lui, car sa présence est plutôt rare. Or, ce professionnel est essentiel à la pratique de l'IP quand celle-ci atteint la limite de son expertise ou de son champ clinique légal. Ce manque d'exposition à l'un et à l'autre freine le développement des liens nécessaires à la collaboration entre médecin et IP. Cette

distance provoque chez les IP un état inconfortable, de l'appréhension, de l'évitement et parfois même le désir de changer de milieu de travail. La confiance étant basée sur une relation à double sens, les IP désirent davantage de réciprocité des médecins, laquelle ne serait pas systématique : « *On dit "collaboration", sauf que ça ne va pas nécessairement dans les deux sens* » (IP18, CSC).

Les IP décrivent donc certaines stratégies pour mettre à profit les brefs moments où elles peuvent échanger avec les médecins, tel le fait de limiter leurs questions à ces derniers. Mais elles choisissent parfois de ne pas formuler certaines demandes qui, selon leur expérience, resteront sans réponse : « *Je le sais qu'ils sont occupés puis, bien, tu limites tes questions... J'ai déjà évité d'aller consulter* » (IP18, CSC).

D'autres évoquent la peur d'être jugée, car si la collaboration interprofessionnelle permet de montrer les forces de chacun, elle expose aussi leurs limites : « *C'est juste que je n'ose pas... Ils vont me trouver agaçante... Je ne veux pas qu'ils disent : "Voyons, elle ne sait rien, elle"* » (IP8, CSC).

Lorsque les médecins sont peu disponibles, les IP manquent d'occasions pour les consulter au sujet de questions critiques au sujet des soins aux patients : « *[Des consultations] deux fois semaine seraient bien, on en avait plus avant, mais le Ministère a coupé les heures. Alors ç'a été un gros problème. Ce que j'aimerais, c'est pouvoir faire toutes mes consultations* » (IP1, CDIP).

La consultation médicale est accessible par téléphone ou par courriel, mais les médecins n'y donnent pas toujours suite et les IP préfèrent le face-à-face pour les questions plus complexes : « *Ça fait deux-trois messages que j'envoie à un médecin... j'essaie d'expliquer que ce n'est pas ça que je veux, je veux le voir parce que c'est compliqué* » (IP15, ESF).

Dans une des CDIP étudiées, de telles lacunes dans la collaboration interprofessionnelle pourraient mener à l'exclusion de certaines clientèles : « *Si on n'avait aucune limite sur le temps des médecins et le financement, ce ne serait pas un problème, on pourrait accepter tous ces patients orphelins. Mais là, il faut qu'on soit très sélectifs avec les patients qu'on prend* » (IP3, CDIP).

Selon les participants de tous les milieux, un manque de collaboration interprofessionnelle peut mener à des temps d'attente, une réduction d'accès aux soins, des délais dans les soins et donc présenter un potentiel de risque pour la santé des patients. Ceci complexifie également la tâche des IP, qui doivent souvent ajuster leurs soins et leurs horaires selon ceux des médecins.

La collaboration interprofessionnelle constitue donc un exercice ardu de négociation interprofessionnelle. Toutefois, elle est à ce point tenue pour acquise qu'aucun milieu de SSP ne l'a explicitement définie, chacun étant libre d'interpréter ce concept à sa guise :

*Il n'y a rien qui est écrit. Ah, il y a des belles théories sur les principes de collaboration, mais, en pratique, il y a un gros écart (IP18, CSC).*

*Le médecin dit: «On est tous d'accord sur un point, notre but, c'est de faciliter le travail du médecin.» Non! Si on part de cette base-là, on ne s'entendra jamais [...] Il faut que [les médecins] dévient de cette mentalité-là, du «moi» au «patient» (IP9, ESF).*

Plusieurs participants estiment que la collaboration interprofessionnelle dépend de l'apprentissage des préférences individuelles des partenaires, difficile à accomplir si certains sont absents. Mais si ces particularités ne sont pas négociées au départ, elles pourraient entraîner des faux-pas ou des tensions ultérieures :

*Certains n'aiment pas la messagerie instantanée, d'autres aiment mieux que tu cognes, d'autres aiment mieux te voir quand ils ont fini (IP15, ESF).*

*Je ne veux pas déranger les affaires que les médecins font avec leurs patients... ou qu'ils disent: «À quoi elle pensait de faire ça avec MON patient?» (IP8, CSC).*

Il revient donc aux IP de créer des espaces de collaboration :

*J'ai demandé [une demi-heure hebdomadaire pour discuter de cas lourds], mais les médecins ne veulent pas. Ils disent: «C'est juste quand c'est indiqué, tu peux venir nous voir» [...] Alors il faut que ça soit moi qui décide quand aller les voir (IP2, CSC).*

*Il faut aller cogner, c'est juste toi qui vas créer la collaboration. Il n'y a personne qui va dire: «Puis, ma petite fille, comment ça va?» [ton paternel]. C'est toi qui dois te démarquer. Il faut que tu trouves des solutions à tes problèmes (IP18, CSC).*

Plusieurs IP semblent également considérer la modification de leur pratique clinique comme nécessaire pour préserver l'harmonie entre elles et les médecins et gagner leur confiance, choisissant ainsi de céder une part de leur autonomie professionnelle :

*Je voyais son patient pour la cessation du tabac. J'avais pensé que ça [un médicament] serait une bonne idée, mais lui [le médecin] était contre. Alors, c'est clair! (IP2, CSC).*

*L'IP doit céder un peu son autonomie... pour avoir la confiance (IP9, ESF).*

## **Les implications pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle**

Cette étude dresse un portrait unique de la collaboration interprofessionnelle en SSP. La collaboration interprofessionnelle est dynamique, fluide et elle est constituée de relations complexes sur les plans personnel, socioprofessionnel et organisationnel qui peuvent améliorer, neutraliser ou restreindre l'intégration et le déploiement de nouveaux rôles (tels que celui des IP) ou affecter la qualité des soins prodigués aux patients.

Bien que les relations de collaboration entre les IP et l'équipe interprofessionnelle, tels que les IA, les diététistes et autres cliniciens, semblent harmonieuses, ce sont les relations avec les médecins qui sont plus complexes, souvent

difficiles, délicates et anxiogènes. Ces perceptions s'accroissent lorsque les collaborateurs ont peu d'échanges face à face, lorsque les cliniques satellites d'un même centre sont éloignées géographiquement ou lorsque les horaires de travail réduisent les relations collaboratives. Certaines équipes doivent se fier davantage aux outils technologiques pour établir et maintenir la collaboration interprofessionnelle (Legault *et al.*, 2012). Notre étude suggère également que la collaboration interprofessionnelle peut perpétuer les hiérarchies qu'elle tente d'éliminer. Par ailleurs, certaines IP, moins expérimentées, manquent de confiance dans leurs propres compétences cliniques, dans la nature légitime de leurs demandes aux médecins, et dans leur sujétion à certaines traditions (p. ex. le fait que le médecin a toujours le dernier mot).

Sur le plan de la recherche, il serait intéressant d'examiner de façon plus détaillée les principes, les attitudes et les processus qui favorisent la configuration de réseaux de collaborateurs, laquelle peut demeurer hautement hiérarchisée. Par exemple, bien que les divers membres des équipes peuvent s'entendre sur les avantages de la collaboration (p. ex. qualité et sécurité des soins), des divergences d'opinion perdurent quant à la manière dont devraient s'articuler les pratiques et les décisions professionnelles.

Sur le plan des implications pour la pratique, les milieux de SSP pourraient bénéficier de soutiens supplémentaires à la collaboration interprofessionnelle par le biais d'agents d'intégration, de temps protégé, d'espaces partagés, de reconnaissance formelle des activités de collaboration et d'élaboration de processus et de politiques consensuels. Selon notre étude, le besoin – légitime – des IP de s'imposer lorsque des circonstances cliniques l'exigent, les relations inégalitaires persistantes et le soutien aux équipes vis-à-vis de la négociation interprofessionnelle constituent des éléments clés de la manière dont la collaboration interprofessionnelle peut se concrétiser en milieux de SSP. Il s'agirait également d'abolir les structures organisationnelles qui perpétuent les hiérarchies au sein de l'équipe collaborative, tel le principe de l'inscription des patients. En fait, les IP rapportent que leur pratique est confinée par ce principe informel selon lequel les patients « appartiennent » à un médecin particulier, ce qui réduit davantage l'autonomie dont elles jouissent légalement. La disponibilité limitée de certains médecins peut également être problématique. À ce titre, nos données suggèrent que l'approche virtuelle est plus efficace chez les équipes aguerries où des liens sont établis de plus longue date. Chez les équipes plus jeunes, ces relations virtuelles se développeraient aussi, mais à plus long terme. Toutefois, certains médecins demeurent non disponibles et les approches virtuelles (p. ex. courriel) peuvent contribuer à retarder les échanges si les médecins ne donnent pas suite aux communications reçues.

Sur le plan de la formation des IP et des médecins en SSP, en cours de formation universitaire, il serait impératif d'abandonner le discours persistant de la collaboration interprofessionnelle en tant que soutien au médecin puisque celui-ci est un faux raisonnement qui peut contribuer aux difficultés de collaboration et perpétuer les perceptions d'inefficacité du rôle de l'IP. Par ailleurs, les médecins doivent mieux intégrer le principe

de réciprocité nécessaire à la collaboration interprofessionnelle, en plus de prioriser (et de provoquer) les rencontres interprofessionnelles comme faisant partie de leurs obligations professionnelles pour le bien des patients. Avec davantage de réciprocité, les IP ne seraient pas contraintes de quémander des rencontres. Ces initiatives manquées, causées par de multiples facteurs, sont d'autant plus problématiques en CDIP, où les médecins reçoivent une rémunération annuelle supplémentaire précisément à cette fin.

Les médecins à eux seuls ne sont pas garants de la perception de relations de collaboration difficiles. Notre étude montre que certaines IP moins expérimentées ont du mal à s'affirmer auprès des médecins et interprètent cette lacune comme un manque de collaboration. Ces incertitudes, couplées au manque de disponibilité de certains médecins, empêchent des discussions franches visant à clarifier les attentes, les besoins et les préférences de chacun. Les perceptions de « déranger » ou de bousculer les habitudes des médecins sont donc rarement validées, ce qui perpétue le doute quant à la viabilité de ces collaborations. Il serait ainsi d'importance que les programmes de formation outillent les IP dans leur capacité à s'affirmer, à asseoir leur légitimité, à négocier les attentes, à valider leurs perceptions et à exercer le leadership propre à la pratique infirmière avancée.

## RÉFÉRENCES

- ALLEN, M. (1977). Comparative theories of the expanded role in nursing and implications for nursing practice: A working paper, *Nursing Papers*, 9, 38-45, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/244878>>.
- BARRETT, J., CURRAN, V., GLYNN, L. et GODWIN, M. (2007). *Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation, <[http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport\\_E\\_rev4\\_FINAL.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_E_rev4_FINAL.pdf)>.
- BOUDREAU, T. (1972). *Report of the Committee on Nurse Practitioners*. Ottawa : Department of National Health and Welfare.
- D'AMOUR, D., TREMBLAY, D. et PROULX, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical, *Recherches sociographiques*, 50, 301-320. doi: 10.7202/038041ar.
- DE MILT, D., FITZPATRICK, J. et MCNULTY, S. (2011). Nurse practitioners' job satisfaction and intent to leave current positions, the nursing profession, and the nurse practitioner role, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 42-50. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00570.x.
- DICENSO, A., PAECH, G. et IBM CORPORATION (2003). *Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario*, rapport final. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care, 30 juin.
- DONALD, F., MARTIN-MISENER, R., BRYANT-LUKOSIUS, D., KILPATRICK, K., KAASALAINEN, S., CARTER, N. et al. (2010). The primary healthcare nurse practitioner role in Canada, *Nursing Leadership*, 23, 88-113. doi: 10.12927/cjnl.2013.22271.
- EDWARDS, N., ROWAN, M. et GRISPUN, D. (2011). Understanding whole systems change in health care: The case of nurse practitioners in Canada, *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 12, 4-17. doi: 10.1177/1527154411403816.

- GLAZIER, R., ZAGORSKI, B. et RAYNER, J. (2012). *Comparaison des modèles de soins primaires en Ontario en fonction des données démographiques, de la casuistique et de l'utilisation des salles d'urgence, de 2008-2009 à 2009-2010*, rapport d'enquête. Toronto: Institut de recherche en services de santé, <<http://www.ices.on.ca/-/media/Files/Atlases-Reports/2012/Comparison-of-primary-care-models-in-Ontario/Rapport%20en%20français.ashx>>.
- HEALE, R. (2012). Overcoming barriers to practice: A nurse practitioner-led model, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 358-362. doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00737.x.
- INFIRMIÈRES et INFIRMIERS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU CANADA – IISCC (2008). *La pratique infirmière avancée: un cadre national*. Ottawa: AIIIC, <<http://www.aiinb.nb.ca/PDF/practice/ANP%20National%20Framework%20FR.pdf>>.
- KAASALAINEN, S., MARTIN-MISENER, R., KILPATRICK, K., HARBMAN, P., BRYANT-LUKOSIUS, D., DONALD, F. et al. (2010). A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada, *Nursing Leadership*, 23, 35-60. doi: 10.12927/cjn.2010.22268.
- KILPATRICK, K., LAVOIE-TREMBLAY, M., RITCHIE, J. et LAMOTHE, L. (2011). Advanced practice nursing, health care teams, and perceptions of team effectiveness, *Health Care Manager*, 30, 215-226. doi: 10.1097/JTN.0000000000000090.
- LALONDE, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: Information Canada.
- LATOURET, B. (2006). *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte.
- LEGAULT, F., HUMBERT, J., AMOS, S., HOGG, W., WARD, N., DAHROUGE, S. et al. (2012). Difficulties encountered in collaborative care: Logistics trumps desire, *Journal of American Board of Family Medicine*, 25, 168-176. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.110153.
- MULDOON, L., ROWAN, M., GENEAU, R., HOGG, W. et COULSON, D. (2006). Models of primary care service delivery in Ontario: Why such diversity?, *Healthcare Management FORUM Gestion des soins de santé*, 19, 18-23. doi: 10.1016/S0840-4704(10)60240-2.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (1978). *Les soins de santé primaires. Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance*. Genève: OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève: OMS.
- PATTERSON, C. (2011). *Nurse Practitioners... The Catalyst of Change*. Brantford: JPatt Publishing.
- ROEMER, M. (1976). Physician extenders and primary care... An international perspective, *Urban Health*, 5(5), 40-42.
- ROMANOW, R. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada, <[http://www.cbc.ca/healthcare/final\\_report.pdf](http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf)>.
- RUSSELL, G., DAHROUGE, S., HOGG, W., GENEAU, R., MULDOON, L. et TUNA, M. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors, *Annals of Family Medicine*, 7, 309-318. doi: 10.1370/afm.982.
- SULLIVAN-BENTZ, M., HUMBERT, J., CRAGG, B., LEGAULT, F., LAFLAMME, C., BAILEY, P. et al. (2010). Supporting primary health care nurse practitioners' transition to practice, *Canadian Family Physician*, 56, 1176-1182, <<http://www.cfp.ca.proxy.bib.uottawa.ca/content/56/11/1176.long>>.



# *Chapitre 5*

## **L'INTÉGRATION D'UN NOUVEAU RÔLE AU SEIN D'UNE ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

Une étude de cas

---

LILIANE PRAIRIE  
DANIELLE DE MOISSAC  
ANNETTE SCHULTZ  
DAUNA CROOKS

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, LA DIVERSITÉ ET LA COMPLEXITÉ grandissante des soins requis par les patients atteints de maladies chroniques ainsi qu'une exigence de la part des patients quant à la qualité des soins reçus obligent une révision de la prestation des services de santé au Canada (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2007 ; Stone, Dawson et Harahan, 2004). À l'heure actuelle, on reconnaît que la gestion efficace des maladies chroniques requiert souvent les services spécialisés que peuvent offrir divers professionnels de la santé intégrés au sein d'équipes de soins interdisciplinaires (Porter-O'Grady, 2004), qui se complètent et élargissent l'éventail des services offerts (Kreindler, 2009 ; Grumbach et Bodenheimer, 2004). L'offre de services exhaustifs devient ainsi plus facilement accessible et peut mieux répondre aux besoins complexes de la clientèle, particulièrement ceux des populations vulnérables. Toutefois, bien que les réformes récentes soutiennent la mise en place d'équipes de soins interdisciplinaires, Desjardins (2011) rapporte que l'accès à une telle équipe demeure peu commun au Canada ; en 2007, seulement 39% de la population canadienne avait accès à de tels soins. De plus, Barrett (2011) estime que la faiblesse de l'intégration des pratiques interprofessionnelles dans les équipes existantes réduirait l'efficacité et les bénéfices souhaités. Il importe donc d'explorer l'intégration de nouveaux rôles et le fonctionnement des équipes de soins de santé primaires (SSP) pour favoriser la transition vers une offre de services collaborative.

Dans ce chapitre, nous évoquerons d'abord l'importance de la collaboration interprofessionnelle en lien avec la problématique d'accès à des services de santé dans une langue officielle minoritaire pour les populations francophones canadiennes hors Québec. Ensuite, nous décrirons les facteurs favorables et les barrières à considérer afin d'intégrer un nouveau rôle professionnel au sein d'une équipe de soins. Le cadre théorique PEPPA (*Participatory, Evidenced-based, Patient-focused Process for Advanced Practice Role Development, Implementation, and Evaluation Framework*), qui propose des étapes à suivre pour faciliter l'intégration et la pratique collaborative, servira de modèle pour cette étude. Une brève description de la méthodologie utilisée pour mener l'étude de cas suivra. Les données obtenues seront présentées en portant une attention particulière aux bénéfices perçus par les professionnels et leurs patients ainsi que les facteurs favorables et les barrières à l'intégration d'un nouveau rôle. Des pistes de solutions seront proposées afin de favoriser une meilleure collaboration, permettant de mieux répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer l'accès à des services en français pour les populations en situation linguistique minoritaire.

## LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : STRATÉGIE POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DANS UNE LANGUE MINORITAIRE

Les modèles de soins par des équipes interdisciplinaires suscitent beaucoup d'intérêt dans le domaine de la santé, puisque ces équipes font preuve de meilleures pratiques de gestion des maladies chroniques et rehaussent la qualité des soins (Schuetz, Mann et Everett, 2010). L'évolution vers de telles équipes en SSP s'est accélérée à la suite du rapport Romanow en 2002 (Desjardins, 2011). Les bénéfices rapportés initialement comprenaient des soins de meilleure qualité et plus sécuritaires (Kreindler, 2009) qui répondaient mieux aux besoins liés aux déterminants sociaux de la santé souvent associés aux populations vulnérables (Muckle et Turnbull, 2011). Les équipes de soins interdisciplinaires pourraient aussi améliorer l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables, telle celle des Canadiens francophones vivant hors Québec. Il a été démontré que le fait de vivre en situation linguistique minoritaire peut influencer la santé (Bouchard, Gaboury et Chomienne, 2009). Certains facteurs sociodémographiques, tels qu'un taux plus élevé de vieillissement, une sous-scolarisation, un plus faible revenu et un plus grand pourcentage de population vivant en région rurale, contribueraient à des disparités de santé (Bouchard *et al.*, 2009). On rapporte que les francophones minoritaires ont davantage de problèmes de santé chroniques et plus de stress, consomment plus d'alcool, de tabac et de médicaments, et disposent d'un réseau de soutien plus faible (Gaboury *et al.*, 2009 ; Bouchard *et al.*, 2009). Leurs besoins en santé sont donc plus grands et sont accentués par un accès aux services de santé dans leur langue très variable et inégalement réparti (Drolet *et al.*, 2014 ; de Moissac *et al.*, 2012).

L'accès aux services de santé en français est limité par une pénurie de professionnels et une mauvaise organisation des services, complexifiée par la répartition géographique étendue des communautés francophones (Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, 2001). Pourtant, il a été démontré que le fait de recevoir des services dans sa langue encourage la consultation auprès des professionnels en SSP (Weinick et Krauss, 2000) et promeut l'usage de mesures préventives (Woloshin *et al.*, 1997). De plus, une meilleure compréhension des besoins du patient peut conduire à un diagnostic et à un traitement appropriés et à une bonne relation d'aide (Irvine *et al.*, 2006 ; Drouin et Rivet, 2003 ; Ferguson et Candib, 2002). Ainsi, il est fondamental d'améliorer l'accès à des services dans la langue officielle de son choix, particulièrement pour les enfants (Flores *et al.*, 2003), les aînés (Irvine *et al.*, 2006) et les nouveaux arrivants issus de pays francophones, que la connaissance limitée du système de santé canadien (Zanchetta et Poureslami, 2006), jumelée à un risque élevé de troubles de santé mentale, rend plus vulnérables (Xu et McDonald, 2010 ; Bergeron, Auger et Hamel, 2009). Le modèle de services intégrés, qui favorise la collaboration et la prise en charge par une équipe de soins interdisciplinaire, s'avère pertinente pour cette population (Lafortune,

Béland et Bergman, 2011; Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004). Il est donc important d'explorer les facteurs favorisant l'intégration de nouveaux rôles au sein d'une équipe de soins et la collaboration interprofessionnelle.

## LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : FACTEURS FAVORABLES, BARRIÈRES ET STRATÉGIES

L'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS, 2010) définit la collaboration interprofessionnelle comme un processus qui facilite la complémentarité des soins prodigués par un ensemble de professionnels afin d'améliorer l'accès à des soins exhaustifs centrés sur le patient. La collaboration repose sur la capacité des membres de l'équipe de travailler étroitement avec des professionnels de diverses disciplines et d'établir des relations professionnelles (Freeman *et al.*, 2012; Bradley *et al.*, 2008). Elle sous-entend que le professionnel se sent à l'aise d'adresser son patient à un autre professionnel et travaille à l'élaboration conjointe d'un plan de soins pour ce patient (Garner *et al.*, 2008; Turcotte, 2005). Afin de faciliter cette collaboration, une bonne connaissance du champ de pratique et du rôle de chacun au sein de l'équipe peut influencer le fonctionnement de cette dernière et l'utilisation des services du nouveau professionnel (Yeager *et al.*, 2006).

Plusieurs facteurs facilitent l'intégration d'un nouveau rôle au sein d'une équipe existante et encouragent la collaboration. Bien définir les tâches et les compétences du nouveau professionnel ainsi que les processus à suivre pour lui adresser la clientèle (Donnelly *et al.*, 2013; Kolodziejak, Rémillard et Neubauer, 2010; Keefe, Geron et Enguidanos, 2009; Turcotte, 2005). Bien connaître l'apport du nouveau rôle dans les soins prodigués crée une perception plus juste de sa contribution (Donnelly *et al.*, 2013; Keefe, Geron et Enguidanos, 2009; Turcotte, 2005). Si l'ajout du nouveau rôle est bénéfique pour le patient, contribue à une meilleure utilisation des ressources disponibles et réduit les consultations aux services d'urgence, les médecins sont plus aptes à l'accepter (Reay *et al.*, 2006). Tant que cela n'empiète pas sur leur travail et leur rémunération, les médecins apprécient la possibilité d'adresser leur patient à un professionnel qui saura gérer des situations qui requièrent plus de temps ou une expertise précise (Keefe, Geron et Enguidanos, 2009). Par ailleurs, le patient apprécie un meilleur accès et une qualité rehaussée des services reçus à la suite de l'ajout du nouveau rôle (Freeman *et al.*, 2012).

Les facteurs qui nuisent au bon fonctionnement d'une équipe sont souvent associés à une faible connaissance du champ de pratique du nouveau rôle (Porter-O'Grady, 2004), de la façon de faire pour collaborer ensemble ou de la façon d'adresser un patient au nouveau professionnel (Turcotte, 2005). Si le nouveau rôle est perçu comme étant en compétition directe avec un autre ou mettant en péril le revenu des professionnels payés à l'acte (Gould, Johnstone et Wasykiw, 2007; Turcotte, 2005), un conflit peut empêcher ce nouveau professionnel de s'intégrer complètement et de travailler à sa pleine

capacité (Freeman *et al.*, 2012 ; Bradley *et al.*, 2008). Dans ces situations, une insécurité professionnelle et des prises de pouvoir sont plus courantes, particulièrement de la part des médecins (Bradley *et al.*, 2008).

Plusieurs stratégies peuvent faciliter l'intégration d'un nouveau rôle et assurer son succès. Une meilleure connaissance des compétences professionnelles du nouveau rôle, une clarification de ce rôle au sein de l'équipe et l'offre de mentorat au détenteur du nouveau rôle en sont quelques exemples (Farrell *et al.*, 2008 ; Freeman *et al.*, 2012 ; Reay *et al.*, 2006). Le mentorat répond bien aux besoins éducatifs et émotionnels qui surviennent pendant l'intégration et facilite la gestion des conflits. Pour mieux connaître les besoins de la clientèle et de l'équipe de soins, une consultation de l'ensemble des personnes impliquées est essentielle et devrait se faire dès la planification de l'intégration du nouveau rôle (DiCenso *et al.*, 2010 ; Kolodziejak, Rémillard et Neubauer, 2010 ; Keefe, Geron et Enguinados, 2009). Ainsi, une stratégie de planification comprenant la participation active des parties prenantes fera en sorte que l'équipe de soins s'approprie le processus d'intégration et contribue à sa réussite (Kilpatrick *et al.*, 2012).

## LE CADRE THÉORIQUE PEPPA

Peu de cadres conceptuels visent l'intégration de rôles professionnels dans le domaine de la santé de façon globale. Le cadre conceptuel PEPPA a été conçu pour planifier, mettre en œuvre et évaluer le rôle de l'infirmière en pratique avancée (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004), mais est également utilisé pour l'intégration de tout nouveau rôle dans le domaine de la santé. Ce modèle propose un processus en neuf étapes interreliées qui sont décrites brièvement ci-dessous (Sangster-Gormley *et al.*, 2011).

Les deux premières étapes servent à décrire le contexte entourant l'intégration d'un nouveau rôle. Une description de la population desservie et du modèle de service existant révèle les besoins des patients et ceux de la communauté ainsi que la façon dont la clientèle utilise les services et interagit avec les professionnels (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). L'identification des parties prenantes qui seront touchées par l'introduction du nouveau rôle est critique, car elle assure leur engagement et leur appui dès le début du processus (Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada – IISCC, 2006 ; Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004).

Les étapes trois, quatre et cinq permettent principalement d'élaborer un nouveau modèle de soins selon les besoins. Si l'on détermine les forces et les faiblesses dans les services actuels et que l'on considère l'accessibilité, la satisfaction des patients et du personnel ainsi que la capacité de ces derniers à combler les besoins, il est possible d'établir les priorités et les résultats visés (IISCC, 2006 ; Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). L'élaboration du nouveau modèle de soins permet de cibler les responsabilités du nouveau rôle et l'interaction de ce dernier avec les pourvoyeurs de soins actuels (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004).

Les étapes six et sept comprennent la mise en œuvre de l'intégration. Une fois les responsabilités du nouveau rôle clairement définies, le processus est entamé de façon à éviter la confusion émanant des diverses interprétations du nouveau rôle (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). L'appui provenant de politiques et de procédures qui soutiennent ce rôle est essentiel pour une plus grande ouverture et acceptation de ce dernier (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). Les ressources nécessaires pour réaliser l'intégration, telles que l'appui administratif, le mentorat et l'évaluation du progrès, sont examinées (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). La septième étape, qui est l'intégration du rôle, est un processus continu qui puise dans les stratégies élaborées lors des étapes précédentes.

Les deux dernières étapes traitent de l'évaluation du processus d'intégration du nouveau rôle et du nouveau modèle de soins. L'évaluation est nécessaire afin de déterminer la contribution du nouveau rôle et de recueillir des données pour le développement de politiques (Sidani et Irvine, 1999). La neuvième étape sert à réviser toutes les étapes précédentes dans le but d'apporter les changements nécessaires au nouveau modèle de soins.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE DE CAS

Peu d'études visant à mieux comprendre les facteurs favorisant l'intégration et la collaboration interprofessionnelle tiennent compte de la perspective de la clientèle et des membres de l'équipe de soins autre que celle du médecin (Prairie, 2014). De plus, peu d'études portent sur l'intégration de nouveaux rôles dans le contexte de SSP (Brown *et al.*, 2010) ou en milieu linguistique minoritaire (Prairie, 2014). Cette étude de cas représente une exploration détaillée d'un événement précis dans un contexte et un temps réels (Lee, Mishna et Brennenstuhl, 2010) et vise à combler ces lacunes. L'objectif principal est donc de décrire l'expérience vécue par une équipe de SSP dans un milieu francophone minoritaire quant à l'intégration d'une infirmière praticienne en 2005. L'intégration a été explorée du point de vue du détenteur du nouveau rôle, des professionnels et des gestionnaires membres de l'équipe afin d'élucider les facteurs favorisant l'intégration et le fonctionnement de l'équipe de soins. La perspective des patients a permis de mieux comprendre l'incidence de l'intégration du nouveau rôle et la préparation globale de la communauté en vue de ce changement. Au total, dix membres de l'équipe (ci-après appelés « paraprofessionnels », incluant médecins et autres professionnels du centre de santé) ont participé à des entrevues semi-dirigées, tandis que sept patients ont participé à des entretiens de groupe. La méthodologie complète est disponible dans Prairie (2014).

Le site où s'est déroulée l'étude est un centre de santé communautaire dans la péninsule nord-est du Nouveau-Brunswick. La population, majoritairement francophone (Acadie-Bathurst Health Authority, 2004), souffre d'un faible taux de scolarité et d'un taux de chômage élevé en lien avec le travail saisonnier de pêche et de tourisme (Savoie, 2003). De plus, elle est fortement représentée par des aînés et des familles

monoparentales. Afin de mieux répondre aux besoins de la communauté identifiés par une étude des besoins en 2003, l'équipe interdisciplinaire a été élargie à cinq médecins, deux infirmières praticiennes, quatre infirmières, une diététiste, un ergothérapeute, un travailleur social et deux physiothérapeutes. Un des derniers rôles à être intégré a été celui de l'infirmière praticienne en 2005 et c'est cette dernière qui fait l'objet de la présente étude.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus auprès des professionnels et des patients révèlent surtout les bénéfices et les facteurs facilitant l'intégration de l'infirmière praticienne. Or, ces résultats semblent diverger de la perception et de l'expérience de l'infirmière praticienne, qui elle rapporte une intégration plutôt difficile. La section suivante présentera les bénéfices de l'intégration du nouveau rôle, les facteurs favorisant l'intégration et les défis envisagés par les participants, de même qu'une analyse de l'utilité du cadre théorique PEPPA.

## LES BÉNÉFICES DE L'INTÉGRATION DU NOUVEAU RÔLE : ACCÈS, SERVICE ET PRISE EN CHARGE AMÉLIORÉS

Au moment de l'intégration de l'infirmière praticienne, la communauté souffrait d'une pénurie de ressources humaines, obligeant le personnel à adresser les patients aux services offerts dans les communautés avoisinantes, ce qui avait des conséquences négatives sur l'environnement de travail de l'équipe de soins.

*Ça fait beaucoup de mécontentements, ça chialait. C'était dur pour les infirmières à avoir tout le temps à « dealer » avec ça, retourner des patients. On en avait jusqu'à une dizaine par jour... c'était pas plaisant, on avait le moral à terre (soins infirmiers).*

Étant dans un contexte de pénurie et pour mieux répondre aux besoins, l'infirmière praticienne s'est installée à la clinique externe et a fait les suivis auprès des patients n'ayant pas accès à un médecin. Les professionnels et les patients ont accepté le nouveau rôle facilement, car les services de l'infirmière praticienne venaient combler un besoin criant dans la communauté. Les patients ont également rapporté qu'en plus d'avoir accès à une professionnelle, la disponibilité de cette dernière faisait en sorte que le temps d'attente pour un rendez-vous était réduit. De plus, cette professionnelle était attentive à leurs besoins et avait plus de temps à leur consacrer. Elle suscitait ainsi leur confiance et leur donnait l'assurance d'avoir reçu des soins complets avec les suivis nécessaires :

*Elle a pris le temps de jaser. Elle a pris le temps de passer des tests. Elle a pris le temps de vérifier. Elle a pris le temps d'envoyer voir le spécialiste. Je trouvais ça bien, bien, bien bon (patient).*

La majorité des patients ont rapporté que l'infirmière praticienne leur offrait des informations plus précises quant à leur état de santé et au plan de soins recommandé. Par conséquent, certains patients étaient plus motivés à se prendre en charge.

*La différence que moi j'ai vue avec le médecin puis l'infirmière praticienne, c'est que moi, je fais la haute pression. Puis elle m'a dit, elle voulait changer mes pilules. J'ai dit non, moi je les change pas. Bien, elle m'expliquait : « Si tu ne changes pas tes pilules, ça va être ça, ça, ça ou si tu veux pas les changer, là faut que tu fais ça, ça, ça. » Puis elle a pris le temps d'arrêter puis de me dire quoi ce qu'il faut que je fais si je veux pas changer mes pilules. Ça fait deux ans que je fais l'exercice, puis toute la différence du monde (patient).*

Certains collègues de travail ont aussi mentionné que l'appui apporté par l'infirmière praticienne aux autres membres de l'équipe leur permettait de combler les besoins des patients et de mieux les soigner. Bref, l'ajout du nouveau rôle de l'infirmière praticienne a été bénéfique, car il améliorait l'accès à des soins de qualité dans un délai raisonnable.

### **Les facteurs favorisant l'intégration**

Les données recueillies témoignent des qualités personnelles de la détentrice du nouveau rôle qui ont eu une influence positive sur son intégration. L'infirmière praticienne avait de l'entregent, était disponible et accueillante lors des consultations, ce qui a beaucoup facilité son acceptation au sein de l'équipe et l'établissement de relations positives avec ses collègues et la clientèle. De plus, sa familiarité avec le milieu, les professionnels et les patients faisait en sorte qu'une confiance régnait en sa présence.

*Ils sont accessibles. Si tu les croises dans le corridor puis ils ont une minute, ils vont t'écouter (paraprofessionnel).*

*T'es plus à l'aise de parler de n'importe quoi, des ortheils jusqu'aux oreilles. Il y a pas de troubles, tu sais (patient).*

L'appui reçu des médecins constitue un autre facteur qui a facilité l'intégration du nouveau rôle. L'infirmière praticienne avait indiqué que sans cet appui, elle aurait songé à quitter son poste. L'appui des médecins lui a aussi permis d'acquérir et de développer ses compétences professionnelles : *« Moi j'ai été beaucoup supportée par les médecins d'ici. Fait si ça aurait pas été que les médecins nous supportaient là, je sais pas si j'aurais comme continué à faire ce que je faisais dans le temps » (IP).*

### **Les barrières à l'intégration et à la pratique collaborative**

Certains professionnels, principalement les médecins, ont rapporté avoir eu une plus grande difficulté à accepter l'infirmière praticienne lors des étapes initiales de son intégration dans l'équipe de soins. Les médecins étaient préoccupés par le niveau d'éducation de l'infirmière praticienne, qu'ils jugeaient insuffisant pour acquérir les connaissances globales et nécessaires pour prendre en charge des patients souffrant de maladies chroniques. Puisque leur rôle et celui de l'infirmière praticienne pouvaient se chevaucher, les témoignages démontrent que les membres de ces deux professions avaient plus de difficultés à arriver à un consensus quant à leur rôle respectif et à établir une relation

de collaboration interprofessionnelle. À cela s'ajoute le peu d'expérience professionnelle de la nouvelle infirmière praticienne, qui a avoué manquer de confiance dans la prise de responsabilités professionnelles. Celle-ci avait des préoccupations et se questionnait au sujet de sa formation, qui aurait pourtant dû bien la préparer pour exercer ces responsabilités. Le rôle d'une infirmière praticienne était nouveau dans la région et elle ne pouvait consulter d'autres collègues occupant le même poste. Il n'existait aucune autre ressource au centre de santé et les gestionnaires n'avaient pas encore acquis suffisamment d'expérience pour définir l'intégration de ce rôle. Ils lui ont donc donné carte blanche quant à la façon de procéder pour intégrer l'équipe de soins. « *J'aurais aimé que ça aurait été structuré [...] c'est ça que je trouvais difficile de nager, de comme je dis, je nageais dans l'océan, puis je savais pas si je faisais bien ou mal ou je m'en vais-tu dans la bonne direction ou pas ? C'est ça que j'aurais mieux aimé, être structurée* » (IP).

D'autres entraves à la pratique collaborative ont été soulevées par les médecins, soit une lourde charge de travail et l'organisation des services qui n'encourageait pas la collaboration.

*La dynamique était pas la même là. Hum, travail en silo, elles travaillent de leur côté, on travaille de notre côté. Nous devons avoir un certain nombre de têtes assignées. Fait que, c'est difficile de dire : « Bien ce coup ici, c'est toi ou moi je va voir la prochaine fois. Fait suivi... » Ça marche pas. Nos horaires sont chargés. Leurs horaires sont chargés (paraprofessionnel).*

## LES STRATÉGIES DE PLANIFICATION DE L'INTÉGRATION ET DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE

Les propos des participants et la documentation recueillie témoignent d'une absence de stratégie formelle ou de communication décrivant le processus de planification de l'intégration du nouveau rôle et de la pratique collaborative à ce site. Pourtant, presque tous les répondants, les patients comme les membres de l'équipe interdisciplinaire, ont indiqué que l'intégration s'était bien déroulée. Les membres de l'équipe, n'ayant aucune connaissance du champ de pratique de l'infirmière praticienne, ont appris en travaillant étroitement avec elle, en la consultant et en lui adressant des patients. Réciproquement, l'infirmière praticienne a dû faire connaître son rôle à ses collègues et à sa clientèle :

*Au début, les premières années là, fallait vraiment : « Allô, je suis [XXX], je suis infirmière praticienne. Tu sais-tu c'est quoi une infirmière praticienne ? » Fallait que j'explique quoi c'était une infirmière praticienne aux clients quasiment un à un à un pendant plusieurs, plusieurs mois (IP).*

Les patients décrivent l'intégration du nouveau rôle de façon similaire, avec peu d'informations sur le changement que cette intégration pouvait avoir sur les soins reçus. Malgré tout, les répondants n'ont pas soulevé d'inquiétude par rapport à cette approche. Ils rapportent plutôt avoir eu une expérience positive lors de l'intégration et sont d'avis

que ce rôle est un atout pour l'équipe et pour la clientèle. Ceci dit, les recommandations émanant des entrevues portent sur l'importance de la définition du nouveau rôle et la nécessité d'impliquer les membres de l'équipe de soins dans la mise en œuvre de l'intégration du nouveau rôle dès le début du processus d'intégration. Quant à l'infirmière praticienne, celle-ci recommande de structurer davantage l'intégration et d'améliorer la communication pour permettre à toute l'équipe de mieux comprendre le changement.

*C'est de le supporter, puis de le structurer, puis de passer la communication que tout l'équipe soit au courant qu'il arrive. Qu'est-ce qu'il fait, le rôle qu'il fait... Puis que quand ils arrivent, que tout est structuré pour lui, mais pas tout est fait, là. Qu'il y a quand même, qu'il sait où ce qu'il s'en va là (IP).*

## LES IMPLICATIONS POUR LA PRESTATION DE SERVICES ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Les résultats qui ont été présentés témoignent d'un manque de connaissance des étapes à suivre pour assurer une intégration réussie. Le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation, élaboré selon le cadre PEPPA, faciliterait l'acceptation d'un nouveau rôle et favoriserait la pratique collaborative. Les participants de cette étude confirment qu'une étude des besoins de la communauté sur le plan de la santé avait été effectuée, et que l'ajout d'une infirmière praticienne venait combler un besoin criant en matière de SSP. Or, son intégration n'a pas fait l'objet d'un plan quelconque, et l'infirmière praticienne a été tenue responsable de choisir comment s'intégrer à l'équipe. En l'absence de guide, celle-ci a dû compter sur le fait qu'elle connaissait déjà l'équipe et sur son entregent pour faire sa place au sein de l'équipe interprofessionnelle. Lorsqu'un nouveau rôle vient combler les besoins de la clientèle, les autres membres de l'équipe de soins ont peut-être tendance à l'accepter plus facilement (Kolodziejak, Rémillard et Neubaeur, 2010). Par contre, le manque de préparation et de consultation auprès des parties prenantes a contribué à générer du stress pour l'infirmière praticienne et des inquiétudes pour ses collègues, plus particulièrement les médecins du centre de santé. Contrairement aux études précédentes, peu de répercussions sérieuses ont été rapportées par les participants, telles une ambiguïté ou une résistance à la collaboration liées au manque de clarté et de compréhension du nouveau rôle par les autres membres de l'équipe (Sangster-Gormley et al., 2011; Donald et al., 2010; Turcotte, 2005). C'est donc dire que malgré l'absence de guide de préparation ou de mise en place de stratégies éprouvées, comme le recommande le cadre PEPPA, l'intégration a néanmoins été réussie.

L'intégration d'un nouveau rôle est un processus graduel nécessitant un effort constant et des consultations entre la personne assumant le nouveau rôle (dans ce cas-ci, une infirmière praticienne) et les autres membres de l'équipe. Comme l'ont rapporté ailleurs les infirmières praticiennes, la période initiale à l'embauche est reconnue comme étant exigeante à cause de l'incertitude associée à ce rôle et du manque d'expérience

permettant d'acquérir les compétences nécessaires tout en assurant des soins sécuritaires (Hill et Sawatzky, 2011). L'organisme IISCC (2006) reconnaît que les nouvelles infirmières praticiennes ont besoin d'un appui afin de mieux s'intégrer dans les équipes de soins de première ligne. La présente étude et d'autres du même genre révèlent qu'un appui et des lignes directrices pour l'intégration d'un nouveau rôle au sein de l'équipe de soins pourraient faciliter le développement du rôle et la transition vers une pratique collaborative, dans un contexte où présentement les infirmières praticiennes sont souvent laissées à elles-mêmes au moment de négocier leur intégration en milieu de travail (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004 ; Burgess, Martin et Senner, 2011 ; Sangster-Gormley et al., 2011 ; Willard et Luker, 2007). Avec une carte de route pour la guider, l'infirmière praticienne aurait bénéficié d'un soutien tangible et aurait pu éprouver moins de stress associé à son nouveau rôle (Hill et Sawatzky, 2011). Par ailleurs, une formation professionnelle portant sur le bon fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire pourrait sensibiliser les nouveaux professionnels aux processus et aux habiletés requises pour bien travailler en équipe (Bleakley, 2013).

Le modèle PEPPA peut servir de guide pour les gestionnaires d'établissements de SSP qui veulent renforcer leur équipe et la collaboration entre ses membres. L'utilisation d'une stratégie pour l'intégration, comprenant la consultation des parties prenantes, encourage la communication ouverte qui peut atténuer les conflits tout en créant une culture de valeurs partagées (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004 ; Sangster-Gormley, Martin-Misener et Burge, 2013). Un plan de communication, qui comprend une orientation détaillée pour les membres de l'équipe, crée une plus grande connaissance du rôle et favorise l'appui de ce dernier (Donald et al., 2010). Le modèle PEPPA est avantageux pour guider l'intégration d'un nouveau rôle (Sangster-Gormley et al., 2011), sachant que celle-ci requiert un engagement de temps et de ressources de toutes les parties prenantes. Dans une situation de pénurie de ressources humaines, comme dans le cas des communautés francophones en situation minoritaire, les modèles de soins incorporant les équipes interdisciplinaires peuvent améliorer l'accès à des soins de qualité et sécuritaires pour cette population vulnérable.

## RÉFÉRENCES

- ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ - ACSS (2010). *Transforming Care for Canadians with Chronic Health Conditions: Put People First, Expect the Best, Manage for Results*. Ottawa: Académie canadienne des sciences de la santé, <<http://www.caahs-acss.ca/transforming-care-for-canadians-with-chronic-health-conditions-put-people-first-expect-the-best-manage-for-results-2/>>.
- ACADIE-BATHURST HEALTH AUTHORITY (2004). *Rapport de l'exercice de priorisation et de recommandations du Comité du centre de santé communautaire de Lamèque*, document non publié (disponible au 29, rue de l'Hôpital, Lamèque, Nouveau-Brunswick).
- BARRETT, J. (2011). Investing in primary health care initiatives, *Qmentum Quarterly: Quality in Health Care*, 3(1), 336-339.

- BERGERON, P., AUGER, N. et HAMEL, D. (2009). Poids, santé générale et santé mentale : la situation de divers sous-groupes d'immigrants au Canada, *Canadian Journal of Public Health*, 100, 215-220.
- BLEAKLEY, A. (2013). Working in "teams" in an era of "liquid" healthcare: What is the use of theory?, *Journal of Interprofessional Care*, 27, 18-26. doi: 10.3109/13561820.2012.699479.
- BOUCHARD, L., GABOURY, I. et CHOMIENNE, M.-H. (2009). La santé en francophonie canadienne - Vivre en situation minoritaire influence-t-elle la santé?, *AMLFC Bulletin*, 42(2), 5.
- BOUCHARD, L., GABOURY, I., CHOMIENNE, M.-H. et GAGNON-ARPIN, I. (2009). *Profil santé des communautés francophones minoritaires du Canada/Health Profile of French-Speaking Minority Communities in Canada*. Ottawa : Santé Canada, Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé en contexte minoritaire au Canada, <[http://www.rrasfo.ca/index.php?option=com\\_content&view=category&id=44&Itemid=130](http://www.rrasfo.ca/index.php?option=com_content&view=category&id=44&Itemid=130)>.
- BRADLEY, F., ELVEY, R., ASHCROFT, D., HASSELL, K., KENDALL, J., SIBBALD, B. et NOYCE, P. (2008). The challenge of integrating community pharmacists into the primary care health team: A case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration, *Journal of Interprofessional Care*, 22, 387-398. doi: 10.1080/13561820802137005.
- BROWN, J., LEWIS, L., ELLIS, K., BECKHOFF, C., STEWART, M., FREEMAN, T. et KASPERSKI, J. (2010). Sustaining primary health care teams: What is needed?, *Journal of Interprofessional Care*, 24, 463-465. doi: 10.3109/13561820903417608.
- BRYANT-LUKOSIUS, D. et DICENSO, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles, *Journal of Advanced Nursing*, 48, 530-540. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.0.
- BURGESS, J., MARTIN, A. et SENNER, W. (2011). A framework to assess nurse practitioner role integration in primary health care, *Canadian Journal of Nursing Research*, 43(1), 22-40.
- DESJARDINS, Y. (2011). Strengthening primary care: A priority, *Qmentum Quarterly: Quality in Health Care*, 3(1), 10-12.
- DICENSO, A., BRYANT-LUKOSIUS, D., MARTIN-MISENER, R., DONALD, F., ABELSON, J., BOURGEOULT, I. et HARBMAN, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada, *Nursing Leadership*, 23, 212-238. doi: 10.12927/cjnl.2010.22279.
- DONALD, F., BRYANT-LUKOSIUS, D., MARTIN-MISENER, R., KAASALAINEN, S., KILPATRICK, K., CARTER, N. et DICENSO, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity, *Advanced Practice Nursing*, 23, 189-210. doi: 10.12927/cjnl.2010.22276.
- DONNELLY, C., BRENCHLEY, C., CRAWFORD, C. et LETTS, L. (2013). The integration of occupational therapy into primary care: Multiple case study design, *BMC Family Practice*, 14, 1-12. doi: 10.1186/1471-2296-14-60.
- DROLET, M., SAVARD, J., SAVARD, S., BENOÎT J., ARCAND I., LAGACÉ J., LAUZON, S. et DUBOULOZ, C.-J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals, *Qualitative Health Research*, 24, 295-305. doi: 10.1177/1049732314523503.
- DROUIN, J. et RIVET, C. (2003). Training medical students to communicate with a linguistic minority group, *Academic Medicine*, 78(6), 599-604.

- FARRELL, B., POTTIE, K., HAYDT, S., KENNIE, N., SELLORS, C. et DOLOVICH, L. (2008). Integrating into family practice : The experiences of pharmacists in Ontario, Canada, *International Journal of Pharmacy Practice*, 16, 309-315. doi : 10.1211/ijpp.16.5.0006.
- FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE DU CANADA (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Ottawa : Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, <<http://resosante.ca/fr/portraitreseau-52615/ressources-du-reseau/documents-strategiques-1/documents-nationaux-1/76-pour-un-meilleur-acces-a-des-services-de-sante-en-francais-2001-1/file.html>>.
- FERGUSON, W.J. et CANDIB, L.M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship, *Modern Culture and Physician-Patient Communication*, 34(5), 353-361.
- FLORES, G., LAWS, M.B., MAYO, S.J., ZUCKERMAN, B., ABREU, M., MEDINA, L. et HARDT, E.J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters, *Pediatrics*, 111(1), 6-14.
- FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (2007). *Interprofessional Collaboration and Quality Primary Health Care*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, <[http://www.cfhi-fcss.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport\\_E\\_FINAL.pdf](http://www.cfhi-fcss.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_E_FINAL.pdf)>.
- FREEMAN, C., COTTRELL, S., KYLE, G., WILLIAMS, I. et NISSEN, L. (2012). Integrating a pharmacist into the general practice environment : Opinions of pharmacist's general practitioner's, health care consumer's, and practice manager's, *BMC Health Services Research*, 12, 1-9. doi : 10.1186/1472-6963-12-229.
- GABOURY, I., GUIGNARD, N., FORGUES, É. et BOUCHARD, L. (2009). Les données administratives et d'enquêtes sur l'état de santé et l'accès aux services des communautés francophones en situation minoritaire : potentiel d'analyse et état de situation. Ottawa : Consortium national de formation en santé, <<http://www.icrml.ca/fr/recherches-et-publications/publications-de-l-icrml/item/8679-les-donnees-administratives-et-d-enquetes-sur-l-etat-de-sante-et-l-acces-aux-services-des-communautes-francophones-en-situation-minoritaire-potentiel-d-analyse-et-etat-de-situation>>.
- GARNER, M., BIRMINGHAM, M., AKER, P., MOHER, D., BAHN, J., KEENON, D. et MANGA, P. (2008). Developing integrative primary healthcare : Adding a chiropractor to the team, *EXPLORE : The Journal of Science and Healing*, 4, 18-24. doi : 10.1016/j.explore.2007.10.003.
- GOULD, O.N., JOHNSTONE, D. et WASYLKIW, L. (2007). Nurse practitioners in Canada : Beginnings, benefits, and barriers, *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 165-171. doi : 10.1111/j.1745-7599.2007.00210.x.
- GRUMBACH, K. et BODENHEIMER, T. (2004). Can health care teams improve primary care practice ?, *Journal of American Medical Association*, 29, 1246-1250. doi : 10.1001/jama.291.10.1246.
- HÉBERT, R., TOURIGNY, A. et GAGNON, M. (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Montréal : Éditions EDISEM.
- HENDEL, T., FISH, M. et BERGER, O. (2007). Nurse/physician conflict management mode choices : Implications for improved collaborative practice, *Nursing Administration Quarterly*, 31(3), 244-253.
- HILL, L. et SAWATZKY, J. (2011). Transitioning into the nurse practitioner role through mentorship, *Journal of Professional Nursing*, 27, 161-167. doi : 10.1016/j.profnurs.2011.02.004.

- INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU CANADA - IISCC (2006). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: Implementation and Evaluation Toolkit for Nurse Practitioners in Canada*. Ottawa: IISCC, <[http://www.npnw.ca/docs/Toolkit\\_Implementation\\_Evaluation\\_NP\\_e.pdf](http://www.npnw.ca/docs/Toolkit_Implementation_Evaluation_NP_e.pdf)>.
- IRVINE, F.E., ROBERTS, G.W., JONES, P., SPENCER, L.H., BAKER, C.R. et WILLIAMS, C. (2006). Communicative sensitivity in the bilingual healthcare setting: A qualitative study of language awareness, *Journal of Advanced Nursing*, 53, 422-434. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03733.x.
- KEEFE, B., GERON, M. et ENGUIDANOS, S. (2009). Integrating social workers in primary care: Physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges, *Social Work in Health Care*, 48, 579-596. doi: 10.1080/00981380902765592.
- KILPATRICK, K., LAVOIE-TREMBLAY, M., RITCHIE, J., LAMOTHE, L., DORAN, D. et ROCKEFORT, C. (2012). How are acute care nurse practitioners enacting their roles in healthcare teams? A descriptive multiple-case study, *International Journal of Nursing Studies*, 49, 850-862. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.01.01.
- KOŁODZIEJAK, L., RÉMILLARD, A. et NEUBAUER, S. (2010). Integration of a primary healthcare pharmacist, *Journal of Interprofessional Care*, 24, 274-284. doi: 10.3109/13561820903130.
- KREINDLER, S.A. (2009). Lifting the burden of chronic disease: What has worked? What hasn't? What's next?, *Health Care Quarterly*, 12, 30-40. doi: 10.1297/hcq.2009.20659.
- LAFORTUNE, L., BÉLAND, F. et BERGMAN, H. (2011). Le vieillissement et les services de santé: une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique, *Revue Vie économique*, 3(1), 1-13.
- LEE, E., MISHNA, F. et BRENNENSTUHL, S. (2010). How to critically evaluate case studies in social work, *Research on Social Work Practice*, 20, 682-689. doi: 10.1177/104973150934786.
- Marmen, L. et Delisle, S. (2003). Les soins de santé en français à l'extérieur du Québec, *Tendances sociales canadiennes*, 11, 27-31.
- MOISSAC, D. DE, ROCQUIGNY, J. DE, GIASSON, F., TREMBLAY, C.-L., AUBIN, N., CHARRON, M. et ALLAIRE, G. (2012). Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba: perceptions des professionnels, *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 18(2), 66-100.
- MUCKLE, W. et TURNBULL, J. (2011). Primary care for vulnerable populations, *Qmentum Quarterly: Quality in Health Care*, 3(1 Pt 2), 22-25.
- PORTER-O'GRADY, T. (2004). Embracing conflict: Building a healthy community, *Health Care Management Review*, 29(3), 181-187.
- PRAIRIE, L. (2014). *Interdisciplinary Collaboration: The Experience of a Francophone Interdisciplinary Primary Care Team with the Integration of the Nurse Practitioner Role*. Master's Thesis, University of Manitoba. Winnipeg: University of Manitoba, Faculty of Nursing, <[http://mspace.lib.umanitoba.ca/jspui/bitstream/1993/30084/3/prairie\\_liliane.pdf](http://mspace.lib.umanitoba.ca/jspui/bitstream/1993/30084/3/prairie_liliane.pdf)>.
- REAY, T., PATTERSON, M., HALMA, L. et STEED, W.B. (2006). Introducing a nurse practitioner: Experiences in a rural Alberta family practice clinic, *Canadian Journal of Rural Medicine*, 11(2), 101-107.
- SANGSTER-GORMLEY, E., MARTIN-MISENER, R.M., BOWNE-WAMBOLT, B. et DICENSO, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: An integrative review, *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1178-1190. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x.

- SANGSTER-GORMLEY, E., MARTIN-MISENER, R.M. et BURGE, F. (2013). A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: What happens when new roles are introduced?, *BMC Nursing*, 12, 1-12. doi: 10.1186/1472-6955-12-1.
- SAVOIE, I. (2003). *Évaluations des besoins en matière de santé. Régions: Miscou à Inkerman*, document non publié (disponible au 29, rue de l'Hôpital, Lamèque, Nouveau-Brunswick).
- SCHUETZ, B., MANN, E. et EVERETT, W. (2010). Educating health professionals collaboratively for team-based primary care, *Health Affairs*, 29, 1476-1480. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0052.
- SIDANI, S. et IRVINE, D. (1999). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings, *Journal of Advanced Nursing*, 30, 58-66. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.1049.x.
- STONE, R., DAWSON, S. et HARAHAHAN, M. (2004). Why workforce development should be part of the long-term care quality debate, *Alzheimer's Care Quarterly*, 51(1), 52-58.
- TURCOTTE, V. (2005). *L'intégration de psychologues dans les équipes multidisciplinaires de première ligne : facteurs facilitants et obstacles*, mémoire de maîtrise. Québec: Université Laval, Faculté de médecine, <<http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23243/23243.html>>.
- WEINICK, R.M. et KRAUSS, N.A. (2000). Racial/ethnic differences in children's access to care, *American Journal of Public Health*, 90(11), 1771-1774.
- WILLARD, C. et LUKER, D. (2007). Working with the team: Strategies employed by hospital cancer nurse specialists to implement their role, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 716-724. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01560.x.
- WOLOSHIN, S., SCHWARTZ, L., KATZ, S. et WELSH, G. (1997). Is language a barrier to the use of preventive services?, *J Gen Intern Med*, 12(8), 472-477.
- XU, M.A. et MCDONALD, J.T. (2010). The mental health of immigrants and minorities in Canada: The social and economic effects, *Canadian Issues*, 1(1), 29-31.
- YEAGER, S., DALE, K., CASAVANT, J. et BURNS, S. (2006). An acute care nurse practitioner model of care for neurosurgical patients, *Critical Care Nurse*, 26, 57-64, <<http://ccn.aacnjournals.org/content/26/6/57.full.pdf>>.
- ZANCHETTA, M.S. et POURESLAMI, I.M. (2006). Health literacy within the reality of immigrants' culture and language, *Canadian Journal of Public Health*, 97(Supplément 2), S26-S30.





# *Chapitre 6*

## **LA PRATIQUE D'INTERFACE EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE**

Les défis pour le développement  
professionnel des infirmières au croisement  
de l'intervention sociale et de santé

---

LAURALIE RICHARD  
SYLVIE GENDRON

EN DÉPIT DES EFFORTS CONSACRÉS À LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET LES inégalités sociales, des écarts de santé persistent et touchent davantage les populations les plus défavorisées de la société (Frohlich et al., 2008 ; Raphael, 2006). Force est de constater que malgré le cumul de données probantes au sujet de l'incidence des déterminants de la santé sur le bien-être des populations, des personnes vivent toujours en situation de vulnérabilité sociale (Potvin, Moquet et Jones, 2010). Refusant l'idée d'une catégorisation stigmatisante de personnes selon des caractéristiques individuelles, l'expression *vulnérabilité sociale* que nous utilisons renvoie ici à un ensemble de trajectoires et de réalités sociales marquées par des expériences vécues et des dynamiques d'exclusion et de désaffiliation sociale (Castel, 1994 ; Châtel et Roy, 2008 ; Delor et Hubert, 2000) qui réduisent la capacité qu'ont les personnes d'exercer un contrôle sur leur vie et de mobiliser des ressources pour composer avec des conditions qui ont, notamment, une incidence sur la santé. La vulnérabilité sociale est donc envisagée comme la conjugaison de conditions de défavorisation et de rapports sociaux fragilisants qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des personnes. À cet égard, les services de première ligne constituent des espaces propices à la réduction de la vulnérabilité sociale, puisque l'intervention y conjugue autant des dimensions sociales que de santé.

Pour les professionnels des services de première ligne, agir en contexte de vulnérabilité sociale suppose des actions au croisement du social et de la santé, soit une « pratique d'interface ». Cette pratique fait appel à des stratégies qui visent le renforcement de la capacité d'agir des personnes, mais également à des actions portées dans leur environnement pour créer des réseaux d'aide et soutenir des ressources locales dans le développement de conditions de vie favorables à la santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales. Une telle pratique requiert, en ce sens, une action simultanée sur divers déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008), ce qui suppose pour les professionnels de première ligne d'agir avec une gamme élargie d'acteurs de secteurs d'activité variés, au-delà de frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles (Mallinson, Popay et Kowarzik, 2006). La pratique d'interface comporte ainsi des processus de création de liens dans un espace où se rencontrent des intervenants du système de la santé et des services sociaux, en plus d'acteurs d'autres secteurs d'activité de la société civile issus d'univers socioprofessionnels et institutionnels distincts, de même que différents territoires d'action et réseaux d'aide (Clavier, 2009 ; Nay et Smith, 2004 ; Williams, 2002). Il ne s'agit donc plus uniquement pour les professionnels en première ligne d'agir aux frontières de leurs secteurs respectifs, mais bien d'investir un espace d'action intermédiaire de reconfiguration de leurs pratiques professionnelles, à l'interface de lieux d'intervention diversifiés dans l'espace social, avec ses divers acteurs. Ultimement, il s'agit d'agir autrement et de sortir du mode « expert » afin de dépasser des schèmes potentiellement reproducteurs d'inégalités sociales. À titre d'exemple, cela peut se traduire par des initiatives visant le soutien à la réinsertion sociale par le biais de projets de collaboration entre des services de première ligne et des ressources locales

d'aide à l'emploi ; ou encore, par des interventions visant à favoriser un accès équitable à des soins et à des services pour des personnes vivant en contexte de vulnérabilité sociale, en se déplaçant avec elles et dans les ressources de la communauté.

Les infirmières ont un rôle important à jouer dans la réduction de la vulnérabilité sociale (Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire - ACIISC, 2008 ; Reutter et Kushner, 2010), car elles occupent une position privilégiée pour agir au croisement d'établissements de services de première ligne et de ressources de la communauté (Beaudet *et al.*, 2011). Les services de première ligne au sein desquels elles interviennent sont propices au développement de nouveaux rôles et de nouvelles pratiques pour agir en contexte de vulnérabilité sociale (Richard *et al.*, 2010). D'ailleurs, des infirmières franchissent, de plus en plus, leurs frontières d'action traditionnelles pour s'engager dans l'environnement de personnes qui vivent dans des conditions de vulnérabilité sociale. Cette pratique qu'elles déploient en dehors des établissements de services de première ligne revêt différentes formes (Richard, 2013), notamment dans des ressources de la communauté et dans d'autres lieux non conventionnels de soins<sup>1</sup>. En particulier, il s'agit pour elles d'accompagner des personnes dans différents espaces pour leur donner un petit « coup de pouce » afin qu'elles puissent développer leur confiance en elles et s'engager dans la poursuite de leurs démarches et de leurs projets de vie. Pour ce faire, les infirmières se déplacent dans les ressources locales et prennent le temps d'en connaître les acteurs. Elles s'engagent dans des processus d'approvisionnement qui leur permettent de tisser des liens avec divers intervenants pour favoriser la mise en relation des personnes qu'elles accompagnent avec les ressources de la communauté. La pratique d'interface implique donc davantage que des activités de référence de la part des infirmières : elle requiert la construction d'un capital relationnel et une certaine mobilité dans une perspective de rapprochement et de construction de nouveaux réseaux dans un environnement social élargi.

Cette pratique infirmière qui prend forme au croisement du social et de la santé, désignée ici en tant que « pratique infirmière d'interface », s'élabore toutefois encore difficilement. Force est de constater que la pratique infirmière de première ligne demeure majoritairement centrée sur l'intervention clinique (Beaudet *et al.*, 2011), tandis que la pratique d'interface reste peu fréquente, en partie invisible, et peu documentée (Richard, 2013). Les diverses formes possibles du soin, les limites disciplinaires et organisationnelles de la pratique infirmière, de même que la gamme des acteurs avec lesquels collaborer restent à discerner. En particulier, la pratique d'interface pose un certain nombre de défis professionnels pour les infirmières.

---

1. Ces milieux renvoient, par exemple, à la rue, aux commerces de quartier, aux stations de métro, aux écoles, aux organismes communautaires, ou encore, à des services d'aide à l'emploi.

Ce chapitre a pour but de cerner les défis que comporte la pratique infirmière d'interface au plan professionnel et de proposer des pistes à partir desquelles poursuivre la réflexion quant aux possibilités d'appuyer le développement, la légitimité et la reconnaissance de cette pratique en première ligne, à partir des réalités vécues par des infirmières.

## LA PRATIQUE INFIRMIÈRE D'INTERFACE EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE : DÉFIS PROFESSIONNELS

Nous rapportons ici une partie des résultats d'une étude qualitative exploratoire qui a permis de modéliser les composantes et processus constitutifs d'une pratique infirmière d'interface de première ligne en contexte de vulnérabilité sociale (Richard, 2013). Une attention particulière a été portée aux finalités et aux activités de cette pratique, à la configuration des interactions entre ses acteurs et à l'environnement à l'intérieur duquel la pratique d'interface s'élabore et évolue, de manière à appréhender son agir complexe (Richard, Gendron et Cara, 2012). Des entretiens semi-dirigés, des séances d'observation et une analyse documentaire ont été réalisés auprès de 15 infirmières et de membres d'équipes interprofessionnelles de 7 établissements de services de première ligne québécois, ainsi que de partenaires communautaires d'avril 2010 à décembre 2011. Une analyse thématique et en mode écriture (Paillé et Mucchielli, 2012) a été combinée, itérativement, avec un processus de modélisation systémique (Le Moigne, 2006). Les défis professionnels relatifs au développement d'une pratique infirmière d'interface ont été explorés du point de vue des infirmières. Dans ce qui suit, des extraits tirés d'entretiens réalisés auprès d'infirmières engagées dans une pratique d'interface en première ligne servent de repères illustratifs pour une articulation concrète de trois défis professionnels.

### *Défi 1 : légitimer l'élargissement de l'espace d'intervention*

Alors que les infirmières accompagnent des personnes en agissant dans leurs milieux de vie, leur pratique d'interface suscite des incompréhensions et des remises en question. L'élargissement de l'espace d'intervention, notamment lorsque les infirmières agissent dans des milieux de soins non traditionnels, entraîne des interrogations quant à la légitimité de leur présence et de leur rôle de la part de collègues des équipes interprofessionnelles et de partenaires communautaires.

En particulier, il n'est pas rare que l'on remette en question la présence des infirmières dans les organismes communautaires ou à l'intérieur d'autres structures d'aide et de soutien qui ne relèvent pas du secteur de la santé. Pourtant, les processus d'engagement relationnels des infirmières auprès des personnes qu'elles accompagnent font en sorte qu'elles sont vraisemblablement appelées à franchir les frontières physiques de leurs établissements pour agir dans la communauté, en relation avec des acteurs du milieu. La diversification des espaces d'intervention que comporte la pratique d'interface fait

en sorte que la présence d'infirmières dans des ressources (sociales) de la communauté se pose comme étant contradictoire par rapport à une norme de pratique à l'intérieur de milieux de soins (de santé) cliniques. À cet égard, c'est surtout lorsqu'elles investissent un espace d'intervention sociale, en milieu non institutionnel, que les infirmières doivent justifier et légitimer leur présence, comme le suggère cet extrait d'entrevue avec une infirmière :

*Lorsque j'arrive dans certains organismes communautaires ou dans des cliniques qui ne sont pas affiliées au [établissement de première ligne], il faut que je justifie ma place, que je justifie pourquoi je suis là. On se fait demander qu'est-ce qu'on fait là.*

Au-delà de leur présence à légitimer, les infirmières voient aussi leur rôle professionnel remis en question, puisque la pratique d'interface comporte des fonctions qui paraissent inhabituelles, au-delà de modalités d'intervention cliniques et individuelles avec des patients.

*Pour eux, c'est inusité que l'infirmière soit là, qu'elle accompagne, qu'elle intervienne dans leur milieu... ils ne savent pas vraiment comment on travaille, ce qu'on peut faire dans les ressources. On ne comprend pas toujours ce que je fais là. Il y a une certaine incompréhension par rapport à mon rôle.*

Dans ce contexte, des infirmières racontent qu'elles ne peuvent exercer leurs activités qu'à la condition d'obtenir une permission de la part des gestionnaires ou d'autres membres de leur équipe, pour légitimer leurs actions.

*Jusqu'à présent, je n'ai pas eu de refus pour aller dans les ressources, mais je me fais souvent demander : « Pourquoi tu l'accompagnes ? Pourquoi il faut que ce soit toi ? Est-ce que la patiente n'est pas capable d'y aller toute seule ? » Je dois m'expliquer pour avoir la permission d'y aller.*

Face à ces remises en question et conditions que suscite l'élargissement de leur espace d'intervention, les infirmières tentent alors de légitimer leur pratique par des actions stratégiques qui invoquent des choix raisonnés, donc orientés et intentionnels, selon les occasions qui se présentent, pour influencer les rapports de force en présence (Crozier et Friedberg, 1977). Par exemple, afin de poursuivre leurs interventions planifiées, tout en tentant de préserver des liens signifiants avec les personnes qu'elles accompagnent et les intervenants qu'elles interpellent, elles font valoir leur présence et la pertinence de leur rôle auprès de leurs collègues et des acteurs du milieu en mettant en valeur et à profit des atouts professionnels. Les savoirs disciplinaires et les compétences professionnelles dont elles disposent, du fait de leur position sociale et de leur image positive de soignantes, leur permettent de se positionner comme personnes-ressources offrant des services pratiques, voire indispensables.

*Je fais l'offre de service, de ce que j'ai dans mon sac à dos et que je peux offrir à la clientèle dans [son] milieu. C'est assez facile à vendre en plus : « Je peux faire des tests de grossesse, du dépistage, des évaluations de santé. » C'est utile pour commencer à créer des liens.*

En contrepartie, certaines infirmières adopteront une stratégie d'invisibilité pour protéger leur capacité d'agir dans les milieux. Cela leur permet d'éviter de devoir se justifier, de faire face à de l'incompréhension de la part de leurs collègues, ou encore, de se voir imposer des refus quant à la possibilité d'élargir leur espace d'intervention. Cet extrait en témoigne : « *Dans certains cas, je me permets de ne pas le dire. On peut faire des interventions [dans les ressources] sans que ça paraisse. Donc on va le faire sans que ça paraisse.* » Combinées, ces stratégies de légitimation et d'invisibilité posent le défi de la redéfinition de la professionnalité.

## **Défi 2 : redéfinir la professionnalité**

La professionnalité renvoie aux compétences, capacités, savoirs, connaissances et identités reconnus par une organisation ou un groupe professionnel pour désigner les caractéristiques d'un « vrai » professionnel (Wittorski, 2007). L'attribution du statut de « professionnel » dépend donc d'un double processus de développement et de reconnaissance des acteurs à l'intérieur de leur environnement socioprofessionnel. Dans leur pratique d'interface, alors qu'elles diversifient leurs espaces d'intervention et leurs interlocuteurs, et expérimentent ainsi de nouveaux rôles, les infirmières, par leurs référents socioprofessionnels, changent et transforment la conception « classique » de la pratique infirmière historiquement fondée sur les repères du modèle biomédical (Saillant, 2000). Cette transformation de l'identité infirmière en tant que soignante et professionnelle de la santé n'exclut pas, néanmoins, le caractère professionnel de la pratique infirmière d'interface. « *Dans ma pratique dans les milieux, je suis moins dans la maladie ou le médical [...] je fais plus de social. Alors j'ai l'impression qu'on détourne la façon habituelle de faire dans la pratique. Mais je me juge quand même professionnelle.* »

Dans ce processus, on remarque de nouveaux repères socioprofessionnels, vers la construction d'une représentation identitaire qualifiée en tant qu'« infirmière sociale ».

*Je suis ultra-professionnelle. Je n'assume pas juste mon rôle d'infirmière dans la stricte description de tâches d'une infirmière traditionnelle. Je me qualifie comme une infirmière sociale... je vais dans les milieux. Je sais que c'est pas un titre officiel, infirmière sociale, mais c'est tout aussi professionnel.*

Il n'en demeure pas moins que cette mutation de l'identité professionnelle, conjuguée aux processus de légitimation évoqués plus haut, ne va pas de soi. « *On déborde du rôle traditionnel de l'infirmière, donc y faut montrer tout ce qu'on arrive à accomplir quand on va dans une ressource, pour gagner notre accès... mais en même temps, c'est difficile pour nous, parce que c'est nouveau.* »

Les infirmières racontent qu'elles vivent un « tiraillement », de l'inconfort. Elles ont le sentiment d'outrepasser une règle de référence générale selon laquelle on définit ce que sont une infirmière et une professionnelle. Cela s'exprime, notamment, par une conception de la « marginalité ».

*On est un peu sur la limite de nos règles, de ce que ça fait une infirmière dans sa pratique, normalement... et je ne suis pas toujours confortable avec ça. Je suis assez marginale... dans ma pratique... je vais au-delà des règles d'une infirmière, je suis souvent dans les limites. Si tu me suivais une journée, tu verrais que je suis quand même très professionnelle. Mais c'est marginal.*

Cette transformation des pratiques de première ligne peut être une source d'ambiguïté et de conflit de rôles pour les infirmières et leurs collègues ou partenaires. Ce faisant, la hiérarchie du modèle biomédical serait d'autant plus renforcée lorsqu'il y a incertitude et changement (Alderson *et al.*, 2011). Dans ce contexte surgissent des propos négatifs au sujet de la pratique d'interface, au fur et à mesure que celle-ci prend des allures sociales plutôt que biomédicales, comme on s'y serait traditionnellement attendu. Cette situation peut mener à l'expression de sentiments de détresse et de dévalorisation professionnelle, s'avérer symptomatique d'une identité professionnelle en souffrance, voire altérer le sens de la dignité au travail et d'utilité sociale des infirmières de première ligne (Alderson *et al.*, 2011; Kosny et MacEachen, 2010). « *On a toujours peur que notre pratique dans les milieux soit coupée [...] C'est vu comme si c'était moins essentiel que de donner des soins directement à quelqu'un dans un bureau. On fait des choses invisibles... ça donne parfois l'impression d'y croire toute seule.* »

À terme, ces expériences de dévalorisation comportent un certain risque de dé-professionnalisation, lequel survient lorsqu'une profession perd le monopole de certaines de ses fonctions ou d'une part importante de son champ de responsabilités, ou encore, doit déserrer son espace d'action traditionnel (Andrews et Waerness, 2011). Un tel processus émane d'un effritement des propriétés et des caractéristiques fondamentales ayant mené à l'affirmation de la légitimité professionnelle accordée à une profession. Cela nous amène à nous interroger sur la capacité d'accompagner l'instauration d'une pratique infirmière d'interface et l'appropriation de nouveaux rôles qui dévient de la « norme » vers une possible trajectoire de changement.

### **Défi 3 : composer avec un système de contraintes**

Dans l'exercice de leur autonomie professionnelle, les infirmières qui construisent leur pratique d'interface pour participer à la réduction de la vulnérabilité sociale doivent composer avec un système de contraintes, et ce, particulièrement dans leur organisation. Ces conditions organisationnelles paraissent même agir sur la possibilité de l'amorce de cette pratique et sur son appropriation au sein des équipes, pour dépasser le stade d'une pratique épisodique qui relève d'une volonté individuelle.

Dans l'ensemble, les infirmières concernées indiquent que le contexte offre peu de ressources pour soutenir leur capacité d'agir à l'interface de services de santé de première ligne et de ressources de la communauté (Richard, 2013). Au premier plan de ces conditions organisationnelles figure une rareté chronique de ressources dédiées au soutien clinique d'infirmières de première ligne, comparativement aux intervenants sociaux (Gendron *et al.*, 2013). Le propos d'une gestionnaire résume bien la situation rapportée : « *Les infirmières en ont moins besoin [de supervision clinique], parce que les dossiers qui ont les plus grosses problématiques se retrouvent souvent en social.* » De plus, les infirmières bénéficient de peu d'espaces de réflexion, d'expérimentation et de formation continue pour appuyer leur pratique en contexte de vulnérabilité sociale, de promotion de la santé ou de prévention (Beaudet *et al.*, 2011; Bisailon *et al.*, 2010; Richard *et al.*, 2010). Elles disposent donc de peu d'occasions pour partager leurs réflexions et les stratégies qu'elles élaborent ou pour discuter des défis cliniques et politiques de leur intervention.

*Je n'ai pas de supervision clinique et c'est extrêmement difficile pour moi dans ma pratique. Je n'ai aucun forum de discussion pour parler avec d'autres de ce que je fais dans les milieux ou de mes cas problématiques... je n'ai pas vraiment de support et je suis isolée dans ma pratique.*

Par ailleurs, malgré le souhait exprimé par les intervenants et gestionnaires de services de première ligne au regard de pratiques de collaboration, il semble que la coopération entre des ressources suivant des logiques ou des approches différentes demeure difficile à envisager ou à développer. Ceci n'est pas sans conséquence pour la pratique infirmière d'interface. Par exemple, lorsque des professionnels de première ligne privilégient (ou imposent) des attentes, exigences ou principes d'intervention pour définir « *ce qui convient* » à la clientèle, ceci ne facilite pas le développement de liens de collaboration interprofessionnelle ou intersectorielle, ni l'établissement d'ententes partenariales que suppose une pratique d'interface. Des gestionnaires résumant bien cette situation lorsqu'elles précisent que les « *ressources doivent répondre à la fois à la clientèle et aux perceptions des intervenants* » et que les organismes qui prennent « *une tangente qui ne nous convient pas* » ne sont plus considérés comme des partenaires, à moyen ou à long terme (voir Gendron *et al.*, 2013). Ainsi, les ressources travaillent encore beaucoup en silo, avec peu de mécanismes formels de collaboration (Clavier *et al.*, 2013). Autre exemple, les mécanismes de reddition de comptes ne permettent pas de reconnaître les processus de collaboration; et des indicateurs de gestion qui prendraient spécifiquement en compte les pratiques d'interface restent à développer (Gendron *et al.*, 2013). Les gestionnaires ont donc peu d'outils pour soutenir leurs équipes dans des changements de pratique en contexte de vulnérabilité sociale, notamment pour formaliser des collaborations durables qui s'avèrent essentielles à une pratique d'interface. Néanmoins, ces gestionnaires sont interpellées par les infirmières qui tentent d'agir à l'interface et qui soulignent l'importance de s'assurer de leur soutien, même s'il s'agit d'ententes « *à la pièce* », sporadiques et à renouveler.

À terme, cependant, on doit convenir que les infirmières qui s'adonnent à une pratique d'interface semblent disposer, à l'heure actuelle, de peu de ressources pour en faire valoir la pertinence et se retrouvent avec peu de moyens pour accompagner le développement de leur pratique. À cet égard, bien que leur stratégie d'invisibilité soit décrite comme une forme de résistance pour composer avec un système de contraintes organisationnelles et légitimer leur pratique, elle s'avère une source de fragilisation dans la redéfinition de leur professionnalité.

### ***Les implications pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle***

Les défis présentés empruntent plusieurs pistes pour soutenir le développement professionnel des infirmières de première ligne dans le déploiement de leur pratique d'interface en contexte de vulnérabilité sociale. En termes de recherche, considérant que l'agir collectif est un préalable indispensable à la réduction de la vulnérabilité sociale (Bilodeau, Chamberland et White, 2003), les défis relevés suggèrent que les conditions d'adoption et de pérennisation de pratiques infirmières visant l'élargissement de leur espace d'intervention méritent une attention particulière. D'une part, les activités et les dimensions structurelles qui facilitent la conjugaison de dimensions sociales et de santé dans l'intervention de première ligne, à l'interface d'établissements de services de santé et des ressources de la communauté, doivent davantage être documentées empiriquement (Richard, 2013). De telles recherches devraient, en outre, être appuyées par des théories sociales qui abordent le croisement de l'agir des acteurs et leur contexte dans un monde contemporain changeant, aux contours flous et multiples, les pratiques professionnelles ne pouvant être réfléchies en dehors du monde social qu'elles habitent. D'autre part, le développement d'indicateurs de pratique d'interface pourrait vraisemblablement appuyer les processus de légitimation, notamment en outillant les gestionnaires de services de première ligne dans leur capacité de soutenir leurs équipes dans les interventions de réduction de la vulnérabilité sociale.

En termes de pratique professionnelle, il nous importe de souligner ici que la pratique d'interface est exemplaire pour le développement de la discipline infirmière, car elle permet de situer l'action hors du champ médical (de la maladie) pour réaffirmer une vision élargie de la santé, selon une perspective salutogénique (Roy et O'Neill, 2012). Cette dernière souligne l'importance de soutenir les capacités dont disposent les personnes pour se réaliser et pour mobiliser des ressources génératrices de leur bien-être et de leur qualité de vie (Gottlieb, 2013), là où elles vivent, travaillent et grandissent (OMS, 1986). En corollaire, la pratique d'interface permet de concevoir autrement l'environnement de la pratique professionnelle des infirmières. Nous l'avons vu, une telle pratique souligne l'importance de diversifier les acteurs et d'élargir les espaces d'intervention par des processus de mise en relation et de création de liens, éminemment stratégiques, dans l'environnement social, et avec des personnes qui vivent dans des conditions de vulnérabilité et divers intervenants,

pour transformer le visage de la vulnérabilité sociale. Cette orientation vers la santé et l'élargissement du territoire de l'agir infirmier en première ligne créent ainsi un accès plus équitable à diverses ressources, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé. Considérant le contexte organisationnel décrit plus haut, des mécanismes de coopération et de collaboration visant davantage d'intégration (Browne, Kingston, Grdisa et Markle-Reid, 2007 ; Browne *et al.*, 2004) doivent cependant être envisagés pour élargir le réseau dans lequel peut prendre forme cette pratique (Beaudet *et al.*, 2011) : celle-ci ne peut se développer, ni évoluer, en dehors du contexte.

Autrement, il reste que la collaboration qu'invoque la pratique d'interface peut difficilement prendre forme si les infirmières pratiquent « dans l'ombre ». À ce titre, s'avère essentiel le développement de programmes de formation interprofessionnelle tels que des programmes de formation initiale s'adressant à des professionnels de diverses disciplines du domaine social et de la santé pour se (re)connaître et « apprendre ensemble » (Cranford, 2015). Cette approche pédagogique comporte non seulement le potentiel de contribuer à l'amélioration de la qualité de la formation initiale en santé (Starr *et al.*, 2015), mais elle offre également aux étudiants la possibilité de partager des savoirs qui mettent en valeur la diversité des champs disciplinaires tôt dans leur processus de formation professionnelle. Ceci permet, en retour, d'établir les bases du respect mutuel, d'une meilleure compréhension des rôles de chacun et des assises du travail d'équipe. De plus, l'instauration de stages dans des services de première ligne, durant la formation initiale des infirmières, devrait permettre de dépasser l'aspect « clinique » du rôle infirmier (Cohen et Gregory, 2009a, 2009b) et favoriser un contact signifiant et prolongé avec des acteurs et des ressources de la communauté ; ou encore, viser l'expérimentation de l'intervention *dans* l'environnement et avec des personnes vivant en contexte de vulnérabilité sociale, pour dépasser des modes d'intervention experts. Une perspective salutogénique de promotion de la santé (Roy et O'Neill, 2012) constitue un référent théorique à retenir pour appuyer le développement de la dimension sociale de la pratique infirmière d'interface, ou de l'« infirmière sociale » invoquée précédemment. Ce référent théorique situe l'intervention au confluent d'un ensemble de déterminants sociaux de la santé et partage, par ailleurs, les valeurs relationnelles du soin et de la justice sociale de la profession infirmière, ainsi que les axiomes humanistes et altruistes de la discipline. Enfin, le développement de capacités d'action stratégique revêt toute son importance (Richard, 2013) pour faire en sorte que les infirmières se reconnaissent en tant qu'acteurs d'influence et fassent valoir leurs pratiques sociales. Ces capacités exigent l'exercice de processus réflexifs privilégiant l'analyse d'enjeux relationnels et organisationnels (Crozier et Friedberg, 1977). Pour les infirmières d'expérience, ces capacités pourraient aider à sortir de l'ombre les parcours et trajectoires de la pratique d'interface en contexte de vulnérabilité sociale ; tandis que les infirmières novices se trouveraient mieux outillées pour négocier la construction des multiples facettes de cette pratique émergente de première ligne, en relation avec d'autres acteurs.

## CONCLUSION

Le développement de nouvelles pratiques de première ligne s'inscrit vraisemblablement dans des valeurs professionnelles et sociales contemporaines qui comportent une certaine exigence de performance individuelle (Astier, 2007). Cette exigence suscite, cependant, des attentes qui peuvent dépasser le pouvoir d'agir des professionnels et même contribuer à des processus fragilisants, voire stigmatisants, dans leur espace d'intervention. Il est donc indispensable d'accompagner la transformation des pratiques et de leur contexte de réalisation par un soutien accru aux professionnels qui tentent d'investir un espace d'intervention social pour répondre aux besoins de personnes qui vivent en contexte de vulnérabilité. Autrement, la pratique d'interface demeurera fragile et, inévitablement, vulnérable.

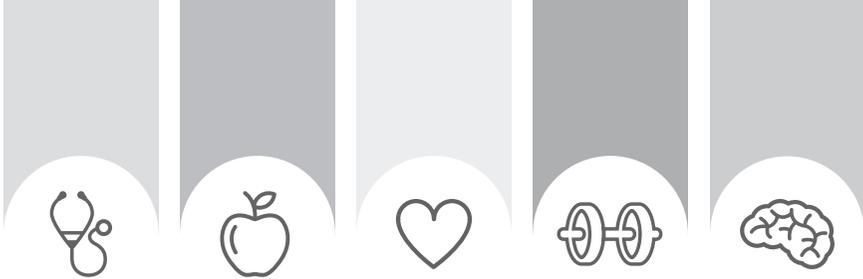
## RÉFÉRENCES

- ALDERSON, M., SAINT-JEAN, M., RHÉAUME, J. et RUELLAND, I. (2011). Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement et de soins de longue durée soumis à des changements organisationnels significatifs, *Aporia*, 3(4), 30-46.
- ANDREWS, T.M. et WAERNESS, K. (2011). Deprofessionalization of a female occupation : Challenges for the sociology of professions, *Current Sociology*, 59, 42-58. doi: 10.1177/0011392110385969.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE - ACIISC (2008). *Canadian Community Health Nursing Standards of Practice*. St. John's: IISCC, <[http://www.chnc.ca/documents/chn\\_standards\\_of\\_practice\\_mar08\\_english.pdf](http://www.chnc.ca/documents/chn_standards_of_practice_mar08_english.pdf)>.
- ASTIER, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris : Presses universitaires de France.
- BEAUDET, N., RICHARD, L., GENDRON, S. et BOISVERT, N. (2011). Advancing population-based health-promotion and prevention practice in community-health nursing : Key conditions for change, *Advances in Nursing Science*, 34, E1-E12. doi: 10.1097/ANS.0b013e3182300d9a.
- BILODEAU, A., CHAMBERLAND, C. et WHITE, D. (2003). L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique, *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 17, 59-88, <[http://www.unites.uqam.ca/grieva/les%20panels/seminaire\\_14-03-03.pdf](http://www.unites.uqam.ca/grieva/les%20panels/seminaire_14-03-03.pdf)>.
- BISAILLON, A., BEAUDET, N., SAUVÉ, M.S., BOISVERT, N., RICHARD, L. et GENDRON, S. (2010). L'approche populationnelle au quotidien. Responsabilité populationnelle, promotion de la santé et prévention de la maladie, comment ces concepts se traduisent-ils dans la pratique infirmière ?, *Perspective infirmière*, janvier-février, 58-62, <[http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/21509.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/21509.pdf)>.
- BROWNE, G., KINGSTON, D., GRDISA, V. et MARKLE-REID, M. (2007). Conceptualization and measurement of integrated human service networks for evaluation, *International Journal of Integrated Care*, 7, 1-6, <<file:///C:/Users/edition2/Downloads/ijic2007-200751.pdf>>.
- BROWNE, G., ROBERTS, J., GAFNI, A., BYRNE, C., KERTYZIA, J. et LONEY, P. (2004). Conceptualizing and validating the human services integration measure, *International Journal of Integrated Care*, 4, 1-9, <<file:///C:/Users/edition2/Downloads/ijic2004-200403.pdf>>.
- CASTEL, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation, *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 11-27. doi: 10.7202/1002206ar.

- CHÂTEL, V. et ROY, S. (2008). *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- CLAVIER, C. (2009). Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux, *Sciences sociales et santé*, 27, 47-74. doi: 10.3917/sss.272.0047.
- CLAVIER, C., GENDRON, S., POTVIN, L. et MOREAU, J. (2013). *Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 2 - Évaluation de l'actualisation du PSJP: l'axe Création d'environnements favorables*, rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- COHEN, B. et GREGORY, D. (2009a). Community health clinical education in Canada. Part 1: "State of the art", *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6, 1-17. doi: 10.2202/1548-923X.1637.
- COHEN, B. et GREGORY, D. (2009b). Community health clinical education in Canada. Part 2: Developing competencies to address social justice, equity, and the social determinants of health, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6, 1-15. doi: 10.2202/1548-923X.1638.
- CRANFORD, J.S. (2015). Infusing interprofessional education into the nursing curriculum, *Nurse Educator*, 40, 16-20. doi: 10.1097/NNE.0000000000000077.
- CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.
- DELOR, F. et HUBERT, M. (2000). Revisiting the concept of vulnerability, *Social Science & Medicine*, 50, 1557-1570. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00465-7.
- FROHLICH, K.L., DE KONINCK, M., DEMERS, A. et BERNARD, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- GENDRON, S., DUPUIS, G., MOREAU, J., LACHANCE FIOLA, J. et DUPUIS, F. (2013). *Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 1 - Évaluation de l'actualisation du PSJP: l'axe Accompagnement des familles*, rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- GOTTLIEB, L.N. (2013). *Strength-Based Nursing Care : Health and Healing for Person and Family*. New York : Springer.
- KOSNY, A. et MACEACHEN, E. (2010). Gendered, invisible work in non-profit social service organizations : Implications for worker health and safety, *Gender, Work and Organization*, 17, 359-380. doi: 10.1111/j.1468-0432.2009.00460.x.
- LE MOIGNE, J.-L. (2006). *La théorie du système général : théorie de la modélisation*, 5<sup>e</sup> éd. Paris : Presses Universitaires de France, <ftp://ftp-developpez.com/jean-louislemoigne/TGS-TM.pdf>.
- MALLINSON, S., POPAY, J. et KOWARZIK, U. (2006). Collaborative work in public health ? Reflections on the experience of public health networks, *Critical Public Health*, 16, 259-265. doi: 10.1080/09581590600986481.
- NAY, O. et SMITH, A. (2004). *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique*. Paris : Economica.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - OMS (1986). *Charte d'Ottawa*. Genève : OMS, <http://www.euro.who.int/\_data/assets/pdf\_file/0003/129675/Ottawa\_Charter\_F.pdf>.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final. Genève : Commission des déterminants sociaux de la santé, <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf)>.
- PAILLÉ, P. et MUCCHIELLI, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin.
- POTVIN, L., MOQUET, M.-J. et JONES, C.M. (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. « Santé en action », <<http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>>.
- RAPHAEL, D. (2006). Les inégalités de santé au Canada : faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités, dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson et I. Rootman (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (p. 138-159). Québec : Presses de l'Université Laval.
- REUTTER, L.I. et KUSHNER, K.E. (2010). Health equity through action on the social determinants of health : Taking up the challenge in nursing, *Nursing Inquiry*, 17(3), 269-280.
- RICHARD, L. (2013). *Modélisation systémique d'une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale*, thèse de doctorat inédite. Montréal : Université de Montréal.
- RICHARD, L., GENDRON, S., BEAUDET, N., BOISVERT, N., SAUVÉ, M. et GARCEAU-BRODEUR, M.-H. (2010). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montréal, Québec, *Public Health Nursing*, 27, 450-458. doi : 10.1111/j.1525-1446.2010.00878.x.
- RICHARD, L., GENDRON, S. et CARA, C. (2012). Modélisation systémique de la pratique infirmière comme système complexe : une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières, *Aporia*, 4(4), 25-39.
- ROY, M. et O'NEILL, M. (2012). *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- SAILLANT, F. (2000). Identité, indivisibilité sociale, altérité : expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes, *Anthropologie et sociétés*, 24, 155-171. doi : 10.7202/015641ar.
- STARR, S.R., KAUTZ, J.M., SORITA, A., THOMPSON, K.M., REED, D.A., PORTER, B.L. et TING, H.H. (2015). Quality improvement education for health professionals : A systematic review, *American Journal of Medical Quality*, 1-8. doi : 10.1177/1062860614566445.
- WILLIAMS, P. (2002). The competent boundary spanner, *Public Administration*, 80(1), 103-124.
- WITTORSKI, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.





# *Chapitre 7*

## **LA SEXUALITÉ**

Au cœur des soins de santé primaires  
canadiens contemporains

---

CATHERINE DE PIERREPONT  
VIOLA POLOMENO

FACE À L'ENGOUEMENT RÉCENT POUR LES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES en santé, les différents professionnels de la santé doivent adapter leurs pratiques, notamment en soins primaires. Ces équipes interprofessionnelles de première ligne s'occupent en majorité des services de santé non urgents et sont donc essentielles dans le système de santé.

Malgré l'interdisciplinarité prônée, un aspect reste peu évalué dans les soins de santé au sein de ces équipes : la sexualité. Le but de ce chapitre est de démontrer que la sexualité devrait être intégrée dans les soins de première ligne au sein des équipes interprofessionnelles. À cette fin, un exemple de cas sera présenté pour souligner l'apport de l'intégration de la sexualité et du sexologue dans les équipes interprofessionnelles œuvrant en périnatalité.

## LES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES EN SANTÉ

Depuis une quinzaine d'années, on constate un intérêt grandissant envers les modèles collaboratifs et interdisciplinaires de soins de santé ainsi qu'envers les équipes de santé interprofessionnelles (Bourgeault et Mulvale, 2006 ; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé - FCRSS, 2006 ; Jansen, 2008). Ces dernières sont moins coûteuses et améliorent l'efficacité du système de santé, la productivité, les résultats, l'accès et la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients (Bourgeault et Mulvale, 2006 ; FCRSS, 2006 ; Jansen, 2008). Toutefois, il existe plusieurs obstacles dans le développement et le maintien de telles équipes : manque d'éducation et de formation par rapport au travail d'équipe, difficulté à obtenir la collaboration de tous les acteurs impliqués, et politiques et législations professionnelles et économiques décourageant la collaboration (FCRSS, 2006 ; Jansen, 2008). Les facteurs facilitant la mise en place, le maintien et la gestion de telles équipes sont présentés dans le tableau 7.1 (Bourgeault et Mulvale, 2006 ; FCRSS, 2006).

Plusieurs exemples de réussite de telles équipes interprofessionnelles en santé existent, notamment en réadaptation (Eldar, Marincek et Kullmann, 2008) et avec les patients atteints de la maladie de Parkinson (Giladi, 2011). Dans tous les cas, l'apport bénéfique a été souligné pour les patients, leur famille, les aidants ainsi que pour les professionnels de la santé impliqués. Ce modèle d'équipe en santé est donc à privilégier pour l'avenir.

**TABLEAU 7.1.** Facteurs facilitant les équipes interprofessionnelles

Facteurs propres à l'équipe	Facteurs institutionnels	Facteurs légaux et économiques
> Clarté des rôles, des objectifs et du but commun de l'équipe	> Ententes et accords entre les multiples acteurs sur les plans institutionnel et communautaire	> Régulations et législations professionnelles favorisant le partage des compétences et évitant le protectionnisme
> Participation active de tous, dont le patient	> Philosophie, mentalité et culture organisationnelle procollaboration	> Modèles de rémunération appropriés
> Prise de décision commune et concertée	> Programmes d'éducation et de formation favorisant l'interprofessionnalisme	> Fonds, subventions et financement pour initiatives et soutien
> Respect mutuel		> Politiques gouvernementales favorables
> Bonne communication		> Engagement de tous les secteurs et de tous les paliers du système de santé et du gouvernement
> Responsabilités communes		
> Mécanismes efficaces de résolution de conflits		
> Reconnaissance des limites et des contributions de chacun des membres		

## LA SEXUALITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ

La sexualité est un phénomène complexe et multidimensionnel, et les différentes dimensions qui la constituent (biologique, psychologique, affective, cognitive, sociologique, culturelle, morale, spirituelle) s'influencent mutuellement (Badeau, 1998 ; Dupras, 2006, 2010 ; Giami et Pacey, 2006 ; OMS, 2006). Favoriser une sexualité positive fait partie intégrante de la santé sexuelle saine, définie comme un « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité, qui ne se borne pas seulement à l'absence de maladies, dysfonctionnements ou infirmités » (OMS, 2012, p. ix). La sexualité et la santé sexuelle sont considérées comme des composantes fondamentales et centrales de la santé globale de l'humain (Dupras, 2006, 2010 ; Giami et Pacey, 2006 ; OMS, 2006, 2012 ; Sadovsky et Nusbaum, 2006). En 2012, selon l'Organisation mondiale de la santé : « La bonne santé de l'individu, de la famille, de la communauté et de la nation dépend de la qualité de la santé sexuelle et reproductive » (OMS, 2012, p. 6). Ainsi, de par son lien réciproque avec la santé générale (Bitzer *et al.*, 2007), la sexualité doit faire partie intégrante du continuum des soins de santé dans le cadre d'une approche holistique et biopsychosociale de la santé (Church *et al.*, 2010 ; Giami et Pacey, 2006 ; OMS, 2012 ; Sadovsky et Nusbaum, 2006).

L'idée d'inclure la sexualité dans les soins de santé est, entre autres, reprise dans deux déclarations internationales de l'Association mondiale pour la santé sexuelle (World Association for Sexual Health) sur les droits sexuels : la Déclaration de Hong Kong (WAS, 1999), qui a souligné le droit aux services de santé dédiés à la sexualité, et la Déclaration

de Montréal (WAS, 2005), qui a souligné l'importance d'identifier, de prendre en charge et de traiter les inquiétudes, les dysfonctions et les troubles de la sexualité et la nécessité de fournir un accès universel à l'information et à l'éducation en matière de sexualité. Plusieurs chercheurs ont également soulevé l'importance d'intégrer la sexualité au sein des soins de santé primaires (Cappiello et Nothnagle, 2013; Church *et al.*, 2010; OMS, 2012; Sadovsky et Nusbaum, 2006).

## L'INTÉGRATION DE LA SEXUALITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Vouloir intégrer la sexualité dans les soins de santé primaires comporte toutefois certains enjeux et obstacles. D'abord, le sujet crée chez les professionnels de la santé un malaise manifeste : la sexualité est souvent considérée comme un sujet privé, intime, personnel et sensible (Church *et al.*, 2010). Ensuite, il y a un manque évident d'éducation et de formation (initiale et continue) chez les professionnels (Cappiello et Nothnagle, 2013; Church *et al.*, 2010; OMS, 2012). Enfin, le manque de temps dans les consultations, la difficulté à développer la collaboration interprofessionnelle et interdépartementale, les défis de coordination et de supervision dans l'intégration, et le manque de fonds budgétaires et de ressources alloués pour faciliter et maintenir l'intégration et la formation du personnel (Church *et al.*, 2010) sont autant d'obstacles soulevés par les personnes interrogées.

Malgré tout, certains facteurs peuvent favoriser l'intégration de la sexualité dans la prestation des soins de santé primaires, dont la mise sur pied de plus d'équipes interprofessionnelles (Cappiello et Nothnagle, 2013; Church *et al.*, 2010; Norton, 2010; OMS, 2012) et la formation des professionnels (Cappiello et Nothnagle, 2013; Church *et al.*, 2010; Norton, 2010; OMS, 2012). Une formation de base en matière de sexualité (au niveau universitaire, professionnel et en formation continue) ainsi que des occasions récurrentes pour mettre en pratique les habiletés apprises sont à privilégier.

D'autres facteurs peuvent aussi favoriser l'intégration de la sexualité dans les soins de santé primaires : la sensibilisation générale des patients, les fonds et budgets alloués et réservés, les politiques nationales favorables, l'implication de multiples secteurs, l'appui et la supervision des instances responsables à toutes les étapes (Church *et al.*, 2010; Cappiello et Nothnagle, 2013; Norton, 2010; OMS, 2012).

## LE SEXOLOGUE DANS LES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES DE SANTÉ

Au Canada, un sexologue est un professionnel et expert de la santé sexuelle et de la sexualité ayant complété des études universitaires en sexologie, nouvelle discipline autonome et interdisciplinaire dispensée uniquement par le Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) depuis 1969 (Dupras, 2006). Bien que d'autres

formations et programmes courts existent au Canada (p. ex. à l'Université de Guelph), le titre officiel de sexologue n'est décerné qu'aux étudiants ayant suivi une formation universitaire en sexologie de l'UQAM (baccalauréat, maîtrise clinique ou en recherche-intervention, doctorat). Depuis septembre 2013, l'Ordre professionnel des sexologues du Québec a été créé pour protéger le titre de sexologue et pour assurer la protection de la population et des sexologues œuvrant dans différents secteurs (OPSQ, 2013).

Dans les dernières années, des sexologues se sont intégrés et impliqués dans diverses équipes interdisciplinaires en santé : en oncologie (Carr, 2007 ; Enzlin et De Clippeleir, 2011), en réadaptation (Eldar, Marincek et Kullmann, 2008), en soins aux patients atteints de la maladie de Parkinson (Giladi, 2011) et auprès des individus ayant un handicap physique ou une maladie chronique (Kedde *et al.*, 2010). Dans tous les cas, l'inclusion de la sexualité dans le suivi de santé paraît bénéfique pour les patients. Par exemple, l'étude hollandaise de Kedde *et al.* (2010) a démontré qu'une courte thérapie psychosexuelle prodiguée par un sexologue auprès de 47 individus ayant un handicap physique ou une maladie chronique a permis une augmentation significative de leur estime sexuelle, de la fréquence de leurs contacts sexuels et de leur satisfaction sexuelle ainsi qu'une diminution de leur stress relationnel et sexuel.

Le sexologue peut donc exercer deux rôles essentiels au sein des équipes interprofessionnelles de santé en soins primaires. Il peut d'abord intervenir directement auprès des patients concernés, soit par des interventions éducatives, soit par des rencontres cliniques thérapeutiques, soit par la combinaison des deux, s'adaptant aux besoins du patient. De plus, il peut former les autres professionnels de l'équipe pour les aider à aborder la sexualité avec leurs patients, tout en leur permettant d'acquérir des connaissances en la matière. Le sexologue peut ainsi encourager et soutenir la formation continue en milieu de travail en matière de sexualité, tout en donnant du temps aux patients directement. Dans tous les cas, le sexologue doit devenir un membre intégré et actif dans l'équipe de soins, tout en étant également impliqué, de façon optimale, dans le développement de politiques et de procédures en soins de santé primaires dans différents paliers du système de santé et du gouvernement.

Un exemple d'intégration de la sexualité et du sexologue en soins de santé primaires : le cas de la périnatalité

### ***La sexopérinatalité***

La sexualité est au cœur de l'expérience périnatale de la transition à la parentalité, définie comme une période de désorganisation demandant une adaptation de la famille, s'étendant de la décision d'avoir un enfant (ou de sa conception) à deux années après l'accouchement (Polomeno, 2000). En effet, lors de cette période de transition, les futurs et nouveaux parents vivent de nombreux changements physiques, psychologiques et sociaux ; l'intimité et la sexualité des couples parentaux constituent les dimensions

particulièrement vulnérables et affectées par ces multiples changements concomitants (Allen et Fountain, 2007 ; Alteneder et Hartzell, 1997 ; Bitzer et Alder, 2000 ; De Pierrepont et Polomeno, 2014 ; Foux, 2008 ; Polomeno, 2000, 2014 ; Polomeno et Dubeau, 2009 ; Serati *et al.*, 2010 ; Von Sydow, 1999). La sexopérinatalité est donc une nouvelle discipline de recherche et d'intervention qui s'intéresse à l'intimité et à la sexualité du couple lors de cette période de transition (Polomeno et Dubeau, 2009).

La période périnatale est une période mouvementée où la conciliation parent-partenaire sexuel semble être des plus difficiles (Ambert, 2009 ; Cowan et Cowan, 1992 ; De Pierrepont et Polomeno, 2014 ; Polomeno et Dubeau, 2009). De plus, plusieurs considérations sexopérinatales sont courantes chez les futurs et nouveaux parents, et ce, en fonction des cinq phases périnatales (tableau 7.2) (Allen et Fountain, 2007 ; Alteneder et Hartzell, 1997 ; Bitzer et Alder, 2000 ; De Pierrepont et Polomeno, 2014 ; Foux, 2008 ; Harel, 2007 ; Polomeno, 2000, 2011 ; Polomeno et Dubeau, 2009 ; Serati *et al.*, 2010 ; Von Sydow, 1999).

**TABLEAU 7.2.** Considérations sexopérinatales en fonction des cinq phases périnatales

<b>1. Préconception</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Préparation physio-psychosexuelle des couples</li> <li>&gt; Problématiques d'infertilité et difficultés de conception</li> </ul>
<b>2. Grossesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Prévention de la violence conjugale</li> <li>&gt; Peurs envers les activités sexuelles : faire mal au bébé, causer un avortement spontané, nuire à la grossesse, causer une rupture prématurée des membranes, déclencher le travail</li> <li>&gt; Fluctuations de l'image corporelle et du sentiment de désirabilité chez la femme et réaction du partenaire</li> <li>&gt; Problèmes sexuels : dyspareunie et anorgasmie chez la femme ; dysfonctions érectiles et problèmes d'éjaculation chez l'homme</li> <li>&gt; Conditions particulières de grossesse où la sexualité est interdite : grossesses à risque avec placenta prævia complet ou partiel, dilatation prématurée du col, rupture prématurée des membranes, historique de prématurité, saignements, grossesses multiples</li> <li>&gt; Fluctuations du désir sexuel (et discordance entre partenaires), du plaisir sexuel et des activités coïtales</li> <li>&gt; Fluctuations des expressions sexuelles autres que le coït (masturbation, sexe oral, sexe anal)</li> <li>&gt; Crampes, inconforts et douleur lors du coït</li> <li>&gt; Changements dans les positions sexuelles</li> <li>&gt; Incidence des changements physiques et psychologiques sur la sexualité</li> <li>&gt; Préparation au nouveau rôle psycho-sociosexuel</li> <li>&gt; Conflit entre les rôles : femme/homme, futur(e) mère/père, partenaire sexuel(le)</li> </ul>

<b>3. Travail et accouchement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Expériences et sensations sensorielles et érotiques lors de l'accouchement</li> <li>&gt; Contacts sensoriels et sexuels entre partenaires</li> </ul>
<b>4. Postpartum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Peurs envers les activités sexuelles : faire mal ou avoir mal, déchirer les points de suture, infections</li> <li>&gt; Fluctuations de l'image corporelle et du sentiment de désirabilité chez la femme et réaction du partenaire</li> <li>&gt; Problèmes sexuels</li> <li>&gt; Fluctuations du désir sexuel (et discordance entre partenaires), du plaisir sexuel et des activités coïtales</li> <li>&gt; Fluctuations des expressions sexuelles autres que le coït</li> <li>&gt; Crampes, inconforts et douleur lors du coït</li> <li>&gt; Variabilité du retour au coït</li> <li>&gt; Changements dans les positions sexuelles</li> <li>&gt; Incidence des changements physiques et psychologiques sur la sexualité, dont la dépression postnatale maternelle et paternelle et le traumatisme lié à l'accouchement</li> <li>&gt; Contraception</li> <li>&gt; Nouveau rôle psycho-sociosexuel</li> <li>&gt; Conflit entre les rôles : femme/homme, mère/père, partenaire sexuel(le)</li> <li>&gt; Violence conjugale</li> <li>&gt; État de santé du bébé (hospitalisation, deuil)</li> </ul>
<b>5. Allaitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Incidence sur le désir sexuel et la lubrification</li> <li>&gt; Expériences érotiques</li> <li>&gt; Conflit de rôles envers les seins (rôle nourricier vs érotique)</li> </ul>

Dans une recension des écrits effectuée par Serati et *al.* (2010) sur le fonctionnement sexuel périnatal, un déclin significatif général est noté au fil de la grossesse (surtout au troisième trimestre) et au début du postpartum, le tout suivi d'un retour graduel à une sexualité normale six mois après l'accouchement. Pour sa part, Von Sydow (1999), dans sa méta-analyse sur la sexopérinatalité, a affirmé que le portrait typique des fluctuations sexuelles périnatales était le suivant : diminution ou stabilité au premier trimestre de la grossesse, variabilité au deuxième trimestre et diminution intense au troisième trimestre. Plus précisément, Von Sydow (1999) a même chiffré certaines considérations courantes pendant la grossesse : de 25 à 50 % des femmes et 25 % des hommes auraient peur de faire mal au bébé pendant les activités sexuelles ; de 4 à 20 % des femmes ne se sentiraient pas attirantes et 25 % moins attirantes ; et de 22 à 50 % des femmes vivraient de la dyspareunie. Le même auteur a également chiffré des considérations sexuelles postnatales courantes : la reprise du coït après l'accouchement serait très variable, mais se ferait en moyenne de 6 à 8 semaines postpartum ; 64 % des femmes et de 19 à 64 % des hommes auraient peur du retour au coït ; 40 % des femmes auraient des problèmes

avec la première expérience coïtale postnatale et 50 % auraient de la douleur au premier coït postnatal ; un tiers à une moitié des mères vivaient une expérience érotique lors de l'allaitement, et 25 % ressentiraient de la honte envers cette excitation qui est pourtant normale (Von Sydow, 1999).

### ***Les besoins sexopérinataux et leurs obstacles***

Selon l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité faite par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2009), les 6 421 femmes interrogées se disent moins informées sur la transition au rôle de parent, sur les changements d'ordre sexuel et sur l'effet de la grossesse et de l'arrivée du bébé sur la relation avec le conjoint. Pour sa part, Von Sydow (1999), dans sa méta-analyse sur la sexualité périnatale, a souligné que plusieurs couples aimeraient avoir plus d'informations sur la sexualité ; 30 % ont même affirmé qu'une thérapie sexuelle leur aurait été utile. Ainsi, la sexopérinatalité devrait faire partie intégrante du suivi holistique en santé périnatale et du continuum de soins périnataux dans le cadre d'une approche biopsychosociale de la santé (Allen et Fountain, 2007 ; Altener et Hartzell, 1997 ; Bitzer et Alder, 2000 ; Foux, 2008 ; Polomeno, 2000 ; Polomeno et Dubeau, 2009 ; Serati *et al.*, 2010 ; Von Sydow, 1999).

Toutefois, deux obstacles majeurs à l'intervention sexopérinatale demeurent : le premier chez les futurs et nouveaux parents et le second chez les professionnels. D'abord, les parents sont réticents à aborder la sexualité : ils veulent être informés sur le sujet, mais ressentent de la gêne à l'idée d'amorcer la discussion (Allen et Fountain, 2007 ; Altener et Hartzell, 1997 ; Bitzer et Alder, 2000 ; Foux, 2008 ; Polomeno et Dubeau, 2009). Les articles de Foux (2008) ainsi que de Altener et Hartzell (1997) ont indiqué que les couples parentaux aimeraient avoir la possibilité de discuter de leurs sentiments et de leurs considérations en matière de sexualité pendant la grossesse avec leur professionnel de la santé ; ils ressentent un besoin d'information et de soutien et considèrent que la sexualité fait partie des soins de santé globaux. Selon Allen et Fountain (2007), les femmes enceintes et leur partenaire veulent et ont besoin d'informations sur la sexualité : discuter de la sexualité pendant la grossesse est considéré comme approprié par la plupart d'entre eux. Toutefois, comme l'affirment clairement les articles d'Allen et Fountain (2007) ainsi que de Bitzer et Alder (2000), les couples parentaux sont plus à l'aise de parler de sexualité lorsque c'est le professionnel de la santé qui aborde le sujet.

Parallèlement, les professionnels de la santé en périnatalité sont aussi réticents à aborder la sexualité en période périnatale pour diverses raisons : la gêne et l'inconfort ; la sexualité étant perçue comme un sujet privé, intime, tabou et sensible ; et le manque de formation, d'expérience, de connaissances, d'habiletés et de temps (Allen et Fountain, 2007 ; Altener et Hartzell, 1997 ; Bitzer et Alder, 2000 ; Foux, 2008 ; Polomeno et Dubeau, 2009). Plusieurs études effectuées auprès des différents professionnels impliqués en périnatalité ont démontré un important manque d'interventions sexopérinatales,

que ce soit de la part des obstétriciens-gynécologues, des médecins de famille, des résidents en obstétrique-gynécologie, des infirmières ou des sages-femmes (Garcia et Fisher, 2007; Hunter, 2001; Magnan et Reynolds, 2006; Pancholy *et al.*, 2011; Propst, Phillips et Andrew, 2001; Sobecki *et al.*, 2012; Wimberly *et al.*, 2006). Dans tous les cas, le manque de formation générale en sexualité est soulevé par ces différents professionnels de la santé et perçu comme une barrière fondamentale (Garcia et Fisher, 2007; Hunter, 2001; Magnan et Reynolds, 2006; Pancholy *et al.*, 2011; Propst *et al.*, 2001; Sobecki *et al.*, 2012; Wimberly *et al.*, 2006). De plus, à ce jour, aucun article n'a été répertorié sur la formation en sexualité périnatale, un domaine qui demande pourtant clairement une intervention auprès des professionnels impliqués. Bref, l'évaluation et l'intervention sexopérinatales ne sont pas faciles, ni pour les parents, ni pour les professionnels de la santé, et se trouve par le fait même souvent négligée ou même complètement omise dans la liste des soins périnataux à prodiguer.

### *Les équipes interdisciplinaires périnatales*

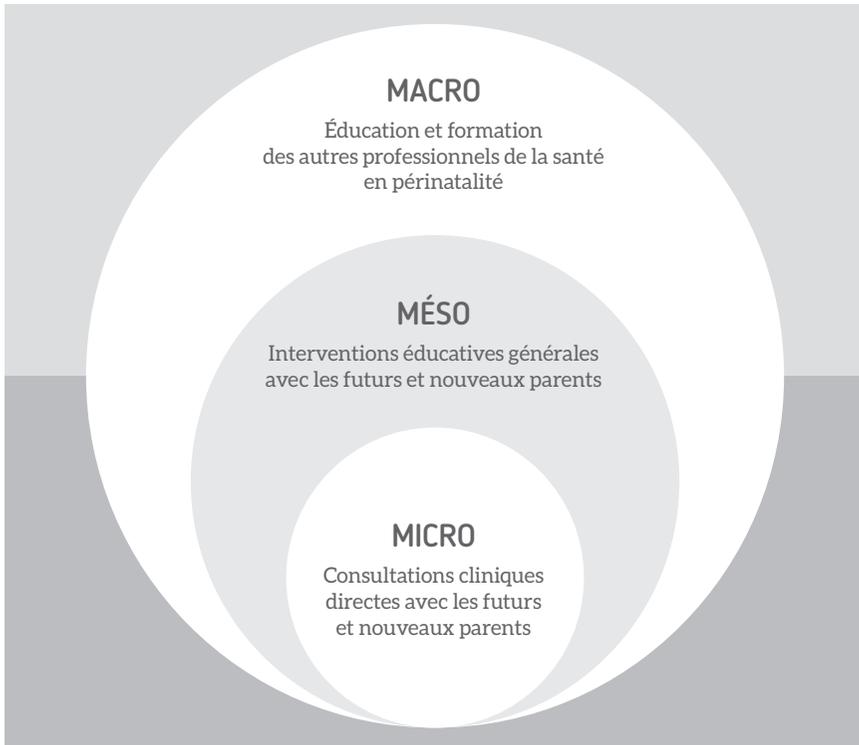
Dans le domaine de la périnatalité, on encourage de plus en plus les équipes interdisciplinaires pour améliorer la qualité et la gestion des soins, puisque l'interprofessionnalisme dans les soins périnataux favorise le bien-être et la sécurité des professionnels impliqués, des parents, de l'enfant et de la famille (Colin, 2004; Epiney et Vial, 2009; Saxell, Harris et Elarar, 2009). Au Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC, 2008) a développé une initiative concertée pancanadienne liée à la naissance qui a pour but de « s'assurer que les Canadiennes et leurs bébés reçoivent des soins appropriés pendant leur grossesse, l'accouchement et la période de rétablissement » (SOGC, 2008, p. 2). Au cœur de cette stratégie, la famille est considérée comme un pilier de la nation qu'il faut soutenir notamment en favorisant la collaboration interprofessionnelle entre les obstétriciens-gynécologues, les omnipraticiens, les infirmières et les sages-femmes (SOGC, 2008).

### *Le sexologue dans les équipes interprofessionnelles périnatales*

Pour bien cerner l'importance et le rôle du sexologue dans une équipe interprofessionnelle en périnatalité au Canada, une conceptualisation écologique de trois niveaux (micro, méso, macro) est utile (Bronfenbrenner, 1994) (figure 7.1). Sur le plan « micro », le sexologue est le professionnel le mieux formé pour offrir des consultations directes avec les patients (Allen et Fountain, 2007; Alteneder et Hartzell, 1997; Bitzer et Alder, 2000; De Pierrepoint et Polomeno, 2014; Foux, 2008). Ce rôle de base rejoint l'approche de thérapie sexuelle individuelle centrée sur un problème (Bitzer et Alder, 2000); ce niveau d'intervention est plus adapté aux couples vivant des problèmes sexuels précis demandant un approfondissement lors de rencontres répétées en thérapie clinique avec un sexologue.

Au niveau « méso », les sexologues peuvent développer des interventions éducatives générales auprès des futurs et nouveaux parents. Le but de ces interventions est de leur donner des informations, de les soutenir, de les rassurer et de normaliser leurs expériences, tout en leur offrant des ressources et des références (Allen et Fountain, 2007 ; Alteneider et Hartzell, 1997 ; Bitzer et Alder, 2000 ; De Pierrepont et Polomeno, 2014 ; Foux, 2008 ; Polomeno et Dubeau, 2009). Ces interventions rejoignent l'approche générale psychoéducatrice qui sert à éduquer les couples lors des rencontres prénatales et postnatales et des suivis périnataux, en privé ou en groupe, selon les besoins, l'aisance et la volonté des patients (Bitzer et Alder, 2000). En éduquant les couples, le sexologue peut réduire les tensions et les inquiétudes tout en partageant des connaissances essentielles sur la sexualité périnatale afin de dissiper l'aspect tabou de la sexualité périnatale et faciliter ainsi la transition à la parentalité pour le couple.

**FIGURE 7.1.** Conceptualisation écologique des rôles du sexologue dans une équipe interprofessionnelle en périnatalité



Enfin, au niveau « macro », les sexologues ont la possibilité de faire de l'éducation et de la formation auprès des autres professionnels de la santé en périnatalité. Les sexologues peuvent les former pour qu'ils puissent à leur tour informer, soutenir,

rassurer et surtout normaliser les expériences des futurs et nouveaux parents dans leur pratique clinique quotidienne (Allen et Fountain, 2007 ; Alteneder et Hartzell, 1997 ; Bitzer et Alder, 2000 ; De Pierrepont et Polomeno, 2014 ; Foux, 2008 ; Polomeno et Dubeau, 2009 ; Von Sydow, 1999). Les sexologues peuvent apprendre aux autres professionnels en périnatalité comment discuter de sexualité et des façons d'évaluer la sexualité dans leurs soins de routine (Bitzer et Alder, 2000 ; Von Sydow, 1999), en tenant compte des différences culturelles, religieuses et langagières des patients (Allen et Fountain, 2007 ; Alteneder et Hartzell, 1997). D'emblée, une formation de base en connaissances sexopérinatales est requise pour les professionnels ; les sexologues peuvent ensuite former ces derniers à intervenir avec différents modèles d'intervention sexologiques simples pour aborder la sexualité avec leurs patients : PLISSIT (Allen et Fountain, 2007 ; Alteneder et Hartzell, 1997 ; Foux, 2008), EX-PLISSIT (Taylor et Davis, 2006) ou BETTER (Mick, Hugues et Cohen, 2004).

Les sexologues peuvent aussi servir de conseillers, de ressources éducatives et de soutien pour les autres professionnels de la santé lors de leur pratique clinique, que ce soit dans le cadre de consultations formelles ou informelles individuelles ou dans le cadre de rencontres d'équipe interprofessionnelle pour discuter d'un cas en particulier. Afin d'être au courant des cas en obstétrique-gynécologie, le sexologue peut même assister aux rondes médicales et aux réunions départementales pour offrir son avis et faire ses suggestions. Enfin, les professionnels de la santé ne doivent pas hésiter à adresser leurs patients directement aux sexologues dans les cas plus complexes (Alteneder et Hartzell, 1997 ; Bitzer et Alder, 2000 ; De Pierrepont et Polomeno, 2014 ; Von Sydow, 1999).

### *Les implications pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle*

Sur le plan de la recherche, il faudrait favoriser davantage les études liant sexualité et différentes conditions de santé pour mieux comprendre leur incidence réciproque possible et développer des interventions plus appropriées pour gérer les difficultés potentielles qui en découlent. De plus, les recherches actuelles sur l'interprofessionnalisme en périnatalité, sur la sexopérinatalité ainsi que celles sur la formation et le confort des différents professionnels en matière de sexualité doivent continuer pour mieux comprendre ces phénomènes et les besoins en jeu, et ainsi mieux orienter les pratiques professionnelles.

Sur le plan de la pratique, les dirigeants et les infrastructures de la santé doivent soutenir par des réglementations, des politiques, des fonds et des subventions, l'intégration de la sexualité et du sexologue dans les équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires. Une action concertée est nécessaire entre les différents paliers du système de santé et du gouvernement, le secteur privé et les ressources communautaires. Des possibilités d'emploi pour les sexologues dans les établissements de santé doivent être favorisées, tout comme des fonds réservés à la mise sur pied et au maintien

des équipes interprofessionnelles incluant ces derniers. Plus largement, il est important de sensibiliser le public à l'importance de la sexualité et au rôle que peuvent jouer les professionnels de la santé dans ce domaine.

Sur le plan de la formation professionnelle, il est vital d'instaurer une formation initiale, avancée et continue par rapport au travail d'équipe pour tous les professionnels de la santé, incluant les sexologues. Ces derniers pourraient aussi bonifier leur formation en santé générale. Enfin, il faudrait également offrir une formation plus approfondie aux différents professionnels de la santé en matière de sexualité, que ce soit dans leur formation initiale et dans le cadre de la formation continue en milieu de travail. Ces professionnels doivent être sensibilisés le plus tôt possible à la sexualité et avoir davantage d'occasions de mettre en pratique leurs habiletés. Les divers professionnels de la santé responsables des soins de première ligne doivent donc considérer l'intégration sexologique dans les soins primaires comme la prochaine étape vers des soins interprofessionnels, collaboratifs, continus et durables en matière de santé sexuelle pour tous les Canadiens (Fédération canadienne pour la santé sexuelle – FCSS, 2007).

## RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA – ASPC (2009). *L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa : ASPC.
- ALLEN, L. et FOUNTAIN, L. (2007). Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes, *Journal of Perinatal Education*, 16, 32–36. doi: 10.1624/105812407X171076.
- ALTENEDER, R.R. et HARTZELL, D. (1997). Addressing the couples' sexuality concerns during childbearing period : Use of the PLISSIT model, *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26, 651–658. doi: 10.1111/j.1552-6909.1997.tb02739.x.
- AMBERT, A.M. (2009). *Divorce : faits, causes et conséquences*. Ottawa : L'Institut Vanier de la famille.
- BADEAU, D. (1998). La cinquantaine au masculin en regard de l'expression de la sexualité : piste pour une intervention sexologique, *Contrasexion*, 15(1), 3–21.
- BITZER, J. et ALDER, J. (2000). Sexuality during pregnancy and the postpartum period, *Journal of Sex Education and Therapy*, 25(1), 49–58.
- BITZER, J., PLATANO, G., TSCHUDIN, S. et ALDER, J. (2007). Sexual counseling for women in the context of physical diseases : A teaching model for physicians, *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 29–37. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00395.x.
- BOURGEAULT, I.L. et MULVALE, G. (2006). Collaborative health care teams in Canada and the USA : Confronting the structural embeddedness of medical dominance, *Health Sociology Review*, 15, 481–495. doi: 10.5172/hesr.2006.15.5.481.
- BRONFENBRENNER, U. (1994). Ecological models of human development, dans T.N. Postlethwaite et T. Husen (dir.), *The International Encyclopedia of Education*, 2<sup>e</sup> éd., vol. 3 (p. 1643–1647). Oxford : Elsevier.
- CAPPIELLO, J. et NOTHNAGLE, M. (2013). SRH Workforce Summit : Now is the time to bring sexual and reproductive health to primary care, *Contraception*, 88, 201–212. doi: 10.1016/j.contraception.2013.06.001.

- CARR, S.V. (2007). Talking about sex to oncologists and about cancer to sexologists, *Sexologies*, 16, 267-272. doi: 10.1016/j.sexol.2007.06.007.
- CHURCH, K., DE KONING, K., HILBER, A.M., ORMEL, H. et HAWKES, S. (2010). Integrating sexual health services into primary care: An overview of health systems issues and challenges in developing countries, *International Journal of Sexual Health*, 22, 131-143. doi: 10.1080/19317611003672823.
- COLIN, C. (2004). Naître égaux-Grandir en santé: un exemple de la contribution des infirmières en prévention et en promotion de la santé en périnatalité, *Santé publique*, 16, 287-290. doi: 10.3917/spub.042.0287.
- COWAN, C.P. et COWAN, P.A. (1992). *When Partners Become Parents*, New York: Basic Books.
- DUPRAS, A. (2006). La professionnalisation de la sexologie au Québec, *Sexologies*, 15, 58-64. doi: 10.1016/j.sexol.2005.11.006.
- DUPRAS, A. (2010). L'avenir de la sexologie, *Sexologies*, 19, 99-103. doi: 10.1016/j.sexol.2009.07.002.
- ELDAR, R., MARINCEK, C. et KULLMANN, L. (2008). Need for rehabilitation teamwork training in Europe, *Croatian Medical Journal*, 49, 352-357. doi: 10.3325/cmj.2008.3.352.
- ENZLIN, P. et DE CLIPPELEIR, I. (2011). The emerging field of "oncosexology": Recognising the importance of addressing sexuality in oncology, *Belgian Journal of Medical Oncology*, 5, 44-49, <<http://www.aries.nl/DownloadFile.lynx?guid=978027a6-bb00-42ab-baf0-343f5e980047>>.
- EPINEY, M. et VIAL, Y. (2009). Travailler sur les articulations interprofessionnelles en périnatalité: un objectif obstétrical, *Revue médicale suisse*, 5, 2102-2104, <[http://rms.medhyg.ch/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=RMS\\_222\\_2102](http://rms.medhyg.ch/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RMS_222_2102)>.
- FÉDÉRATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ SEXUELLE - FCSS (2007). *Sexual health in Canada - Baseline 2007*. Ottawa: FCSS, <<http://www.cfsh.ca/Resources/Research/SexualHealthBaseline2007.aspx>>.
- FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ - FCRSS (2006). Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. Ottawa: FCRSS, <[http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf)>.
- FOUX, R. (2008). Sex education in pregnancy: Does it exist? A literature review, *Sexual and Relationship Therapy*, 23, 271-277. doi: 10.1080/14681990802226133.
- GARCIA, M. et FISHER, W.A. (2007). Obstetrics and gynaecology residents' self-rated knowledge, motivation, skill, and practice patterns in counselling for contraception, STI prevention, sexual dysfunction, and intimate partner violence and sexual coercion, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30, 59-65, <[http://www.jogc.com/abstracts/full/200801\\_Education\\_1.pdf](http://www.jogc.com/abstracts/full/200801_Education_1.pdf)>.
- GIAMI, A. et PACEY, S. (2006). Training health professionals in sexuality, *Sexual and Relationship Therapy*, 21, 267-271. doi: 10.1080/14681990600812662.
- GILADI, N. (2011). Multidisciplinary team work can improve the care of families with Parkinson's disease, *European Neurological Review*, 6, 17-20, <<http://www.touchneurology.com/system/files/private/articles/9019/pdf/giladi.pdf>>.
- HAREL, D. (2007). *Sexual Experiences of Women During Childbirth*. San Francisco: The Institute for Advanced Study of Human Sexuality, <<http://fr.scribd.com/doc/74708189/Sexual-Experience-s-of-Women-During-Childbirth-by-Danielle-Harel#scribd>>.

- HUNTER, B. (2001). Emotion work in midwifery : A review of current knowledge, *Journal of Advanced Nursing*, 34, 436-444. doi : 10.1046/j.13652648.2001.01772.x.
- JANSEN, L. (2008). Collaborative and interdisciplinary health care teams : Ready or not ?, *Journal of Professional Nursing*, 24, 218-227. doi : 10.1016/j.profnurs.2007.06.013.
- KEDDE, H., VAN DE WIEL, H.B.M., WEIJMAR SCHULTZ, W.C.M., VANWESENBEEK, W.M.A. et BENDER, J.L. (2010). Efficacy of sexological healthcare for people with chronic diseases and physical disabilities, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 282-294. doi : 10.1080/00926231003719798.
- MAGNAN, M.A. et REYNOLDS, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization, *Clinical Nurse Specialist*, 20, 285-292. doi : 10.1097/00002800-200611000-00009.
- MICK, J., HUGUES, M. et COHEN, M.Z. (2004). Using the BETTER model to assess sexuality, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8, 84-86. doi : 10.1188/04.CJON.84-86.
- NORTON, J. (2010). Commissioning primary care services to improve sexual health, *Practice Nurse*, 39(4), 36-42.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES SEXOLOGUES DU QUÉBEC - OPSQ (2013). Ordre professionnel des sexologues du Québec, <<http://www.opsq.org>>.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - OMS (2006). *Defining Sexual Health*, <[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)>.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - OMS (2012). *Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires*. Genève : OMS, <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf)>.
- PANCHOLY, A.B., GOLDENHAR, L., FELLNER, A.N., CRISP, C., KLEEMAN, S. et PAULS, R. (2011). Resident education and training in female sexuality : Results of a national survey, *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 361-366. doi : 10.1111/j.17436109.2010.02117.x.
- PIERREPONT, C. DE et POLOMENO, V. (2014). Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada, *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 42(7-8), 507-514.
- POLOMENO, V. (2000). The Polomeno family intervention framework for perinatal educators : Preparing couples for the transition to parenthood, *Journal of Perinatal Education*, 9, 31-48. doi : 10.1624/105812400X87482.
- POLOMENO, V. (2011). Men's sexuality in the perinatal period, *International Journal of Childbirth Education*, 26, 35-39.
- POLOMENO, V. (2014). A couples approach to the teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood, *International Journal of Childbirth Education*, 29(1), 78-85.
- POLOMENO, V. et DUBEAU, D. (2009). La sexopérinatalité : où en sommes-nous ?, *L'infirmière clinicienne*, 6, 20-24, <[http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol6no2-Polomeno\\_Dubeau.pdf](http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol6no2-Polomeno_Dubeau.pdf)>.
- PROPST, M.G., PHILLIPS, B.R. et ANDREW, M.E. (2001). Addressing sexuality-related needs in practice : Perspectives of maternal/child and women's health nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(4), 177-182.
- SADOVSKY, R. et NUSBAUM, M. (2006). Sexual health inquiry and support is a primary care priority, *The Journal of Sexual Medicine*, 3, 3-11. doi : 10.1111/j.1743-6109.2005.00193.x.
- SAXELL, L., HARRIS, S. et ELARAR, L. (2009). The collaboration for maternal and newborn health : Interprofessional maternity care education for medical, midwifery and nursing students, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54, 314-320. doi : 10.1016/j.jmwh.2009.03.017.

- SERATI, M., SALVATORE, S., SIESTO, G., CATTONI, E., ZANIRATO, M., KHULLAR, V., CROMI, A., GHEZZI, F. et BOLIS, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth, *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 2782-2790. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x.
- SOBECKI, J.N., CURLIN, F.A., RASINSKI, K.A. et LINDAU, S.T. (2012). What we don't talk about when we don't talk about sex: Results of a national survey of U.S. obstetrician/gynecologists, *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 1285-1294. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02702.x.
- SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS et GYNÉCOLOGUES DU CANADA - SOGC (2008). *Une initiative pancanadienne reliée à la naissance*. Ottawa: SOGC, <<http://sogc.org/wp-content/uploads/2012/09/BirthingStrategyVersioncJan2008F.pdf>>.
- TAYLOR, B. et DAVIS, S. (2006). Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs, *Nursing Standard*, 21, 35-40, <<http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-using-the-extended-plissit-model-to-address-sexual-healthcare-needs>>.
- VON SYDOW, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies, *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27-49. doi: 10.1016/S0022-3999(98)00106-8.
- WIMBERLY, Y.H., HOGBEN, M., MOORE-RUFFIN, J., MOORE, S.E. et FRY-JOHNSON, Y. (2006). Sexual history-taking among primary care physicians, *Journal of the National Medical Association*, 98, 1924-1929, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569695/pdf/jnma00199-0044.pdf>>.
- WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH - WAS (1999). *Hong Kong Declaration: Declaration of Sexual Rights*. Prague: WAS, <<http://worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration-of-sexual-rights.pdf>>.
- WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH - WAS (2005). *Montreal Declaration: 'Sexual Health for the Millennium'*. Prague: WAS, <<http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/montreal-declaration.pdf>>.





# *Chapitre 8*

## **LE RÔLE DU DIÉTÉTISTE DANS LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

L'exemple du diabète  
et de la période périnatale

---

ISABELLE GIROUX  
ANN WATT  
RUTH MCMANUS

LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP) ET LES ÉQUIPES interprofessionnelles (IP) qui en découlent aident les Canadiens à prévenir et à traiter de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète. Tout comme les autres professionnels de la santé inclus au sein de ces équipes (p. ex. infirmières, médecins, kinésologues, physiothérapeutes, sexologues, travailleurs sociaux et psychologues), les diététistes contribuent à améliorer la qualité des services prodigués aux patients. Les diététistes sont des experts en nutrition humaine qui offrent des services de consultation en nutrition de qualité adaptés aux besoins de leurs patients et à leur stade du cycle de la vie. Toutefois, malgré l'utilité des diététistes dans ce contexte, l'intégration des diététistes en SSP demeure toujours un défi et ils sont souvent sous-représentés. Par conséquent, le but de ce chapitre est de faire connaître le rôle du diététiste dans l'offre des SSP aux patients au sens large et d'illustrer les avantages et les défis de l'inclusion des diététistes dans la pratique des SSP. À cette fin, nous présenterons les résultats d'une étude portant sur le diabète durant la période périnatale. Nous mettrons en évidence le rôle des diététistes dans ce contexte. Finalement, nous discuterons des implications des résultats de l'étude pour la pratique en SSP, la formation professionnelle des diététistes et l'avancement de la recherche.

## LE RÔLE DU DIÉTÉTISTE EN SSP

Les diététistes canadiens aident à préserver la santé nutritionnelle des individus en faisant la promotion de la santé et de la prévention des maladies, ainsi qu'en donnant des conseils pour le traitement, le soutien et la réadaptation des patients ayant une variété de maladies (Les diététistes du Canada, 2009). Plus précisément, les diététistes offrent de multiples services de santé dont des soins de suivi des maladies chroniques, de l'éducation aux mères, des soins aux enfants et des soins de liaison avec des services offerts à domicile (Institut canadien d'information sur la santé – ICIS, 2015). Ils ont une formation universitaire de niveau baccalauréat, spécialisée en sciences de l'alimentation et de la nutrition d'une durée moyenne de quatre ans (Les diététistes du Canada, 2015). Leur formation à la fois théorique et pratique les prépare pour offrir aux individus des conseils concernant les aliments, la nutrition et l'alimentation en lien avec tous les secteurs de la santé. Les diététistes sont inscrits auprès d'un ordre professionnel réglementaire provincial et participent à un programme continu d'assurance de la qualité et d'évaluation de leurs services afin de valider leurs compétences et de veiller à ce que les services offerts à leurs patients soient éthiques, de qualité et sécuritaires (Alliance canadienne des organismes de réglementation des diététistes, 2015). Au sens large, le champ d'application de « l'exercice de la profession de diététiste consiste dans l'évaluation de la nutrition et des affections d'ordre nutritionnel et dans le traitement et la prévention des troubles relatifs à la nutrition par des moyens nutritionnels » (Steinecke et Ordre des diététistes de l'Ontario, 2014, p. 35). En SSP, les diététistes utilisent leur expertise en nutrition pour offrir des soins aux patients individuellement ou en groupe, ainsi que pour informer les autres professionnels

et les administrateurs des établissements de SSP. Durant leur formation universitaire, les diététistes doivent démontrer l'acquisition de compétences IP, dont la connaissance du rôle et des responsabilités des diététistes et des autres professionnels de la santé, l'approche collaborative centrée sur le patient, la communication et la collaboration efficace, la gestion des conflits et les compétences favorisant le bon fonctionnement des équipes (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé – CPIS, 2010 ; Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé de l'Ontario, 2010 ; Partenariat pour la formation et la pratique en nutrition – PFPN, 2013).

## LES AVANTAGES ET LES DÉFIS DE L'INCLUSION DES DIÉTÉTISTES DANS LA PRATIQUE DES SSP

Les diététistes, des spécialistes de la nutrition, ont une formation unique leur permettant d'informer et de conseiller les individus et les groupes pour les aider à modifier leurs habitudes alimentaires pour favoriser la santé. Leur rôle semble d'autant plus important qu'une grande partie des problèmes de nutrition des Canadiens sont liés aux maladies chroniques, dont l'obésité, le diabète, l'hypertension et les hyperlipidémies qui contribuent au syndrome métabolique et aux maladies cardiovasculaires. De fait, plusieurs de ces conditions chroniques peuvent être prévenues, retardées ou traitées par le changement de ses habitudes de vie, dont l'adoption de saines habitudes alimentaires (Les diététistes du Canada, 2009). L'Academy of Nutrition and Dietetics (AND, 2013a) abonde dans le même sens en indiquant que la prévention primaire est la méthode la plus abordable et la plus efficace de prévenir les maladies chroniques et que les interventions des diététistes ont une incidence positive sur les indicateurs de santé des individus durant le cycle de la vie.

Un autre avantage de l'inclusion des diététistes se trouve dans l'utilisation d'une approche normalisée efficace basée sur le processus de soins en nutrition. Cette approche consiste en quatre étapes : 1) évaluer le statut nutritionnel des individus ; 2) identifier les diagnostics nutritionnels ; 3) déterminer les interventions nutritionnelles appropriées (incluant la planification et la réalisation des interventions) ; et 4) faire la surveillance et l'évaluation de la nutrition. Lors de cette dernière étape, les diététistes font le suivi des progrès de leurs patients et mesurent les indicateurs de résultats pour voir si les objectifs relatifs à la nutrition sont atteints (Les diététistes du Canada, 2012). L'utilisation de cette approche systématique permet la réflexion critique, la prise de décisions efficace et efficiente afin d'aider les patients à prendre en charge leurs problèmes de nutrition. Plus précisément, cette approche normalisée reconnue internationalement (AND, 2015 ; Hammond, Myers et Trostler, 2014) offre aux diététistes un langage commun et une approche systématique basée sur des données probantes pour assurer une performance de qualité pour les patients, les équipes interdisciplinaires et les administrateurs (AND, 2013b ; Les diététistes du Canada, 2012).

Bien qu'un certain nombre de diététistes travaillent dans des centres de santé publique ou de santé communautaire, des équipes de santé familiale, des équipes dirigées par des médecins, des centres de mieux-être ou d'autres milieux de santé publique, il n'y a pas encore suffisamment de diététistes en SSP pour répondre aux besoins de santé des Canadiens. Selon les régions, l'accès aux diététistes est limité ou inexistant dans plusieurs environnements de SSP (Les diététistes du Canada, 2009). Les diététistes du Canada ont d'ailleurs lancé un appel à l'action en novembre 2011 pour que les décideurs des gouvernements provinciaux et fédéral augmentent le financement permettant l'accès aux diététistes en SSP, afin de renforcer l'offre de services de nutrition nécessaires pour répondre aux besoins de la population canadienne (Les diététistes du Canada, 2011). Le nombre de diététistes requis pour combler les besoins de services nutritionnels peut être grossièrement estimé à partir de la prévalence des problèmes nutritionnels rencontrés dans les pratiques de SSP (Les diététistes du Canada, 2009). L'étude préliminaire de Witt, Braeur et Davidson (2006) en Ontario a permis d'estimer que 17,5 % des consultations médicales impliquaient un problème nutritionnel. Vu la proportion élevée de problèmes liés à la nutrition en SSP, le manque de services de nutrition est substantiel présentement, puisque certaines équipes IP de SSP ont accès aux services d'un diététiste tandis que d'autres non. Le manque de diététistes dans les SSP crée des iniquités dans l'accès aux soins pour les patients, puisque les personnes mieux nanties peuvent se payer les services de diététistes en pratique privée, alors que plusieurs autres n'ont pas accès aux services de nutrition nécessaires à la gestion de leurs problèmes de santé (Les diététistes du Canada, 2009). Selon Witt, Braeur et Davidson (2006), le besoin de diététistes professionnels en SSP serait d'environ un poste à temps plein pour 15 800 à 29 000 patients.

Une difficulté supplémentaire pour les patients qui n'arrivent pas à avoir accès aux services d'un diététiste en SSP est que le mot *nutritionniste* n'est pas un titre protégé réservé aux diététistes dans certaines provinces. Par exemple, en Ontario, ce mot n'est pas réglementé, il n'est donc pas requis d'avoir une formation particulière pour se présenter comme nutritionniste, seul le titre de diététiste est protégé (Ordre des diététistes de l'Ontario, 2015). Ceci peut prêter à confusion lorsque les patients cherchent des soins nutritionnels dans leur communauté. Il est bon d'informer les patients que, dans le doute, ils peuvent consulter l'Ordre des diététistes de leur province pour vérifier si un individu est y inscrit comme membre (Ordre des diététistes de l'Ontario, 2015).

## L'EXEMPLE DU DIABÈTE ET DE LA PÉRIODE PÉRINATALE

### *Le portrait de la problématique*

L'inclusion d'un diététiste en soins de première ligne afin d'offrir des services aux patients souffrant de diabète est nécessaire puisque les statistiques révèlent que plus de la moitié des Canadiens présentent de l'embonpoint ou de l'obésité (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs – GECSSP, 2015) et qu'un quart de la population

canadienne souffre de prédiabète ou de diabète (Diabète Québec, 2013 ; Diabète Québec et Association canadienne du diabète – ACD, 2011). Bien que les diététistes offrent des services à un ensemble d'individus atteints de diabète, il semble que leur expertise soit particulièrement requise pour traiter les femmes atteintes du diabète pendant la période périnatale afin de prévenir les complications éventuelles à la fois pour les mères et les enfants. En effet, l'incidence du diabète prégestationnel (diabète de type 2 ou de type 1), ainsi que le diabète diagnostiqué durant la grossesse, appelé diabète gestationnel (DG) est à la hausse au Canada (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2008), et ce, d'autant plus que les critères diagnostics du DG ont été modifiés en 2013 (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013c). Aujourd'hui, une valeur de glycémie anormale au lieu de deux est suffisante pour établir un diagnostic de DG (American Diabetes Association, 2014), ce qui risque d'augmenter le nombre de femmes enceintes nécessitant des services de première ligne.

Toutes les femmes sont dépistées pour le DG entre la 24<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse, à moins d'un risque élevé de DG requérant un dépistage à tous les stades de la gestation (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013c). Les soins pour la prise en charge du DG requièrent, entre autres, de l'évaluation et du counseling nutritionnel par un diététiste afin d'offrir à la patiente une thérapie nutritionnelle individualisée favorisant l'euglycémie (c'est-à-dire une glycémie normale), des apports alimentaires comblant ses besoins nutritionnels durant la grossesse, ainsi qu'un gain de poids approprié selon son indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse.

L'évaluation et le counseling nutritionnel par un diététiste sont des services cruciaux en SSP puisque les femmes souffrant d'un DG courent un risque accru de complications maternelles et fœtales et de développement du diabète de type 2 durant la période postnatale (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2008 ; McManus, Donovan, Giroux et *al.*, 2014). Les mères ayant un DG non contrôlé ont plus de risques de complications durant la grossesse et l'accouchement (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013c ; AND, 2014). De plus, suivant la grossesse, de 5 % à 10 % des femmes qui ont eu le DG sont diagnostiquées avec le diabète et elles ont de 35 % à 60 % plus de risques de développer le diabète de type 2 dans les 10 à 20 années suivant leur grossesse avec DG (AND, 2014). Les effets peuvent également être délétères pour le fœtus, l'hyperglycémie durant le premier trimestre de la grossesse élevant le risque de malformations congénitales. Par la suite, l'hyperglycémie augmente le risque de macrosomie (> 4 500 g à la naissance) et de complications métaboliques néfastes lors de la naissance, ainsi que le risque d'obésité infantile (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013c ; Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2008). Puisque l'hyperglycémie durant la grossesse augmente le risque de morbidité et de complications pour les mères et leur fœtus, le dépistage du DG et son traitement sont primordiaux (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013c).

Ainsi, les diététistes en SSP doivent être à l'affût des facteurs de risque connus du DG et de ceux qui sont soupçonnés dans la pratique, sans avoir été confirmés. À titre d'illustration, nous avons complété une étude ayant pour but d'analyser des facteurs de risque connus et soupçonnés en lien avec le développement du DG durant la grossesse afin d'adresser des recommandations aux diététistes et aux autres professionnels de la santé œuvrant en contexte de première ligne canadien.

### *Description de l'étude*

Cent quatre-vingt-seize femmes enceintes des villes ontariennes de London et de Tavistock ont participé à cette étude. Un questionnaire d'histoire médicale a été rempli durant la grossesse par 111 femmes avec DG (groupe avec hyperglycémie) et 85 femmes sans DG (groupe témoin). Les facteurs de risque connus examinés étaient : l'obésité (IMC  $\geq 30,0$  kg/m<sup>2</sup>), être âgée de plus de 35 ans, l'origine ethnique (autochtone, hispanique, sud-asiatique, asiatique ou africaine), un diagnostic antérieur de DG, le syndrome des ovaires polykystiques, l'hirsutisme, l'acanthosis nigricans, l'utilisation de corticostéroïdes et la naissance précédente d'un nourrisson avec macrosomie (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2008). Les facteurs de risque soupçonnés à l'étude étaient : le surpoids avant la grossesse (IMC 25,0 à 29,9 kg/m<sup>2</sup>), le gain de poids rapide ou excessif pendant la grossesse, des antécédents familiaux de diabète au premier ou deuxième degré, une fausse couche précédente ou un enfant mort-né, avoir donné naissance à un nourrisson pesant 4 000-4 500 g ou de faible poids à la naissance (< 2 500 g) ou encore un poids très faible de la mère à la naissance. Ces facteurs de risque sont basés sur la recherche et les observations de diététistes et autres professionnels de la santé travaillant en première ligne avec les femmes atteintes de DG depuis plusieurs années.

### *Les principaux résultats de l'étude et nos recommandations*

Nous avons observé que les femmes qui souffraient d'embonpoint ou d'obésité avant la grossesse avaient plus de probabilités de développer le DG. L'excès de poids et l'obésité avant la grossesse doivent donc être considérés comme des facteurs de risque importants pour le développement du DG. En moyenne, les femmes souffrant d'embonpoint ou d'obésité ayant du DG ont gagné plus de poids que les femmes obèses ou ayant un surpoids du groupe témoin. Un gain de poids excessif pendant la grossesse peut jouer un rôle dans le risque de DG. Les femmes qui présentaient de multiples facteurs de risque avaient aussi une probabilité plus élevée de développer le DG et bénéficieraient d'un dépistage précoce et de counseling nutritionnel.

Les recommandations suivantes concernant les femmes enceintes ont été tirées de cette étude : 1) les fournisseurs de soins de santé doivent se concentrer sur ces facteurs de risque au début des soins prénataux afin d'évaluer la nécessité

de recommander le dépistage du DG plus hâtivement dans le but de minimiser les complications périnatales ; 2) il est important que les médecins et les sages-femmes fournissent des conseils aux femmes enceintes en lien avec les recommandations sur le gain de poids durant la grossesse afin de contribuer à la prévention du DG ; 3) les diététistes travaillant en SSP ont un rôle important à jouer pour aider les femmes en âge de procréer à adopter de saines habitudes de vie et à avoir un statut nutritionnel associé à la santé avant, durant et suivant leur grossesse ; et 4) les diététistes travaillant avec des femmes dans leurs années périnatales doivent aborder la question de la prévention de l'obésité de la préconception à la période suivant l'accouchement pour aider à prévenir le DG ou un diabète de type 2 ultérieur.

## LES IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE, LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET LA RECHERCHE

### *Les implications pour la pratique*

D'abord, la gestion du poids avant et pendant les années de procréation doit être examinée lors de l'élaboration de programmes de gestion du poids. Ainsi, il s'avère nécessaire que les diététistes en SSP et en santé publique interviennent afin d'aider les femmes à risque élevé de DG à prévenir la prise de poids excessive, en particulier lors de la grossesse.

Par ailleurs, puisque les médecins sont ceux qui doivent orienter les femmes vers les services des diététistes, il est important pour ces professionnels de la santé des équipes IP de SSP de prendre le temps de discuter ensemble de leur champ d'application, de leur rôle et de leurs compétences. Les échanges entre les membres de chaque discipline professionnelle de l'équipe peuvent aider à mieux comprendre la perspective des autres professionnels de l'équipe et à mieux collaborer au bénéfice de leurs patients (CPIS, 2010 ; Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé de l'Ontario, 2010). En outre, il est essentiel que les médecins soient sensibilisés à l'importance d'orienter les femmes enceintes à haut risque de DG vers les diététistes tôt dans la grossesse.

Une meilleure compréhension du rôle du diététiste permettrait ainsi d'aiguiller efficacement les patients vers des services de nutrition qui soient adaptés à leurs besoins particuliers, incluant de la thérapie nutritionnelle. Les diététistes savent comment formuler des recommandations de plans d'alimentation thérapeutique individualisés et adaptés à la situation particulière de santé et de vie de leurs patients. Ainsi, les professionnels ou patients désirant en apprendre davantage sur le rôle des diététistes peuvent consulter le site Internet des ordres professionnels provinciaux (par exemple, l'Ordre des diététistes de l'Ontario - <[www.collegeofdietitians.org](http://www.collegeofdietitians.org)>, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec - <[www.opdq.org](http://www.opdq.org)>, etc.) et celui des Diététistes du Canada (<[www.dietitians.ca](http://www.dietitians.ca)>), car ils constituent une source crédible d'information sur le champ d'application, le rôle et la formation obligatoire des diététistes. De plus, un Partenariat

pour la formation et la pratique en nutrition (PFPN, <www.pdep.ca>) a été créé en 2009 et représente à la fois l'Alliance canadienne des organismes de réglementation des diététistes (<www.dieteticregulation.ca>), les Diététistes du Canada et les éducateurs des divers programmes de formation en diététique du pays. Le site Internet du PFPN est une source importante d'information pour les diététistes et à leur sujet, dont les nouvelles compétences intégrées pour l'enseignement et la pratique de la diététique (CIEPD) au Canada (Partenariat pour la formation et la pratique en nutrition - PFPN, 2013) et les normes d'agrément des programmes de formation en diététique au Canada (PFPN, 2014).

Certains organismes, comme l'ACD, aident également à guider l'organisation des soins IP pour les patients, comme ceux qui ont le diabète, en mettant régulièrement à jour des lignes directrices nationales basées sur des données probantes. Ainsi, les dernières lignes directrices de pratique clinique (2013) de l'ACD pour la prévention et le traitement du diabète au Canada recommandent l'organisation des soins pour les patients qui ont le diabète et justifient la thérapie nutritionnelle requise pour ces patients (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013a, 2013b). Selon l'ACD (2013a), les soins prodigués pour le traitement du diabète doivent être centrés sur le patient et ce dernier devrait être soutenu par une équipe IP compétente afin de prendre en charge son diabète. Il est aussi clairement recommandé que les patients ayant le diabète reçoivent des soins nutritionnels par un diététiste, la thérapie nutritionnelle individualisée faisant partie intégrale du traitement et étant une composante importante pour l'autogestion de cette pathologie (ACD, 2013b). Les soins nutritionnels prodigués en concomitance avec les autres soins de gestion du diabète peuvent aider à améliorer considérablement plusieurs indicateurs de résultats métaboliques et cliniques des patients, dont leur taux sanguin d'hémoglobine glycosylée (ACD, 2013b).

De plus, certaines initiatives, comme celle de C-CHANGE (Canadian Cardiovascular Harmonized National Endeavour), aident les professionnels de la santé à intégrer leurs services IP en SSP au bénéfice des patients qui souffrent d'une ou de plusieurs maladies chroniques (Tobe *et al.*, 2014).

### ***Les implications pour la formation professionnelle***

Comme en font foi les résultats de l'étude présentée dans ce chapitre, il importe de sensibiliser les futurs diététistes aux grossesses à risque, dont le DG, durant leur développement professionnel. Ceci leur permettrait d'être mieux préparés à conseiller les femmes à risque de DG et celles diagnostiquées avec le DG, ainsi que d'être mieux outillés pour pouvoir aider ces femmes à prévenir le diabète de type 2 après la grossesse.

La hausse des taux de surpoids et d'obésité, combinée avec le risque de développer du DG et l'augmentation de l'incidence du diabète de type 2, est préoccupante pour la santé des Canadiens. La prévalence des diagnostics de diabète de type 2 à un plus jeune âge continue d'augmenter; par conséquent, son apparition chez les femmes

en âge de procréer suivra le même mouvement, d'où l'importance grandissante que les diététistes et les infirmières soient bien formés pour être capables d'identifier les femmes à risque élevé de DG et les femmes non diagnostiquées avec le diabète de type 2 avant la grossesse (Agarwal *et al.*, 2005).

Par ailleurs, une attention particulière devrait être portée à l'acquisition des compétences requises pour que les futurs diététistes travaillent efficacement en contexte IP de SSP et de santé publique (PFPN, 2013). Un nouvel outil bilingue de formation en ligne fondé sur des données probantes a d'ailleurs été récemment développé par Les diététistes du Canada (2014). La formation IP est nécessaire pour aider les professionnels de la santé à apprendre à travailler ensemble dès leur formation initiale. En effet, l'importance des compétences IP a été soulignée lors de la mise à jour des compétences intégrées pour l'enseignement et la pratique de la diététique (PFPN, 2013). De plus, les nouvelles normes d'agrément des programmes de formation en diététique au Canada du PFPN (2014) réitérent l'importance de la formation IP en soins de santé.

Enfin, la simulation d'études de cas IP avec des patients standardisés suivie de débriefage représente une approche pédagogique de choix permettant aux futurs professionnels de la santé d'interagir et d'en apprendre plus au sujet des rôles et des champs d'application des membres de l'équipe IP durant leur formation. Cette approche permet aux futurs professionnels de la santé de développer leur esprit critique, de mieux comprendre la complexité de la pratique clinique et de percevoir les implications des erreurs de pratique, en plus d'aider à pallier le manque de stages de formation dans certains milieux (Thompson et Gutschall, 2015).

### *Les implications pour la recherche*

La formation en recherche fait partie intégrante du développement professionnel des diététistes au Canada (PFPN, 2013, 2014). C'est en fait l'un des quatre principaux piliers de la formation en diététique. La recherche a évidemment un rôle important à jouer pour aider à déterminer l'efficacité des nouvelles approches IP centrées sur le patient utilisées en SSP, dont les interventions nutritionnelles. En effet, une stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) a été élaborée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (2014) pour stimuler la recherche en ce sens. Cette stratégie finance des projets de recherche à travers le pays pour évaluer les services donnés et les interventions offertes à divers groupes de patients, incluant ceux nécessitant des SSP. Elle permettra, entre autres, de documenter la perception des patients au sujet des soins de nutrition offerts par les diététistes.

Pour ce qui est de la recherche propre à la période périnatale, davantage d'études sont nécessaires pour examiner le lien entre l'embonpoint et l'obésité avant la grossesse, les facteurs de risque soupçonnés, le gain de poids durant la grossesse et la prévention du DG, dans le but d'inciter les fournisseurs de SSP à adopter une approche proactive aidant les femmes à prévenir le DG, incluant de la formation sur l'adoption de saines

habitudes de vie (Davenport *et al.*, 2013 ; Giroux *et al.*, 2009 ; Mottola *et al.*, 2010). De plus, des études évaluant l'incidence d'une intervention précoce de dépistage et de l'éducation en nutrition dans les populations à haut risque s'imposent si l'on veut diminuer l'incidence du DG.

L'utilisation de stratégies pédagogiques efficaces est également importante. Plusieurs patients sont référés aux diététistes pour du counseling nutritionnel après le diagnostic de DG, mais il s'agit souvent d'une visite ponctuelle, sans rendez-vous de suivi si les concentrations de glucose sanguin restent dans les limites normales. Cela se produit généralement vers la fin du deuxième trimestre ou au début du troisième trimestre, au moment où beaucoup de femmes ont déjà gagné un poids excessif. Les recommandations des diététistes doivent être efficaces et abordables pour leurs patientes (McManus, Bouwmeester, Hinz *et al.*, 2013) et favoriser le suivi après la grossesse (McManus, Giroux, Zhou *et al.*, 2012). De la recherche est nécessaire pour déterminer les meilleures pratiques de transfert des connaissances avec ces patientes.

## CONCLUSION

Les diététistes sont des professionnels de la nutrition formés en prévention et en traitement d'un ensemble de problèmes de santé, dont l'obésité et le diabète, et ont un rôle important à jouer pour conseiller les individus durant leur cycle de vie, incluant les femmes avant, durant et après la grossesse. Les diététistes qui travaillent en SSP peuvent contribuer à informer les femmes, en particulier durant la période périnatale, sur la saine alimentation et le gain de poids recommandés durant la grossesse, le dépistage du diabète gestationnel et les ressources disponibles dans la communauté, pour les aider à réduire leur risque ainsi que celui de leurs enfants de développer l'obésité et le diabète de type 2 en adoptant de saines habitudes de vie.

Toutefois, malgré les défis rencontrés en raison du manque de financement pour soutenir l'augmentation du nombre de postes de diététistes en SSP, les diététistes sont décidés à occuper une place centrale dans les équipes IP, car ils ont un rôle important à jouer pour aider les Canadiens à combler leurs besoins de soins spécialisés en nutrition. Ils continuent à contribuer à faire une différence positive pour leurs patients et l'ensemble des SSP au Canada.

## RÉFÉRENCES

- ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS – AND (2013a). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: The role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113, 972-979. doi : 10.1016/j.jand.2013.05.005.

- ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS – AND (2013b). *Guide de poche de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN). Terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition*, 1<sup>re</sup> éd. française (trad. d'Isabelle Galibois, en collaboration avec Les diététistes du Canada). Québec : Presses de l'Université Laval.
- ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS – AND (2014). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics : Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114, 1099-1103. doi : 10.1016/j.jand.2014.05.005.
- ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS – AND (2015). International collaboration. S. I. : AND, <<https://ncpt.webauthor.com/international-collaboration>>.
- AGARWAL, M.M., DHATT, G.S., PUNNOSE, J. et KOSTER, G. (2005). Gestational diabetes : Dilemma caused by multiple international diagnostic criteria, *Diabetic Medicine*, 22, 1731-1736. doi : 10.1111/j.1464-5491.2005.01706.x.
- ALLIANCE CANADIENNE DES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION DES DIÉTÉTISTES (2015). *Responsabilités des organismes de réglementation des diététistes au Canada*. Ottawa : Alliance canadienne des organismes de réglementation des diététistes.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2014). Standards of medical care in diabetes – 2014 (position statement), *Diabetes Care*, 37(Supplément 1), S14-S80. doi : 10.2337/dc14-S014.
- CANADIAN DIABETES ASSOCIATION CLINICAL PRACTICE GUIDELINES EXPERT COMMITTEE (2008). “Diabetes and pregnancy” in : Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada, *Canadian Journal of Diabetes*, 32(Supplément 1), S168-S180, <[http://www.diabetesclinic.ca/en/pdf/CDA\\_cpg-2008.pdf](http://www.diabetesclinic.ca/en/pdf/CDA_cpg-2008.pdf)>.
- COMITÉ DE MISE EN ŒUVRE STRATÉGIQUE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SOINS DE SANTÉ DE L'ONTARIO (2010). *Mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario*, rapport final. Toronto : ProfessionsSantéOntario, <<http://www.professionssanteontario.ca/UserFiles/file/PolicymakersResearchers/ipc-final-report-may-2010-fr.pdf>>.
- COMITÉ D'EXPERTS DES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE – ACD (2013a). Organisation des soins du diabète, *Canadian Journal of Diabetes*, 37(Supplément 5), S381-S387. doi : 10.1016/j.jcjd.2013.07.034.
- COMITÉ D'EXPERTS DES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE – ACD (2013b). Thérapie nutritionnelle, *Canadian Journal of Diabetes*, 37(Supplément 5), S409-S421. doi : 10.1016/j.jcjd.2013.07.048.
- COMITÉ D'EXPERTS DES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE – ACD (2013c). Diabète et grossesse, *Canadian Journal of Diabetes*, 37(Supplément 5), S548-S566. doi : 10.1016/j.jcjd.2013.07.040.
- CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ – CPIS (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver : Université de Vancouver, Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, février, <[http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)>.
- DAVENPORT, M.H., RUCHAT, S.-M., GIROUX, I., SOPPER, M.M. et MOTTOLA, M.F. (2013). Timing of excessive pregnancy-related weight gain and offspring adiposity at birth, *Obstetrics and Gynecology*, 122, 255-261. doi : 10.1097/AOG.0b013e31829a3b86.
- DIABÈTE QUÉBEC (2013). *Diabète : le Canada à l'heure de la remise en question. Faits saillants*, résumé du rapport complet de 2013. Montréal : Diabète Québec.

- DIABÈTE QUÉBEC et ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE – ACD (2011). *Diabète : le Canada à l'heure de la remise en question. Tracer une nouvelle voie*. Montréal : Diabète Québec.
- GIROUX, I., LANDER, S., CHARLESWORTH, S. et MOTTOLA, M.F. (2009). Weight history of overweight pregnant women, *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 70, 127-134. doi : 10.3148/70.3.2009.127.
- GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS – GECSSP (2015). Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary health care, *Canadian Medical Association Journal*, 1-13, <<http://www.cmaj.ca/content/187/3/184.full.pdf+html>>. doi : 10.1503/cmaj.140887.
- HAMMOND, M.I., MYERS, E.F. et TROSTLER, N. (2014). Nutrition care process and model : An academic and practice odyssey, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114, 1879-1891 et 1893-1894. doi : 10.1016/j.jand.2014.07.032.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ – ICIS (2013). *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. Ottawa : ICIS, <<http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/home/home/cihi000001>>.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ – ICIS (2015). *Soins de santé primaires*. Ottawa : ICIS, <<http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/tabbedcontent/types+of+care/primary+health/cihi006583>>.
- INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA – IRSC (2014). *Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP)*. Ottawa : IRSC, <<http://www.cih-irsc.gc.ca/f/41204.html>>.
- LES DIÉTÉTISTES DU CANADA (2009). *Moving Forward. Role of the Registered Dietitian in Primary Health Care. A National Perspective*. Toronto : Dietitians of Canada.
- LES DIÉTÉTISTES DU CANADA (2011). *Strengthening the Canadian Health System : A Call to Action from Dietitians*. Toronto : Dietitians of Canada.
- LES DIÉTÉTISTES DU CANADA (2012). *Perspectives canadiennes sur le processus de soins en nutrition et la terminologie internationale de diététique et de nutrition*. Toronto : Les diététistes du Canada.
- LES DIÉTÉTISTES DU CANADA (2014). *Évaluation des besoins et établissement des priorités en santé publique et des populations*. Toronto : Les diététistes du Canada.
- LES DIÉTÉTISTES DU CANADA (2015). *Vous souhaitez devenir diététiste ?* Toronto : Les diététistes du Canada, <<http://www.dietitians.ca/Become-a-Dietitian/Education.aspx>>.
- MCMANUS, R. (2012). Time for action : A Canadian proposal for primary prevention of type 2 diabetes mellitus, *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 44-49. doi : 10.1016/j.jcjd.2012.04.006.
- MCMANUS, R., BOUWMEESTER, A., HINZ, L., CAIRISCOS, V., NAIRN, J. et GIROUX, I. (2013). Cost of recalled vs recommended diets for pregnant women with type 1, type 2 and gestational diabetes, *Canadian Journal of Diabetes*, 37, 301-304. doi : 10.1016/j.jcjd.2013.07.043.
- MCMANUS, R., DONOVAN, L., GIROUX, I., MOTTOLA, M., JOY, T., MCDONALD, C. et ROSAS-ARELLANO, P. (2014). Réduire le risque de diabète après le diabète gestationnel, *Diabetes Voice*, 59 (édition spéciale en ligne de la Fédération internationale du diabète), juin, 25-28.
- MCMANUS, R., GIROUX, I., ZHOU, A., MCLAREN, J. et MACLELLAN, J. (2012). Characteristics of women with recent GDM attending a postpartum diabetes prevention seminar, *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 68-70. doi : 10.1016/j.jcjd.2012.04.002.

- MOTTOLA, M.F., GIROUX, I., GRATTON, R., HAMMOND, J.-A., HANLEY, S., HARRIS, S., MCMANUS, R., DAVENPORT, M.H. et SOPPER, M.M. (2010). Nutrition and exercise prevents excess weight gain in overweight pregnant women, *Journal of Medicine and Science in Sports and Exercise*, 42, 265-272. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181b5419a.
- ORDRE DES DIÉTÉTISTES DE L'ONTARIO (2015). « Diététiste », un titre protégé. Toronto : Ordre des diététistes de l'Ontario.
- PARTENARIAT POUR LA FORMATION et LA PRATIQUE EN NUTRITION – PFPN (2013). *Compétences intégrées pour l'enseignement et la pratique de la diététique (CIEPD) au Canada*. S. l. : PFPN, <<http://www.dietitians.ca/Downloads/Public/ICDEP-Avril-2013-French.aspx>>.
- PARTENARIAT POUR LA FORMATION et LA PRATIQUE EN NUTRITION – PFPN (2014). *Normes d'agrément pour les programmes de formation en diététique au Canada*. S. l. : PFPN, <[http://www.pdep.ca/files/FINAL\\_Jun\\_4\\_FRENCH\\_PDEP\\_Accred\\_Standards\\_Doc.pdf](http://www.pdep.ca/files/FINAL_Jun_4_FRENCH_PDEP_Accred_Standards_Doc.pdf)>.
- STEINECKE, R. et ORDRE DES DIÉTÉTISTES DE L'ONTARIO (2014). Champ d'application, actes autorisés, délégations et ordonnances, dans R. Steinecke et Ordre des diététistes de l'Ontario, *Manuel de jurisprudence pour les diététistes de l'Ontario*, 3<sup>e</sup> éd. en ligne (p. 34-49). Toronto : Ordre des diététistes de l'Ontario, <<https://www.collegeofdietitians.org/Resourses/Publications-de-l-ODO/Manuel-de-jurisprudence-pour-les-dietetistes-en-On.aspx>>.
- THOMPSON, K.L. et GUTSCHALL, M.D. (2015). The time is now: A blueprint for simulation in dietetic education, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115, 183 et 185-194. doi: 10.1016/j.jand.2014.12.001.
- TOBE, S.W., STONE, J.A., WALKER, K.M., ANDERSON, T., BHATTACHARYYA, O., CHENG, A.Y.Y., GRÉGOIRE, J. et AL. (2014). Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE) : 2014 update, *Canadian Medical Association Journal*, 186, 1299-1305. doi: 10.1503/cmaj.140387.
- WITT, J., BRAUER, P. et DAVIDSON, B. (2006). Human resources and cost estimates of adding a registered dietitian to Ontario family health team networks, *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67, S30-S38. doi: 10.3148/67.0.2006.S30.





# *Chapitre 9*

## **LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

Les implications pour le développement  
professionnel des psychologues

---

PAUL SAMUEL GREENMAN  
JULIE GOSSELIN  
KEEGAN BARKER  
JEAN GRENIER

LA NAISSANCE DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE EST HABITUELLEMENT ATTRIBUÉE à la clinique psychologique de Lightner Witmer, fondée en 1896, à l'Université de Pennsylvanie (Kramer, Bernstein et Phares, 2014). Depuis ce modeste début, la psychologie clinique a beaucoup évolué et acquis assez de maturité pour devenir une profession de la santé reconnue et encadrée dans plusieurs pays. Ceci dit, la psychologie clinique continue à faire face à certains défis sur le plan identitaire, et la façon dont ces défis seront résolus aura une incidence sur le travail et les contributions potentielles des psychologues cliniciens de demain. Ces défis incluent, entre autres, de s'ajuster à une vision contemporaine de la psychologie clinique qui passe d'une préoccupation traditionnellement et exclusivement axée sur la santé mentale à une conceptualisation selon laquelle la santé mentale et la santé physique ne sont pas deux entités distinctes mais bien deux éléments intimement liés. Nous sommes d'avis que la formation des psychologues cliniciens devrait être mise à jour pour refléter cette réalité et pour mieux préparer les psychologues à travailler en contexte interdisciplinaire avec des personnes ayant des problèmes de santé physique.

L'application clinique de la psychologie s'étend à la psychologie clinique, la neuropsychologie clinique, la psychologie de la santé, la psychologie de la réadaptation et la psychologie scolaire. Le travail des psychologues comprend aussi diverses activités spécialisées. Malgré la variété d'expertises et d'orientations théoriques (p. ex. psychodynamique, humaniste, systémique ou cognitivo-comportementale) chez les psychologues cliniciens, l'intérêt premier a traditionnellement, et presque exclusivement, été d'améliorer la santé mentale (Bray, 2011). Les psychologues travaillent donc traditionnellement dans des milieux spécialisés comme des hôpitaux psychiatriques ou des cabinets privés, ou comme spécialistes de santé mentale dans différents organismes (p. ex. écoles, administrations, universités, centres communautaires, etc.). Pour cette raison, la formation et le développement professionnel en psychologie clinique visent habituellement à préparer les étudiants à travailler dans ces endroits (Eby *et al.*, 2011).

Or, les changements récents dans les systèmes de santé nord-américains, qui favorisent une vision holistique de la santé et de la prestation de services de santé, ont fait en sorte que la psychologie clinique occupe une place de plus en plus importante dans les milieux médicaux, comme dans les pratiques de médecine familiale et dans les équipes de santé familiale (Grenier, 2010 ; Peachey, Hicks et Adams, 2013). Ce virage a des implications extrêmement importantes pour le développement professionnel de futurs psychologues, parce qu'ils auront à adopter une vision élargie de la santé et de leur champ de pratique, et à apprendre à bien fonctionner dans ces milieux non traditionnels. De plus, ceux qui éduquent et forment les psychologues devront tenir compte des particularités, des défis et des exigences de ces nouveaux milieux de pratique et savoir transmettre les connaissances qui permettront à la fois la consolidation de l'identité professionnelle des psychologues au *xxi*<sup>e</sup> siècle et leur réussite dans les milieux médicaux. Il est à noter que

les milieux médicaux en question sont ceux de première ligne, vers lesquels les patients se dirigent pour la majorité de leurs services de santé non urgents. On donne le nom de « soins de santé primaires » à ce type de services (Raggi, 2011).

Le but de ce chapitre est de mettre en évidence des stratégies de développement professionnel pour les psychologues qui pratiquent en soins de santé primaires (SSP). Pour ce faire, nous expliquerons ce qu'on entend par « développement professionnel » traditionnel des psychologues, puis nous donnerons un aperçu du mouvement vers l'intégration des psychologues cliniciens en SSP. Ensuite, nous détaillerons les habiletés nécessaires aux psychologues qui travaillent en SSP, ainsi que la façon dont les modèles courants de développement professionnel pourraient aider à transmettre aux psychologues les connaissances et les habiletés pertinentes à la pratique psychologique dans ces milieux. Nous concluons par une discussion des implications pour la formation, la pratique et les politiques en matière de psychologie en SSP, ainsi que pour la recherche dans le domaine. Dans ce chapitre, nous aurons recours aux données empiriques sur le sujet, là où il y en a, et nous discuterons de l'importance de la recherche pour orienter la pratique clinique.

## LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES PSYCHOLOGUES

Un groupe de travail américain issu de la psychologie professionnelle propose la définition suivante du développement professionnel :

Processus [...] d'acquisition, d'expansion, de raffinement et de maintien des connaissances, de capacité de travail, de compétences et de qualifications tributaires d'un fonctionnement professionnel adéquat qui résulte en ce que nous appelons le « professionnalisme ». Celui-ci comprend à la fois : 1) la tâche internalisée de clarification des objectifs professionnels, de cristallisation de l'identité professionnelle, d'augmentation de la conscience de soi et de la confiance, et de l'affinement de la pensée, de la réflexion, de la raison et du jugement ; et 2) la dimension sociale/contextuelle d'amélioration des aspects interpersonnels du fonctionnement professionnel et l'élargissement de l'autonomie professionnelle (Elman, Illfelder-Kaye et Robiner, 2005, p. 368 ; traduction libre).

Le développement professionnel général des étudiants en psychologie clinique implique donc trois types d'apprentissage : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Ces éléments représentent les fondements d'un processus de formation continue et de sensibilisation à l'éthique professionnelle qui structure la carrière du psychologue, tant durant sa formation qu'après l'obtention de son droit de pratique. Le psychologue doit en effet développer et maintenir un large éventail de compétences, y compris des compétences à : 1) mener des évaluations psychodiagnostiques de troubles psychiatriques ; 2) offrir différentes modalités de traitements psychologiques auprès de populations variées ; 3) développer et utiliser son jugement clinique ; 4) prendre des décisions cliniques

fondées sur des données empiriques et les recommandations des meilleures pratiques ; 5) mesurer l'incidence de ses interventions ; et 6) encadrer ou superviser le travail clinique d'étudiants en psychologie, de collègues débutants, ou d'autres professionnels de la santé. Le psychologue agit aussi à titre de consultant auprès d'autres professionnels de la santé et de gestionnaires ou agences gouvernementales. Toutes ces compétences sont primordiales pour la pratique en SSP.

Cependant, le travail des psychologues en SSP présente aussi des particularités qui ont des implications importantes pour le savoir, le savoir-faire et le savoir-être des psychologues, ainsi que pour la façon dont ils sont transmis dans une optique de développement professionnel. Il importe donc de mieux comprendre les enjeux de la psychologie clinique en SSP avant d'analyser des modèles potentiels de développement professionnel.

## LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP)

### *Une définition*

Comme nous l'avons mentionné au début du chapitre, les SSP représentent le premier point de contact ou d'entrée d'un individu dans le système de soins de santé. Des visites chez le médecin de famille, des consultations avec des infirmières praticiennes, des appels téléphoniques aux lignes d'info-santé et des conseils provenant de pharmaciens constituent quelques exemples de services de SSP. En plus de servir de premier point de contact ou d'entrée, les SSP remplissent aussi une fonction de coordination pour assurer la continuité des services et l'aiguillage vers des services plus spécialisés, chez les médecins spécialistes ou dans les hôpitaux par exemple. Les SSP sont différents des soins de santé spécialisés. Ils incluent les soins de santé durant tout le cycle de vie, notamment la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies, incluant les maladies physiques et le bien-être psychologique.

### *Le modèle biopsychosocial*

La médecine contemporaine adhère aujourd'hui à une conception biopsychosociale de l'étiologie, du maintien et du traitement des maladies, et ce, pour les maladies physiques mais aussi pour les maladies mentales (DiTomasso *et al.*, 2009 ; Schirmer et Ninh, 2009). Contrairement au modèle biomédical traditionnel, dans lequel on considère les causes des maladies comme des problèmes purement physiologiques et on tente de les guérir par des moyens presque exclusivement physiologiques, le modèle biopsychosocial est beaucoup plus holistique. La maladie est vue comme le résultat de l'interaction entre des processus physiologiques, psychologiques, systémiques et environnementaux. Toutes les maladies auraient des composantes et des séquelles diverses, incluant des aspects physiologiques et psychologiques. Le traitement efficace peut donc parfois nécessiter d'intervenir à tous ces niveaux, donc à celui de la personne tout entière (Schirmer et

Ninh, 2009). La psychologie contemporaine adhère aussi au modèle biopsychosocial et reconnaît que la santé mentale n'est pas seulement influencée par des processus émotionnels, cognitifs ou comportementaux, mais aussi par des vulnérabilités physiologiques, génétiques et organiques.

### *La réforme*

Au début des années 2000, plusieurs pays, dont le Canada, ont commencé à investir de l'argent pour améliorer leur système de SSP. Dans la majorité des pays, l'accent a été mis sur la promotion et le développement d'équipes de soins interdisciplinaires à l'intérieur desquelles des professionnels de la santé se partagent les soins prodigués en fonction de leur profession et de leur champ de pratique. Par exemple, le gouvernement fédéral canadien, ainsi que toutes les provinces et les territoires canadiens, se sont engagés en 2004 à ce qu'au moins 50 % des Canadiens aient accès aux équipes de santé interdisciplinaires avant 2011 (Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, 2004).

Depuis 2004, divers modèles de prestation de soins, incluant parfois des équipes interdisciplinaires logées sous un même toit, sont apparus dans chaque juridiction canadienne. Par exemple, il y a 190 groupes de médecine familiale (GMF) au Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009), constitués minimalement d'un médecin et d'une infirmière, et 170 équipes de santé familiale (ESF) en Ontario (Ministry of Health and Long-Term Care of Ontario, 2011). Une équipe interdisciplinaire typique en SSP comprend des médecins de famille, ainsi qu'une combinaison d'autres professionnels de la santé comme des infirmières, des travailleurs sociaux, des diététistes, des pharmaciens, des chiropraticiens et des psychologues.

Aux États-Unis, l'adoption en 2010 par le Congrès américain de la Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) coïncide avec la popularité récente des Patient-Centered Medical Homes (PCMH) dans ce pays. Les PCMH sont des équipes multidisciplinaires dont le but est la prestation de soins de santé primaires au plus grand nombre de personnes possible. Comme les équipes multidisciplinaires canadiennes, ces PCMH se sont inspirées du modèle biopsychosocial de la santé et de la maladie. Selon Runyan (2011), les PCMH deviendront de plus en plus en demande dans les prochaines années aux États-Unis, parce qu'elles sont conformes aux objectifs et aux exigences de la PPACA. L'American Psychological Association a fait du lobbying pour la croissance de la place des psychologues au sein de ces équipes de santé multidisciplinaires, avec succès (Bray, 2011).

Finalement, au Canada, la Société canadienne de psychologie a publié en 2013 un *Appel au changement* (Peachey, Hicks et Adams, 2013). Dans ce document, rédigé par un comité indépendant, les auteurs recommandent que l'accès aux services de santé mentale soit amélioré dans le système de santé publique du Canada, étant donné l'impact socioéconomique des problèmes psychologiques et la présence de traitements efficaces. Pour cela, ils prônent, entre autres, l'intégration des psychologues au sein des équipes de

SSP afin de s'assurer que les problèmes de santé mentale sont abordés au bon moment par des professionnels qualifiés (Peachey, Hicks et Adams, 2013). Toutefois, pour assurer une intégration efficace et accroître la représentation des psychologues au sein de ce nouveau contexte médical et interdisciplinaire, plusieurs auteurs soulèvent l'importance d'offrir aux nouveaux psychologues une formation pertinente qui tienne compte des particularités de ce champ de pratique non traditionnel (Elder et Silvers, 2009 ; Grenier, 2010 ; Peachey, Hicks et Adams, 2013 ; Runyan, 2011).

### *La psychologie clinique en SSP*

L'évolution de la psychologie clinique en une profession qui ne s'occupe plus seulement de la santé mentale, mais aussi de la santé mentale en interrelation avec des problèmes de santé physique ou chroniques, de pair avec la réforme des SSP qui promeut la formation d'équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé, a ouvert la porte à une nouvelle ère pour les psychologues en termes de rôles et de contributions. Naturellement, cette nouvelle ère affecte la formation et le développement professionnel des psychologues qui exercent leur métier présentement et de ceux qui le feront dans un avenir proche, notamment en termes d'identité professionnelle et de compétences.

## **LES HABILITÉS À ACQUÉRIR POUR BIEN FONCTIONNER EN SSP : SAVOIR, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE**

Les connaissances de base acquises durant la formation doctorale traditionnelle en psychologie clinique au Canada et aux États-Unis sont adéquates pour la pratique générale de la psychologie clinique dans les milieux traditionnels, et elles constituent la base des interventions en SSP. Cependant, la formation aux habiletés propres à la pratique de la psychologie en SSP commence tout juste à occuper une place plus importante au sein des programmes doctoraux (Eby *et al.*, 2011 ; Gruber, 2010). Il s'agit d'importants éléments de savoir, savoir-faire et savoir-être propres au milieu des SSP.

### *Le savoir*

Tout le monde s'entend pour dire que l'un des principaux obstacles à l'intégration efficace des psychologues au sein du milieu médical est leur manque de connaissances et de familiarité avec la nature de la pratique médicale, le langage médical (Gruber, 2010), et le système de soins de santé canadien en général. Il est donc essentiel que les psychologues œuvrant en SSP comprennent, par exemple, que la pratique médicale est communément très achalandée et axée sur les solutions efficaces et rapides. Ils doivent apprendre à communiquer aux autres professionnels de la santé, notamment aux médecins de famille, ce qu'ils comprennent de leur patient ainsi que les traitements qu'ils proposent de façon claire, succincte, rapide et avec un lien évident avec le problème présenté. Il incombe également aux psychologues œuvrant en milieu médical d'apprendre le langage

médical pertinent. Par exemple, un psychologue qui travaille avec des patients cardiaques devrait reconnaître les acronymes courants dans le domaine et dans les notes d'évolution médicale (IM = infarctus du myocarde ; ICC = insuffisance cardiaque congestive, etc.). Il va de soi qu'il devrait également comprendre les termes ainsi que la nature et l'incidence, des maladies physiques sur ses patients, et pouvoir en discuter aisément avec d'autres professionnels (Gruber, 2010).

McDaniel *et al.* (2002) ont développé un programme de formation pour les psychologues en SSP. Fidèles au modèle biopsychosocial, ils suggèrent que les psychologues travaillant dans ces milieux reconnaissent et comprennent :

- 1) les composantes biologiques de la santé et de la maladie, 2) les composantes cognitives de la santé et de la maladie, 3) les aspects comportementaux et développementaux de la santé et de la maladie, 4) les composantes socioculturelles de la santé et de la maladie, 5) les politiques qui inspirent les systèmes de santé et les systèmes eux-mêmes, 6) les problèmes médicaux qui se présentent le plus souvent en SSP, 7) l'évaluation clinique des conditions ordinairement rencontrées en SSP, 8) les interventions cliniques en SSP, 9) la collaboration interprofessionnelle, 10) les questions éthiques en SSP, 11) les questions légales en SSP et 12) les questions professionnelles en SSP (McDaniel *et al.*, 2002, p. 67 ; traduction libre).

D'autres auteurs dans le domaine de la psychologie en SSP (Elder et Silvers, 2009 ; Raggi, 2011 ; Pisani, Berry et Goldfarb, 2005 ; Runyan, 2011 ; Schirmer et Ninh, 2009) abondent dans le même sens. En conséquence, il semble judicieux d'avancer que le développement professionnel des psychologues en SSP nécessite une familiarisation avec l'univers médical, ainsi qu'avec les questions légales et déontologiques propres à ce milieu.

En plus de bien connaître le monde médical, le psychologue qui œuvre en SSP a besoin de faire des évaluations pointues, de rédiger des rapports succincts et, souvent, de procéder à des interventions de courte durée. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est bien adaptée à ce milieu parce qu'elle répond à ces critères et parce qu'elle a fait preuve d'efficacité auprès d'une grande variété de populations (Chambless et Ollendick, 2001). Nous sommes donc d'avis que les psychologues en SSP ont besoin de bien connaître des techniques d'intervention cognitivo-comportementales telles que la restructuration cognitive, l'activation comportementale, les expériences comportementales, la relaxation musculaire progressive et l'exposition (DiTomasso *et al.*, 2009 ; Hunter *et al.*, 2009), tout en étant suffisamment compétents et flexibles pour se servir de techniques d'intervention issues d'autres approches soutenues empiriquement, telles la thérapie axée sur l'émotion (Greenberg, 2014 ; Paivio et Pascual-Leone, 2010), la psychothérapie psychodynamique brève (Leichsenring et Schauenburg, 2014) et la psychothérapie interpersonnelle (Stuart, 2006) pour les problèmes qui répondent moins bien à la TCC.

## *Le savoir-faire*

Une des clés d'une collaboration efficace en milieu médical est la capacité à présenter sa conceptualisation et son plan de traitement en termes clairs, précis et comportementaux (Runyan, 2011). Il incombe donc aux psychologues de cerner et de bien communiquer aux autres professionnels le problème ; d'indiquer les facteurs qui causent le problème, l'exacerbent ou font en sorte qu'il persiste ; et de suggérer des pistes de solutions. Les traitements effectués chez les patients devraient mettre l'accent sur des changements concrets. Les psychologues ont besoin de pouvoir travailler avec une grande variété d'individus et de problèmes ; l'application d'excellentes connaissances générales est de mise (Runyan, 2011).

## *Le savoir-être*

Un thème qui revient constamment dans les écrits scientifiques sur la psychologie clinique en SSP est l'importance de la collaboration, non seulement avec d'autres professionnels de la santé, mais aussi avec les patients dans le but de les aider à jouer un rôle actif dans leurs soins (Raggi, 2011 ; Runyan, 2011). Il est essentiel de bâtir des relations solides avec des médecins, qui dirigent souvent les services de santé, en faisant preuve d'une grande compréhension de leur dilemme d'avoir à décortiquer les problèmes de leurs patients et à proposer des traitements efficaces dans des délais extrêmement courts (Pisani, Berry et Goldfarb, 2005). Les psychologues doivent pouvoir démontrer leur utilité pour aider les médecins dans ce dilemme. Il est tout aussi important d'établir et de maintenir des liens solides avec d'autres professionnels de la santé tels que les infirmières, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les diététistes et les kinésiothérapeutes. Tous ces professionnels contribuent à l'efficacité des SSP selon la composition de l'équipe.

## LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES PSYCHOLOGUES EN SSP

Nous avons établi que le milieu des SSP implique des habiletés et des défis particuliers pour les psychologues, particulièrement en ce qui concerne la connaissance du monde médical et la capacité d'y interagir et d'intervenir efficacement, ce qui a des implications pour les modèles de développement professionnel courants. Dans cette section nous expliquerons comment adapter les modèles de développement professionnel et de supervision existants afin de répondre aux besoins particuliers des étudiants et des psychologues qui travaillent en SSP, en faisant appel aux données empiriques.

### *Le rôle primordial de la supervision*

En psychologie clinique de façon générale, la supervision est le véhicule principal du développement professionnel. C'est par l'interaction avec les superviseurs et parfois l'observation des psychologues-superviseurs que les étudiants en psychologie sont censés

acquérir le savoir, le savoir-faire et le savoir-être détaillés dans la section précédente, qui les aident dans l'intégration aux SSP. Il suffit de consulter les manuels d'agrément de la Société canadienne de psychologie (2011), de l'American Psychological Association (2009) ou de l'Ordre des psychologues du Québec (2010) pour reconnaître l'importance accordée à la supervision clinique dans la transmission des connaissances en psychologie. Les étudiants en psychologie dans les programmes agréés par ces organismes reçoivent entre 120 et 250 heures de supervision durant leurs stages, et 300 heures ou plus durant leurs internats prédoctoraux. Cela veut dire que le tiers du temps passé en formation est passé en supervision.

Bien que la plupart des psychologues s'entendent sur l'importance de la supervision clinique dans le développement professionnel, relativement peu de recherches existent, entre autres, sur les modèles nous permettant de comprendre comment se développent les compétences professionnelles et cliniques des psychologues et comment les différents aspects de la formation clinique (p. ex. la formation didactique, la supervision clinique, l'expérience clinique) contribuent au développement professionnel (Bernard, 2005 ; Goodyear et Bernard, 1998 ; Goodyear, Bunch et Claiborn, 2005 ; Kilminster et Jolly, 2000 ; Watkins, 1995). Il y a encore moins d'informations disponibles pour guider la formation et le développement des psychologues en SSP.

Le domaine médical, celui du travail social et celui du counseling ont produit une quantité plus substantielle d'études, et la supervision clinique en psychologie est fortement influencée par ce corpus de recherches (Kilminster et Jolly, 2000). Cela dit, des limites importantes marquent la majorité de ces recherches : l'absence de distinction entre ce qui relève de la formation didactique et de la supervision clinique (formation expérientielle) dans l'analyse de l'incidence de la formation sur le développement de compétences cliniques, l'absence de recherches portant sur l'analyse rigoureuse de l'efficacité de la supervision clinique (p. ex. par l'utilisation d'essais aléatoires) et une surreprésentation de mesures de satisfaction autorapportée comme variable dépendante (Goodyear et Bernard, 1998). En effet, une recension systématique des écrits produits entre 2000 et 2005 sur la supervision clinique indique que la plus grande partie des chercheurs ont fait appel à l'évaluation subjective des personnes en supervision pour tirer des conclusions sur la supervision clinique (Goodyear, Bunch et Claiborn, 2005).

### *Le modèle développemental appliqué aux psychologues en SSP*

Néanmoins, un survol des écrits publiés au cours des 15 dernières années nous permet de voir que la psychologie professionnelle a évolué ; il y a des informations utiles aux psychologues dans plusieurs milieux, y compris celui des SSP.

## Étudiants et psychologues débutant en SSP

D'abord, nous remarquons un changement progressif vers une perspective centrée sur le développement et le maintien de compétences professionnelles particulières chez les cliniciens (Bernard, 2005 ; Kaslow, 2004 ; Kilminster et Jolly, 2000). Cette perspective a mené dans les dernières années au développement de lignes directrices pour l'acquisition de compétences durant la formation clinique offerte en stage (Hatcher et Lassiter, 2007). Les auteurs proposent une feuille de route orientée sur : 1) une approche développementale visant la croissance de l'expertise du clinicien dans ses différents champs de compétences ; 2) une attention particulière au développement de capacités de métacognition (réflexion sur ses propres connaissances) et de métacompétence (réflexion sur ses propres compétences) ; et 3) le développement de la capacité à travailler de façon collaborative pour faire face aux défis du travail clinique.

La perspective centrée sur le développement et le maintien des compétences est extrêmement pertinente. Premièrement, l'approche développementale favorise l'acquisition graduelle de connaissances et d'habiletés en tenant compte du niveau d'expertise ou de connaissance (c'est-à-dire du niveau de « croissance professionnelle ») de l'individu (Stoltenberg, 2005). Tous ceux désireux de pratiquer leur métier dans un contexte de SSP après avoir suivi une formation en psychologie sauront établir des liens avec des patients, faire des entrevues psychodiagnostiques et rédiger des rapports d'évaluation. L'encadrement ne sera donc pas aussi étroit ou strict que celui de quelqu'un qui est néophyte. Toutefois, de par sa nature, l'approche développementale nous astreint à considérer les besoins de formation additionnels des individus possédant les connaissances de base tels que l'ajustement et le raffinement de leurs connaissances au contexte de SSP.

Deuxièmement, la réflexion consciente sur ses propres connaissances et compétences, appelée « métacognition », ainsi que sur leurs limites, fait partie intégrante de l'adaptation du rôle de psychologue en SSP. Comme nous l'avons présenté antérieurement, le psychologue en SSP doit généralement établir un lien thérapeutique et saisir les détails importants pour réaliser sa conceptualisation plus rapidement qu'il ne le ferait en pratique privée ou en milieu psychiatrique. Il doit travailler avec une efficacité démontrable auprès de ses collègues. De cette façon, il accroît son rôle de psychologue au sein d'une équipe médicale, tout en tenant compte des capacités déjà acquises.

Troisièmement, la capacité de travailler de façon collaborative est la marque de commerce du travail du psychologue en SSP. Faisant appel à son savoir-faire et à son savoir-être, le psychologue en SSP doit reconnaître sa propre contribution à la compréhension et au traitement du patient, ainsi que celles de ses collègues d'autres disciplines. Ensuite, il doit intégrer toutes ces différentes perspectives dans ses interventions auprès de ses patients.

## Supervision des psychologues en SSP

Plus récemment, cette perspective développementale a aussi été appliquée au développement professionnel du superviseur clinique (Falender *et al.*, 2004). Dans ce processus d'acquisition de compétences, une approche développementale continue d'être nettement favorisée (Borders, 2010 ; Hill *et al.*, 2007 ; Stoltenberg, 2005 ; Watkins, 1995). Parmi les différents modèles théoriques, celui de Stoltenberg (2005) paraît être celui adopté par la majorité des auteurs ; son modèle étapiste tient compte des connaissances déjà acquises dans un contexte d'autonomie progressive.

Le psychologue qui supervise ceux qui arrivent en SSP doit donc bien comprendre le niveau de développement des personnes supervisées vis-à-vis des habiletés propres à ce milieu : 1) le modèle biopsychosocial ; 2) les composantes cognitives et comportementales de la santé et de la maladie ; 3) les aspects biologiques de la santé et de la maladie ; 4) le langage médical approprié ; et 5) les politiques et questions psycholécales pertinentes à la pratique psychologique en SSP (McDaniel *et al.*, 2002). Il doit ensuite s'assurer de bien combler les lacunes relatives au savoir, au savoir-faire et au savoir-être, tout en misant sur les forces et les connaissances déjà acquises et en encourageant la réflexion de la part de la personne supervisée sur ses forces, ses faiblesses et ses capacités. C'est ainsi que le superviseur encadre l'identité professionnelle d'un supervisé qui devra naviguer entre différents rôles dans un contexte relativement nouveau, comme celui des SSP.

## LES DONNÉES EMPIRIQUES

L'approche développementale semble donc prometteuse comme modèle de développement professionnel pour les psychologues en SSP. Cependant, il n'y a pas encore beaucoup de preuves de l'efficacité des modèles de développement professionnel des psychologues. Les données qui existent sont fragmentaires. Nous rappelons qu'en psychologie clinique, la supervision est le véhicule principal de transmission des connaissances.

### *La recherche sur la supervision en psychologie clinique : que fait un bon superviseur ?*

À la lumière des défis posés par le domaine émergent de la recherche sur la supervision clinique, Proctor (1994) proposait d'établir une définition claire de ce que nous entendons par « supervision », de porter une attention plus marquée à ce qui constitue de la bonne ou de la mauvaise supervision, et d'adopter une approche développementale, avec un souci pour le travail souvent multidisciplinaire des psychologues travaillant dans le domaine des soins de santé. Dans leur recension des écrits, Kilminster et Jolly (2000) continuent de rapporter des problèmes méthodologiques dans les études portant sur la supervision dans les différentes disciplines des soins de santé, mais dressent un portrait descriptif plus exhaustif des différentes définitions utilisées, des modèles théoriques émergents et des éléments qui pourraient être liés à ce que l'on juge comme étant une supervision efficace.

Malgré les limites méthodologiques décrites ci-dessus, la plupart des chercheurs semblent s'entendre sur les facteurs liés à une supervision jugée de bonne qualité par ses bénéficiaires (Falender et Shafranske, 2004). Selon les dires des participants (pour la plupart des étudiants au doctorat en psychologie clinique ou counseling), avec un bon superviseur, les règles et les attentes sont claires d'entrée de jeu. Le bon superviseur crée un climat d'ouverture, de « non-jugement » et de soutien dans sa supervision, et centre son travail sur ce qui se passe ici et maintenant. Il encadre le travail des étudiants, mais les encourage à s'interroger sur le travail thérapeutique et les soutient dans le développement de leur identité de thérapeute. Il laisse le patient se raconter et invite les étudiants à réfléchir à leurs réactions, à se demander comment ils veulent aborder les thèmes présentés, et les aide à prendre conscience de nouveaux aspects. Enfin, le bon superviseur apporte une aide concrète lors des moments plus ardues de la thérapie (développement des connaissances, des techniques, faire face à l'ambivalence et aux impasses) (Falender et Shafranske, 2004 ; Kilminster et Jolly, 2000). Les superviseurs qui sont incapables de fournir ce genre de contexte de formation ou qui adoptent un comportement contraire à ces lignes directrices courent le risque de créer une atmosphère non productive (Falender et Shafranske, 2004 ; Shanfield, Matthews et Hetherly, 1993 ; Watkins, 1997).

### *Les liens avec les SSP*

Selon notre expérience, tous ces traits et capacités sont nécessaires chez les superviseurs en SSP. Il reste à voir si les données empiriques soutiennent cette position. On doit souligner qu'à notre connaissance, il n'existe pas encore d'étude sur la supervision des psychologues en SSP. Il sera donc essentiel d'avoir plus d'informations avant de pouvoir invoquer l'appui empirique des suggestions faites dans ce chapitre.

## CONCLUSION

La présence de la psychologie clinique en SSP est un phénomène récent qui résulte des changements importants intervenus dans la conceptualisation de la santé et dans la prestation des services de santé en Amérique du Nord. Les psychologues qui travaillent en SSP doivent acquérir des connaissances et des habiletés particulières. Il semble que les modèles développementaux favorisés auprès des étudiants en psychologie seraient aussi utiles dans le contexte des SSP, mais en mettant plus l'accent sur les connaissances et les compétences propres à ce milieu. Cependant, il n'y a pas présentement suffisamment de recherches empiriques pour justifier les pratiques de développement professionnel auprès des psychologues en SSP. Voici quelques implications et suggestions établies à la lumière des informations disponibles.

## *Les implications pour la formation*

Notre étude documentaire suggère l'importance et le manque actuel d'occasions de formation en SSP pour les étudiants aux études supérieures en psychologie, malgré le fait que de plus en plus de psychologues s'y trouvent. Il nous semble donc essentiel qu'il y ait plus de cours, de stages et d'internats en SSP afin de sensibiliser les étudiants et les psychologues qui exercent déjà leur métier aux particularités de ce milieu.

Nous avons également fait le lien entre les modèles développementaux de formation et de supervision et les SSP. D'un point de vue pratico-pratique, notre expérience clinique indique que de tels modèles, qui tiennent compte de divers aspects des compétences des personnes supervisées sur un continuum temporel, sont utiles dans le contexte des SSP. Les stagiaires et les superviseurs pourraient bénéficier de ces modèles structurés comme guides.

## *Les implications pour la recherche*

Le domaine de la recherche sur la supervision, véhicule principal du développement professionnel en psychologie clinique, en est à ses débuts. Les particularités de la supervision et de la formation des psychologues en SSP sont présentement encore moins étudiées. La recherche qui existe semble, pour la plupart, athéorique. Nous suggérons donc la poursuite des recherches sur les principales composantes de la supervision efficace, avec un encadrement théorique pour organiser les interventions des superviseurs et pour mieux orienter les personnes supervisées. Il serait souhaitable d'établir une niche particulière dans ce domaine de recherche pour les psychologues qui travaillent en SSP.

## *Les implications pour les politiques en psychologie clinique*

Notre recension révèle que la place accordée à l'enseignement des habiletés propres au travail des psychologues en SSP doit être augmentée, ce qui est du ressort des instances qui gèrent les programmes de formation en psychologie clinique. Nous croyons également que la valorisation de la recherche sur la supervision clinique comme champ de recherche clinique d'importance est de mise, surtout la recherche sur la supervision et la transmission de connaissances dans le milieu des soins de santé de première ligne.

De plus, les universités, les hôpitaux, et tous les lieux où les personnes reçoivent de la supervision de la part d'un psychologue, devraient favoriser le développement de programmes de recherche sur cette intervention, domaine qui fait partie intégrante de la transmission des connaissances. Sinon, nous risquons dans le meilleur des cas d'être des superviseurs inefficaces, et dans le pire des cas, de nuire au bon développement professionnel des étudiants et à la qualité des soins offerts aux patients.

Dans le même ordre d'idées, il va de soi que le travail du superviseur clinique dans son contexte de travail devrait aussi être valorisé. Sans des outils de supervision bien développés et des professionnels compétents pour les utiliser, il n'y aurait pas de formation et donc pas de développement professionnel en psychologie clinique.

## RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2009). *Guidelines and Principles for Accreditation of Professional Programs in Psychology*. Washington : American Psychological Association.
- BAKER, S.B., EXUM, H.A. et TYLER, R.E. (2002). The developmental process of clinical supervisors in training: An investigation of the supervisor complexity model, *Counselor Education and Supervision*, 42, 15-30. doi: 10.1002/j.1556-6978.2002.tb01300.x.
- BERNARD, J.M. (2005). Tracing the development of clinical supervision, dans L. Shulman et A. Safyer (dir.), *Supervision in Counseling : Interdisciplinary Issues and Research* (p. 3-21). Binghamton : Haworth.
- BERNARD, J.M. et GOODYEAR, R.K. (2004). *Fundamentals of Clinical Supervision*, 3<sup>e</sup> éd. New York : Allyn & Bacon.
- BORDERS, L.D. (2010). Principles of best practices for clinical supervisor training programs, dans J.R. Culberth et L.L. Brown (dir.), *State of the Art in Clinical Supervision* (p. 127-150). New York : Routledge.
- BRAY, J.H. (2011). Training for the future of psychology practice, *Teaching and Education in Professional Psychology*, 5, 69-72. doi: 10.111337130023713.
- CHAMBLESS, D.L. et OLLENDICK, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence, *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685.
- DITOMASSO, R.A., GOLDEN, B.A., MORRIS, H.J. et CHIUMENTO, D. (2009). Primary care: The biopsychosocial model and cognitive-behavioral approaches, dans R.A. DiTomasso, B.A. Golden et H. Morris (dir.), *Handbook of Cognitive Behavioral Approaches in Primary Care* (p. 3-13). New York : Springer.
- EBY, M.D., CHIN, J.L., ROLLOCK, D., SCHWARTZ, J.P. et WORRELL, F.C. (2011). Professional psychology training in an era of a thousand flowers: Dilemmas and challenges for the future, *Training and Education in Professional Psychology*, 5, 57-68. doi: 10.1037/a0023462.
- ELDER, M.Q. et SILVERS, S.A. (2009). The integration of psychology into primary care: Personal perspectives and lessons learned, *Psychological Services*, 6, 68-73. doi: 10.1037/a0014006.
- ELMAN, N.S., ILLFELDER-KAYE, J. et ROBINER, W.N. (2005). Professional development: Training for professionalism as a foundation for competent practice in psychology, *Professional Psychology : Research and Practice*, 36, 367-375. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.367.
- FALENDER, C.A., CORNISH, J.A., GOODYEAR, R., HATCHER, R., KASLOW, N.J., LEVENTHAL, G. et GRUS, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision : A consensus statement, *Journal of Clinical Psychology*, 60, 771-785. doi: 10.1002/jclp.20013.
- FALENDER, C.A. et SHAFRANSKE, E.P. (2004). *Clinical Supervision : A Competency-Based Approach*. Washington : American Psychological Association.
- GOODYEAR, R.K. et BERNARD, J.M. (1998). Clinical supervision : Lessons from the literature, *Counselor Education & Supervision*, 38, 6-22. doi: 10.1002/j.1556-6978.1998.tb00553.x.

- GOODYEAR, R.K., BUNCH, R. et CLAIBORN, C.D. (2005). Current supervision scholarship in psychology : A five year review, dans L. Shulman et A. Safyer (dir.), *Supervision in Counseling : Interdisciplinary Issues and Research* (p. 137-147). New York : Routledge.
- GREENBERG, L.S. (2014). Emotion-focused therapy, dans G.R. Van den Bos, E. Meidenbauer et J. Frank-McNeil (dir.), *Psychotherapy Theories and Techniques : A Reader* (p. 117-124). Washington : American Psychological Association.
- GRENIER, J. (2010). Psychology on the front line of primary care, *Psynopsis*, 32(1), 3-4.
- GRUBER, A.R. (2010). Psychologists in primary care, dans R.E. McGrath et B.A. Moore (dir.), *Pharmacotherapy for Psychologists : Prescribing and Collaborative Roles* (p. 173-187). Washington : American Psychological Association.
- HATCHER, R.L. et LASSITER, K.D. (2007). Initial training in professional psychology : The practicum competencies outline, *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 49-63. doi : 10.1037/1931-3918.1.1.49.
- HILL, C.E., SULLIVAN, C., KNOX, S. et SCHLOSSER, L.Z. (2007). Becoming psychotherapists : Experiences of novice trainees in a beginning graduate class, *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 44, 434-449. doi : 10.1037/0033-3204.44.4.434.
- HUNTER, C.L., GOODIE, J.L., OORDT, M.S. et DOBMEYER, A.C. (2009). *Integrated Behavioral Health in Primary Care : Step-by-Step Guidance for Assessment and Intervention*. Washington : American Psychological Association.
- KASLOW, N.J. (2004). Competencies in professional psychology, *American Psychologist*, 59, 774-781. doi : 10.1037/0003-066X.59.8.774.
- KILMINSTER, S.M. et JOLLY, B.C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings : A literature review, *Medical Education*, 34, 827-840. doi : 0.1046/j.1365-2923.2000.00758.x.
- KRAMER, G.P., BERNSTEIN, D.A. et PHARES, V. (2014). *Introduction to Clinical Psychology*, 8<sup>e</sup> éd. Upper Saddle River : Pearson.
- LEICHSENRING, F. et SCHAUBENBURG, H. (2014). Empirically supported methods of short-term dynamic psychotherapy in depression : Towards an evidence-based unified protocol, *Journal of Affective Disorders*, 169, 128-143. doi : 10.1016/j.jad.2014.08.007.
- MCDANIEL, S.H., BELAR, C.D., SCHROEDER, C., HARGROVE, D.S. et FREEMAN, E.L. (2002). A training curriculum for professional psychologists in primary care, *Professional Psychology : Research and Practice*, 33, 65-72. doi : 10.1037/0735-7028.33.1.65.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2009). Groupe de médecine familiale, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php>>.
- MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE OF ONTARIO (2011). Family health teams, Ministry of Health and Long-Term Care of Ontario, <[http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht_mn.html)>.
- ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2010). *Manuel d'agrément*. Mont-Royal : Ordre des psychologues du Québec.
- PAIVIO, S.C. et PASCUAL-LEONE, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma : An Integrative Approach*. Washington : American Psychological Association.
- PEACHEY, D., HICKS, V. et ADAMS, O. (2013). *An Imperative for Change : Access to Psychological Services for Canada. A Report to the Canadian Psychological Association*. Toronto : Health Intelligence Inc.

- PISANI, A.R., BERRY, S.L. et GOLDFARB, M. (2005). A predoctoral field placement in primary care : Keeping it simple, *Professional Psychology : Research and Practice*, 36, 151-157. doi : 0.1037/0735-7028.36.2.151.
- PROCTOR, B. (1994). Supervision competence, confidence, accountability, *British Journal of Guidance & Counselling*, 22, 309-318. doi : 10.1023/A:1005632604793.
- RAGGI, V.L. (2011). Internship and fellowship experiences : Preparing psychology trainees for effective collaboration with primary care physicians, dans G.M. Kapalka (dir.), *Pediatricians and Pharmacologically Trained Psychologists : Practitioner's Guide to Collaborative Treatment* (p. 249-270). New York : Springer.
- RUNYAN, C.N. (2011). Psychology can be indispensable to health care reform and the patient-centered medical home, *Psychological Services*, 8, 53-68. doi : 10.1037/a0023454.
- SCHIRMER, J.M. et NINH, L.H. (2009). Behavioral medicine : Principles and practices, dans J.M. Schirmer et A.J. Montegut (dir.), *Behavioral Medicine in Primary Care : A Global Perspective* (p. 1-27). New York : Radcliffe Publishing.
- SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES INTERGOUVERNEMENTALES CANADIENNES (2004). *First Ministers' Meeting, Ottawa. A 10-Year Plan to Strengthen Health Care*. Ottawa : Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, <[http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005\\_e.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_e.pdf)>.
- SHANFIELD, S.B., MATTHEWS, M.D. et HETHERLY, V. (1993). What do excellent psychotherapy supervisors do ?, *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1081-1084.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE (2011). *Accreditation Standards and Procedures for Doctoral Programmes and Internships in Professional Psychology*, 5<sup>e</sup> révision. Ottawa : Société canadienne de psychologie.
- STOLTENBERG, C.D. (2005). Enhancing professional competence through developmental approaches to supervision, *American Psychologist*, 60(8), 857-864.
- STUART, S. (2006). Interpersonal psychotherapy : A guide to the basics, *Psychiatric Annals*, 36(8), 542-549.
- WATKINS, C.E. (1995). Psychotherapy supervision in the 1990s : Some observations and reflections, *American Journal of Psychotherapy*, 49(4), 568-581.
- WATKINS, C.E. (1997). The ineffective psychotherapy supervisor : Some reflections about bad behaviors, poor process, and offensive outcomes, *The Clinical Supervisor*, 16, 163-180. doi : 10.1300/J001v16n01\_09.



# *Chapitre 10*

## **LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES DANS LE CADRE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

Le rôle du psychologue

---

SOPHIE LABEL  
CAROLINE SÉGUIN LECLAIR  
GEORDEN JONES  
DANIELLE PETRICONE-WESTWOOD  
CHRISTINA TOMEI

LES MALADIES CHRONIQUES SONT « DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE QUI, en règle générale, évoluent lentement » (Organisation mondiale de la santé – OMS, 2015), et qui sont la cause première de mortalité dans le monde (OMS, 2015). Quatre-vingt pour cent des personnes qui en sont atteintes souffrent des maladies suivantes : le diabète, le cancer, les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) ou les maladies cardiovasculaires (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2007). Au Canada, ces maladies engendrent 67 % des frais de santé directs (Public Health Agency of Canada – PHAC, 2009) et 60 % des frais indirects liés aux pertes de revenus, pertes de productivité ou décès prématurés, ces derniers étant estimés à 52 millions de dollars par année (PHAC, 2009). Bien que les décès causés par les maladies chroniques puissent être prévenus, ils représentent 59 % des 57 millions de décès annuels dans le monde (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2007). Ces maladies complexes sont généralement traitées en milieux de soins de santé primaires (Blustein et Cubic, 2009).

La pratique des soins de santé primaires (SSP) est en pleine évolution, au Canada (Romanow, 2002) comme ailleurs dans le monde (World Health Organization – WHO, 2008). De plus en plus, l'accent est mis sur la prévention, l'accessibilité, la coordination des soins et la collaboration multidisciplinaire (Health Council of Canada, 2005). À cette fin, plusieurs organismes suggèrent d'intégrer les praticiens de la santé mentale aux SSP (voir par exemple Romanow et Marchildon, 2003 ; WHO et World Organization of Family Doctors – WONCA, 2008). Cette intégration apporte des améliorations au système de santé (p. ex. efficacité des références, réduction des coûts) et améliore la santé et la qualité de vie des patients (Beacham, Herbst et al., 2012 ; Blustein et Cubic, 2009 ; Chomienne et al., 2011).

Parmi les praticiens de la santé mentale, on compte les psychologues. On constate un intérêt grandissant pour la pratique de la psychologie en milieu de SSP, intérêt que reflètent les directives de l'Association américaine de psychologie sur les compétences requises pour la pratique de la psychologie en milieux de SSP (American Psychological Association – APA, 2013a) et le nombre croissant d'internats qui offrent une rotation en SSP (APA, 2013b ; Société canadienne de psychologie, 2013). De plus, plusieurs facteurs soutiennent l'intégration du psychologue aux SSP. Premièrement, la comorbidité entre problèmes de santé mentale et problèmes de santé physique est bien connue. Plus de 68 % des adultes vivant avec un trouble de santé mentale ont aussi au moins une maladie physique, tandis que 29 % de ceux qui ont une maladie physique ont aussi un problème de santé mentale (Alegria et al., 2003). À titre d'exemple, les personnes atteintes de cancer rapportent une incidence de trouble de santé mentale au cours du dernier mois de 31,8 % (Mehnert et al., 2014). Deuxièmement, les patients atteints de maladies chroniques peuvent bénéficier d'interventions axées sur l'inactivité physique, la malnutrition, l'usage du tabac ou la consommation excessive d'alcool, tous facteurs de santé modifiables qui contribuent de manière significative aux maladies chroniques (Mokdad et al., 2004 ; WHO et WONCA, 2008). Troisièmement, les patients adhèrent peu

aux recommandations des professionnels de la santé malgré un niveau de connaissances adéquat de celles-ci (Bazata *et al.*, 2008). À cette fin, il est recommandé de mettre en place des interventions éducatives accessibles à tous et impliquant idéalement médecins, éducateurs et patients (Bazata *et al.*, 2008).

Grâce à leur connaissance des processus de changement, les psychologues ont les compétences pour mettre en place de telles interventions. Ils peuvent également contribuer aux SSP en développant des évaluations et des interventions basées sur des données probantes, en implantant des programmes de formation sur la pratique de la psychologie en SSP et en évaluant l'incidence des pratiques cliniques et des services offerts sur la santé des patients (Auxier, Hirsh et Warman, 2013 ; Beacham, Kinman *et al.*, 2012 ; Fisher et Dickinson, 2014).

Le but de ce chapitre est de présenter une recension systématique des écrits sur le rôle du psychologue dans le traitement des maladies chroniques en SSP. Plus précisément, nous désirons répertorier les interventions psychologiques utilisées et leur efficacité, le rôle des psychologues dans la prestation de ces services, de même que le type de patients desservis. Pour interpréter les résultats obtenus, nous utiliserons le modèle des soins chroniques (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002 ; Wagner *et al.*, 2001). Ce modèle d'organisation des SSP propose six grandes composantes qui s'imbriquent les unes dans les autres afin de mieux servir les patients atteints de maladies chroniques. Ces six composantes sont : des partenariats avec les ressources communautaires ; l'organisation du système de soins de santé ; l'autogestion de la maladie par les patients ; la réorganisation de la pratique par une division claire des tâches et des plans de soins partagés ; le soutien à la prise de décisions qui s'effectue notamment par la conformité aux lignes directrices fondées sur des données probantes et l'intégration des spécialistes aux SSP ; et l'utilisation d'un système d'information clinique qui offre des rappels des lignes directrices et de la rétroaction sur l'état des patients.

## MÉTHODE

### *Une recension des écrits*

Une recension systématique des écrits a été complétée afin d'identifier les résultats d'articles publiés au sujet du rôle du psychologue dans les SSP. Afin de recenser les articles qui sont pertinents à ce sujet, les cinq bases de données suivantes ont été consultées durant le mois d'octobre 2014 en remontant jusqu'au mois de janvier 2000 : 1) PsycINFO, 2) PubMed, 3) CINAHL, 4) Scopus, et 5) Web of Science. La recherche a été complétée dans la langue anglaise pour générer davantage de résultats de recherche.

Une formule résumant les concepts et mots clés se rapportant au rôle du psychologue dans le domaine des SSP a été créée à partir de trois thèmes principaux : l'intervention, les professionnels en santé mentale et les soins de santé primaires. Les termes d'interventions employés étaient : *intervention* ou *treatment* ou *program* ou *therapy* ; ensuite, les termes

en lien avec les professionnels de la santé mentale incluait : *psychologist* ou *behavioral health services* ou *primary care psychology*; finalement, les termes entourant le domaine des SSP incluait : *integrated behavioral health care* ou *integrated care* ou *primary care* ou *patient-centered care*. On peut se procurer une liste complète des termes utilisés en communiquant avec la première auteure.

### ***Les critères d'inclusion et d'exclusion***

L'objectif était d'identifier des études quantitatives évaluant des interventions multidisciplinaires en SSP visant les personnes atteintes de maladies chroniques et impliquant un psychologue. Les critères d'inclusion étaient : 1) des interventions ciblant une population adulte atteinte de maladies chroniques ; 2) des études évaluées par un comité de lecture ; 3) des articles rédigés en anglais ou en français ; et 4) l'implication d'un psychologue dans l'intervention. Les critères d'exclusion étaient : 1) les études pédiatriques ; 2) les recensions des écrits ; 3) les éditoriaux ; 4) les études de cas ; 5) les livres ; 6) les études qualitatives ; et 7) les interventions en santé mentale qui omettaient les personnes atteintes de maladies chroniques. Les études de cas et les études qualitatives ont été exclues puisque les auteurs cherchaient à recenser des études ayant la plus grande qualité empirique possible. De plus, les auteurs voulaient tirer des conclusions sur les interventions ciblant des échantillons suffisamment importants, et donc représentatifs, de participants afin d'augmenter la généralisation des résultats à travers diverses populations.

À la suite des recherches effectuées dans les bases de données, les articles ont été compilés dans le logiciel Reference Manager version 12.0 et les duplicatas ont été supprimés. Au total 7 398 articles ont été conservés à cette étape. Ensuite, le tri des articles s'est déroulé en trois étapes. La première étape, effectuée indépendamment par deux réviseurs, consistait en une lecture préliminaire des titres et des résumés d'articles afin d'exclure les articles selon les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus. Deux cent quinze articles ont été conservés à la suite de cette phase d'élimination.

La deuxième étape consistait en une lecture complète des articles conservés par les deux réviseurs indépendants dans le but d'éliminer les articles ne respectant pas les critères. Après cette lecture, les références ont été consultées et deux articles additionnels ont été inclus puisque même s'ils ne faisaient pas partie de la recherche initiale, ils respectaient les critères d'inclusion. Une vérification entre juges a été faite afin de s'assurer d'une bonne cohérence interne des exclusions. Ceci a permis d'éliminer 201 articles qui ne respectaient pas les critères d'inclusion (tableau 10.1).

### ***L'extraction des données***

Au total, 14 articles ont été retenus pour la troisième étape, celle de l'extraction des données, effectuée par les deux réviseurs indépendants. Un tableau de référence a été employé pour standardiser l'extraction, mentionnant : 1) la référence de la publication ; 2) une

**TABLEAU 10.1.** Motifs d'exclusion des articles lors de la deuxième phase de tri

Motifs	n
Intervention pour la santé mentale seulement	43
N'incluaient pas un psychologue au sein de l'équipe multidisciplinaire	39
Échantillon sans maladies chroniques	37
N'étaient pas situés en milieu de soins de santé primaires	19
Éditoriaux	18
N'incluaient pas d'intervention	16
Recensions des écrits	9
Études de cas	7
Non pertinents	4
Pas de résultats	4
Articles introuvables	2
Études pédiatriques	1
Langue	1
Médecins étaient les participants	1

description de l'échantillon ; 3) la localité de l'étude ; 4) la méthodologie de l'étude ; 5) la population cible de l'intervention ; 6) une description de l'intervention ; 7) les membres de l'équipe multidisciplinaire ; 8) le rôle du psychologue ; 9) le milieu de soins primaires ; et 10) les résultats de l'intervention. De plus, la qualité de la méthode des interventions a été évaluée en utilisant l'Index de qualité de Downs et Black (1998), un outil empiriquement validé, qui vise spécifiquement à évaluer la qualité des interventions en santé. Selon cet index, plus le score est élevé, meilleure est la qualité de l'intervention avec une échelle de 0 à 32 points. Cet outil possède de bonnes propriétés psychométriques, une bonne cohérence interne – dont un coefficient alpha de Cronbach de 0,89 – et une bonne fidélité par test-retest ( $r = 0,88$ ) après deux semaines (Downs et Black, 1998).

## RÉSULTATS

### *Un aperçu des articles retenus*

La qualité des interventions, évaluée selon l'Index de qualité de Downs et Black (1998), était variée (tableau 10.2). Toutes étaient d'une qualité élevée ou acceptable, sauf l'étude de Davis, Guyker et Persky (2012) dont la faible qualité était due à un devis expérimental moins rigoureux (score 7). La majorité des chercheurs (dans 9 études sur 14) utilisaient un devis d'essai contrôlé randomisé (tableau 10.2).

**TABLEAU 10.2.** Études d'interventions dans les soins primaires incluant un psychologue pour les patients atteints de maladies chroniques

Référence	Échantillon	Localité	Méthodologie	Intervention	Membres de l'équipe	Rôle du psychologue	Résultats	Qualité
Aharonovich et al. (2012)	n = 40 VIH avec consommation de DNI 75,8% hommes 63,6% afro-américains 36,4% itinérants âge M = 45,48	Clinique de soins primaires associée à un hôpital pour le VIH, États-Unis	Étude pilote ECA Suivi: 30 et 60 jours	Groupe 1: (n = 20) EM pour réduction de DNI Groupe 2: (n = 20) Les mêmes conditions que groupe 1 + HealthCall (appel quotidien fait par le patient à un système de voix interactif pour recueillir des informations sur la consommation et offrir du soutien lors des suivis)	Non spécifié	Supervision des CNS	Réduction de consommation de DNI pour les deux groupes avec une tendance suggérant une plus grande réduction pour le Groupe 2	19
Aharonovich et al. (2006)	n = 31 VIH 80,7% hommes 51,6% hispaniques 20,7% itinérants âge M = 40,3	(voir Aharonovich et al., 2012)	Étude pilote mesures répétées sans GT Suivi: 30 et 60 jours	EM pour réduction de consommation d'alcool + option d'appels HealthCall quotidiens (voir Aharonovich et al., 2012)	INF, PSY et éducateur en santé	Supervision des CNS	Réduction non significative de la consommation d'alcool après 30 j et une réduction significative à 60 j	17
Aharonovich et al. (2014)	n = 153 VIH 77% hommes 95% MV 46,8% dépendants à l'alcool âge M = 46,3	(voir Aharonovich et al., 2012)	ECA Suivi: 30 et 60 jours	Groupe 1: (n = 78) EM pour réduction de consommation d'alcool Groupe 2: (n = 75) EM + HealthCall (voir Aharonovich et al., 2012)	CNS et PSY	Supervision des CNS	(voir Hasin et al., 2013 pour résultats préliminaires) Plus grande réduction dans le Groupe 2 comparé au Groupe 1 chez les patients dépendants à l'alcool ayant une force d'engagement faible	18
Apps et al. (2013)	n = 37 BCPO sans traitements dans la dernière année 59% hommes âge M = 68,4	5 registres de médecins de famille, Angleterre	Étude pilote mesures répétées sans GT Suivi: 6 sem.	Manuel d'information sur les habitudes de santé pour l'autogestion de la BCPO Deux appels motivationnels faits par le PSY à 2 et 4 sem.	Non spécifié	Développement du manuel d'intervention, intervenant	Amélioration de la dyspnée et d'un indicateur d'exercice Aucun changement sur le plan de la dépression et de l'anxiété	15

Bastiaens et al. (2009)	n = 44 Diabète type 2 53 % hommes 96 % retraités âge M = 66	Milieu de soins primaires rural, Belgique	Étude pilote mesures répétées sans GT Suivi : 12 et 18 mois	Thérapie éducative de groupe sur les habitudes de santé, établissement d'objectifs et de résolution de problèmes Suivi à 3 mois	INF, PSY, DI, CNS, MDF, PSYC et endocrinologie	Développement et recommandations du programme éducatif intervenant	14	Diminution de la détresse liée au diabète et d'un indicateur de diabète à 12 mois, mais la réduction n'était pas significative à 18 mois Diminution de l'IMC à 12 et 18 mois
Bogner et al. (2007)	n = 584, desquels 123 avaient le diabète 72,3 % femmes 69,7 % caucasiens 96 % retraités âge M = 70,3	Cabinets de soins primaires, États-Unis	ECA à sites multiples Suivi : 5 ans	Exp : (n = 311) On offrait aux patients des antidépresseurs et de la psychothérapie interpersonnelle GT : (n = 273) Soins réguliers	MDF, TS, INF et PSY	Supervision, suivi du patient, intervenant	20	Les patients déprimés avec le diabète dans Exp avaient moins de chances d'être décédés au suivi comparé au GT
Boorsma et al. (2011)	n = 340 Maladies chroniques combinées : asthme, BCPO, maladies cardiovasculaires, diabète et arthrite ou détérioration cognitive âge M = 86	10 résidences de soins, Pays-Bas	ECA en grappe Suivi : 6 mois	Exp : (n = 201) Évaluation gériatrique multidisciplinaire de la santé fonctionnelle tous les 3 mois GT : (n = 139) Soins réguliers avec médecin de famille	INF, MDF, PSY et gériatologue	Intervenant lorsqu'il y a un besoin particulier	25	Augmentation significative de la qualité des soins et des sentiments positifs relatifs à la qualité des soins ainsi qu'une réduction du taux de décès dans Exp au suivi Aucune différence de qualité de vie rapportée
Moss-Morris et al. (2010)	n = 64 51 73 % femmes 93 % caucasiens 96 % retraités âge M = 39,5	Registre de soins primaires, Nouvelle-Zélande	Étude pilote ECA Suivi : 3 et 6 mois	Exp : (n = 29) Soins autogérés de 7 s. utilisant un manuel structuré avec une session de thérapie en personne et deux sessions au téléphone GT : (n = 33) Soins réguliers	MDF, PSY et gastro-entérologue	Intervenant	30	Soulagement des symptômes dans Exp aux suivis de 76,7 % comparé à 21,2 % du GT Amélioration de l'incidence de la maladie dans Exp dans les activités au travail et sociales et diminution de l'anxiété comparé au GT

(suite)

**TABLEAU 10.2.** Études d'interventions dans les soins primaires incluant un psychologue pour les patients atteints de maladies chroniques (suite)

Référence	Échantillon	Localité	Méthodologie	Intervention	Membres de l'équipe	Rôle du psychologue	Résultats	Qualité
Davis, Guyker et Persky (2012)	n = 6 Vétérans avec maladies chroniques complexes à mobilité réduite avec sentiments de dépression	Programme de soins primaires basés à la maison, États-Unis	Étude de faisabilité	Six sessions de thérapie de réminiscence en groupe	Non spécifié	Intervenant : stagiaire et étudiant postdoctoral, supervision	Les participants ont rapporté une valeur dans les expériences partagées, se sentant en phase avec eux-mêmes et avec les autres.	7
Hasin et al. (2013)	n = 258 VIH 77,9% hommes 95% MV 48,4% dépendants à l'alcool âge M = 45,7	(voir Aharonovich et al., 2012)	ECA Suivi: 30 et 60 jours	Groupe 1: (n = 82) EM Groupe 2: (n = 88) EM + HealthCall (voir Aharonovich et al., 2012) GT: (n = 88) DVD sur l'autogestion du VIH	CNS et PSY	Supervision des intervenants (CNS)	Diminution significative de la consommation d'alcool entre Groupe 2 et GT Tendance de réduction entre Groupe 1 et GT et pas de différence entre Groupes 1 et 2 Plus grande réduction de la consommation d'alcool chez les patients dépendants à l'alcool dans Groupe 2	23
Ludman et al. (2013)	n = 214 52% femmes 23% MV 86% ont le diabète (avec ou sans maladies coronariennes) 26% ont une maladie coronarienne seulement âge M = 56,8	14 cliniques de soins primaires, États-Unis	ECA	Exp: Intervention centrée sur le patient combinée avec du soutien d'autogestion Suivi aux 2 sem. pour du soutien dans l'atteinte des buts d'autogestion GT: Soins réguliers	INF, MDF, PSY et PSYC	Supervision et suivi du patient	Confiance améliorée dans l'adhésion au régime médical et au maintien des comportements de santé Améliorations significatives dans la dépression, l'hyperglycémie, l'hypertension et l'hyperlipidémie Aucune amélioration dans la connaissance face aux médicaments ni dans la confiance dans la résolution de problèmes de santé du Exp	20

Lin <i>et al.</i> (2006)	n = 329 Diabète avec symptômes de dépression 64,8 % femmes 54,9 % mariés 45,2 % travaillent 81,1 % blancs âge M = 58,1	9 cliniques de soins primaires, États-Unis	ECA	Exp : Intervention par étapes de 12 mois propres au traitement de la dépression Choix de pharmacothérapie, thérapie par la résolution de problèmes ou les deux GT : Soins réguliers	INF, MDF, PSY et PSYC	Suivi du patient	Réduction des symptômes de dépression pour Exp Aucune amélioration dans les habitudes de santé, mais réduction de l'IMC chez Exp Exp réagissait moins aux agents hypoglycémiques oraux que GT à la suite de l'intervention.	20
Williams <i>et al.</i> (2004)	n = 417 Diabète 54 % femmes 45 % mariés, 45,2 % travaillent 81,1 % blancs 59 % dépression majeure et dysthymie âge M = 70,1	18 cliniques de soins primaires, États-Unis	ECA à sites multiples	Exp : Psycho-éducation sur la dépression en fin de vie Choix de pharmacothérapie ou de thérapie de résolution de problèmes propre à la dépression GT : Soins réguliers	INF, MDF et PSY	Intervenant	Amélioration de la qualité des soins pour la dépression ainsi qu'une diminution des symptômes de dépression significative Aucune incidence sur les symptômes de diabète Aucune amélioration dans les habitudes de santé, mis à part le temps d'exercice	21
Freyens <i>et al.</i> (2005)	n = 35 Diabète de type 2 63 % hommes âge M = 64	Pratique médicale et para-médicale ambulatoire, Belgique	Étude de faisabilité	Exp : 9 interventions avec l'équipe multidisciplinaire qui ciblent l'autonomisation et l'adhésion au traitement GT : Soins réguliers	MDF, DI, INF et PSY	Intervenant, développement de l'intervention, suivi des patients	Plus de la moitié des patients ont bien répondu à l'intervention et ont amélioré leurs symptômes de diabète (p. ex. réduction de l'hyperglycémie).	15

BCPO = bronchopneumopathie chronique obstructive, CNS = conseiller, DI = diététicienne, DNI = drogues non injectables, ECA = essai clinique aléatoire, EM = entrevue motivationnelle, Exp = groupe expérimental, GT = groupe témoin, IMC = indice de masse corporelle, INF = infirmier, MDF = médecin de famille ou généraliste, MV = minorités visibles, PSY = psychologue, PSYC = psychiatre, SII = syndrome de l'intestin irritable, SP = soins primaires, TS = travailleur social

## **La population cible**

Douze études se penchaient sur des patients souffrant du VIH, du diabète, du syndrome de l'intestin irritable ou de BPCO (voir le tableau 10.2). Deux études regroupaient des personnes âgées atteintes d'une multitude de maladies chroniques (Boorsma *et al.*, 2011; Davis, Guyker et Persky, 2012).

La taille moyenne des échantillons était de 192,23 (6-548) avec un écart-type de 182,12 et une médiane de 139 participants. Quatre études étaient localisées dans l'Europe de l'Ouest, une en Nouvelle-Zélande, et les neuf autres aux États-Unis. Pour une description des informations sociodémographiques de chaque étude, voir le tableau 10.2.

## **Une description des interventions et des résultats**

De manière générale, la durée des interventions variait de sept semaines à un an. Huit des articles décrivaient des études pilotes ou de faisabilité afin de déterminer l'efficacité des nouvelles interventions (Apps *et al.*, 2013; Bastiaens *et al.*, 2009; Davis, Guyker et Persky, 2013; Freyens *et al.*, 2005; Ludman *et al.*, 2013; Lin *et al.*, 2006; Moss-Morris *et al.*, 2010; Williams *et al.*, 2004). Les résultats préliminaires démontraient qu'elles étaient efficaces ou faisables.

Les interventions employaient différentes approches thérapeutiques telles que des thérapies individuelles ou de groupe, des appels téléphoniques, de la psychoéducation, de la pharmacothérapie et des programmes autoadministrés. Plusieurs des interventions comprenaient une composante d'autogestion dans leur approche thérapeutique afin de motiver les patients et de promouvoir leur autonomisation. La cible des interventions peut être conceptualisée en trois grands volets : 1) la santé mentale (dépression, anxiété, abus de substances et fonctionnement intra et interpersonnel); 2) la santé physique: amélioration des indices de maladie chronique (p. ex. hyperglycémie et dyspnée), réduction des symptômes de la maladie et augmentation de l'espérance de vie; et 3) les comportements de santé (p. ex. adhésion aux traitements, exercice). Des résultats détaillés des interventions sont présentés dans le tableau 10.2.

## **L'équipe multidisciplinaire et le rôle du psychologue dans l'intervention**

Toutes les équipes de soins primaires regroupaient un psychologue aux divers rôles travaillant en collaboration avec plusieurs professionnels de la santé incluant des infirmières, des médecins de famille, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des éducateurs en santé, des diététiciennes, des conseillers en activité physique ainsi que des médecins spécialistes. Dans l'ensemble des interventions, le psychologue adoptait un ou plusieurs des quatre rôles suivants : 1) responsable de l'intervention et de la conception du matériel psychoéducatif ainsi que de la mise en place des lignes directrices pour l'intervention multidisciplinaire (Apps *et al.*, 2013; Bastiaens *et al.*, 2009; Bogner *et al.*, 2007; Freyens *et al.*, 2005); 2) superviseur des intervenants (infirmiers ou conseillers) afin d'assurer une

bonne formation et un déroulement adéquat de l'intervention (Aharonovich *et al.*, 2014 ; Aharonovich *et al.*, 2012 ; Aharonovich *et al.*, 2006 ; Davis, Guyker et Persky, 2012 ; Hasin *et al.*, 2013 ; Lin *et al.*, 2006 ; Ludman *et al.*, 2013 ; Williams *et al.*, 2004) ; 3) responsable du suivi des dossiers des patients (Boorsma *et al.*, 2011 ; Freyens *et al.*, 2005 ; Lin *et al.*, 2006 ; Ludman *et al.*, 2013 ; Williams *et al.*, 2004) ; et 4) intervenant en thérapie individuelle ou de groupe (Apps *et al.*, 2013 ; Bastiaens *et al.*, 2009 ; Bogner *et al.*, 2007 ; Boorsma *et al.*, 2011 ; Davis, Guyker et Persky, 2012 ; Freyens *et al.*, 2005 ; Moss-Morris *et al.*, 2010). De plus, le psychologue participait à la diffusion des résultats de recherche en figurant parmi les auteurs de l'étude dans la plupart des articles (Aharonovich *et al.*, 2014 ; Aharonovich *et al.*, 2012 ; Aharonovich *et al.*, 2006 ; Apps *et al.*, 2013 ; Bastiaens *et al.*, 2009 ; Boorsma *et al.*, 2011 ; Davis, Guyker et Persky, 2012 ; Hasin *et al.*, 2013 ; Lin *et al.*, 2006 ; Ludman *et al.*, 2013 ; Moss-Morris *et al.*, 2010 ; Williams *et al.*, 2004).

### ***La relation du psychologue avec l'équipe de recherche***

Dans l'ensemble des études, le psychologue participait à la recherche de deux façons : soit en faisant déjà partie de l'équipe multidisciplinaire avant la réalisation de l'étude (Bogner *et al.*, 2007 ; Boorsma *et al.*, 2011 ; Davis, Guyker et Persky, 2012), soit en travaillant au sein de l'équipe de recherche en tant que consultant externe pour évaluer l'intervention en soins primaires (Aharonovich *et al.*, 2014 ; Aharonovich *et al.*, 2012 ; Aharonovich *et al.*, 2006 ; Apps *et al.*, 2013 ; Bastiaens *et al.*, 2009 ; Freyens *et al.*, 2005 ; Hasin *et al.*, 2013 ; Lin *et al.*, 2006 ; Ludman *et al.*, 2013 ; Moss-Morris *et al.*, 2010 ; Williams *et al.*, 2004).

## **DISCUSSION**

Le but de cette recension des écrits était de répertorier et d'analyser les études menées en milieu de SSP auprès d'équipes multidisciplinaires comprenant un psychologue s'occupant de personnes souffrant de maladies chroniques. Une recherche exhaustive des écrits parus depuis 2000 a été effectuée et 14 études ont été retenues. Ces études se distinguent par la diversité des populations, des modalités d'intervention et démontrent ainsi la flexibilité que les psychologues doivent avoir lorsqu'ils travaillent en soins primaires.

Les résultats obtenus par les études recensées révèlent que les interventions auprès de patients atteints de maladies chroniques sont acceptables, faisables et efficaces. Ces interventions visaient plusieurs cibles : la santé mentale (dépression, abus de substance, anxiété), la santé physique (p. ex. dyspnée) ou la mortalité et les comportements de santé (p. ex. exercice ou adhésion aux traitements). Par contre, la majorité des études étaient des études pilotes ou de faisabilité, puisque ce domaine de recherche est relativement récent. Ainsi, l'efficacité relative de ces interventions demeure à clarifier et à confirmer. Les interventions étaient souvent courtes, avec une composante d'autogestion et un appui ponctuel sous forme de suivi, parfois offert par des conseillers en santé, ce qui semblerait suggérer des coûts raisonnables pour le système de santé. Deux études

évaluant les coûts de ce type d'interventions auprès de personnes atteintes de diabète avec symptômes de dépression (Katon *et al.*, 2006 ; Katon *et al.*, 2008) ne démontrent aucune différence dans les coûts des interventions multidisciplinaires et les soins réguliers en SSP. Ceci prouve que les frais additionnels associés aux services psychologiques sont contrebalancés par la réduction des frais médicaux. Des économies pouvant aller jusqu'à cinq ans après l'intervention sont aussi projetées en tenant compte d'une possible réduction de l'utilisation des services de laboratoire, de radiographie, de pharmacie, de soins de santé mentale, etc. (Katon *et al.*, 2006 ; Katon *et al.*, 2008).

La recension des écrits révèle que le psychologue joue plusieurs rôles dont celui de concevoir des interventions et des lignes directrices, de superviser les intervenants, de participer au suivi des patients, de diriger l'intervention et de réaliser de la recherche. Par contre, lors du tri des articles, il était possible de constater qu'il y avait nettement plus d'études qui n'incluaient pas de psychologue au sein de l'équipe multidisciplinaire que d'études qui en comptaient un. De plus, parmi les études recensées mais non retenues, plusieurs interventions se concentraient sur l'apport des psychologues dans le traitement unique de la santé mentale plutôt que des maladies chroniques. En effet, certaines études ont démontré que la dépression et l'anxiété sont des raisons fréquentes de référence à un spécialiste de la santé mentale en soins primaires, et ce, nettement plus souvent que le traitement des comportements de santé à risque (Auxier, Hirsh et Warman, 2013 ; Beacham, Kinman *et al.*, 2012). Toutefois, comme l'ont noté Chomienne *et al.* (2011) et Beacham, Herbst *et al.* (2012), le peu de connaissances du rôle et de la formation des psychologues de la part des médecins de famille pourrait être un obstacle à l'implication des psychologues en soins primaires dans le traitement des personnes atteintes de maladies chroniques.

Lorsqu'on examine les résultats à la lumière du modèle des soins chroniques, qui reflète les recommandations de la mise en œuvre des soins multidisciplinaires, il est possible de voir que les interventions retenues adhèrent partiellement à ses six composantes. Premièrement, elles ne reflètent pas l'idéal où le psychologue fait partie d'une équipe égalitaire (Bluestein et Cubic, 2009). En effet, le psychologue faisait souvent partie d'une équipe de recherche, ce qui suppose que le maintien du programme ou des interventions est incertain. Bien que les équipes répertoriées soient dans la plupart des cas multidisciplinaires, la relation entre le médecin de famille et le psychologue est rarement évoquée ou bien elle se limite à un rôle de référence. Cela dit, on a relevé des études qui rapportent une réelle collaboration entre les différents membres de l'équipe (Boorsma *et al.*, 2011 ; Freyens *et al.*, 2005 ; Lin *et al.*, 2006 ; Ludman *et al.*, 2013 ; Williams *et al.*, 2004). Deuxièmement, on a noté la rareté du recours à des partenaires communautaires. De plus, puisque les interventions étaient de nature empirique, plusieurs des études retenues étaient effectuées en dehors du système de santé actuel, ce qui limite leur généralisation externe. Cela dit, trois des composantes du modèle des soins chroniques sont mieux respectées. Presque toutes les études retenues sont basées sur des

données probantes, certaines offrent de la rétroaction aux patients et aux intervenants (Aharonovich *et al.*, 2014; Aharonovich *et al.*, 2012; Aharonovich *et al.*, 2006; Apps *et al.*, 2013; Boorsma *et al.*, 2011; Bogner *et al.*, 2007; Freyens *et al.*, 2005; Hasin *et al.*, 2013; Lin *et al.*, 2006; Ludman *et al.*, 2013; Williams *et al.*, 2004), plusieurs visent l'auto-gestion de la maladie (Aharonovich *et al.*, 2014; Aharonovich *et al.*, 2012; Aharonovich *et al.*, 2006; Apps *et al.*, 2013; Freyens *et al.*, 2005; Hasin *et al.*, 2013; Ludman *et al.*, 2013; Moss-Morris *et al.*, 2010) et d'autres préconisent l'utilisation des spécialistes dans les équipes et les interventions (Bastiaens *et al.*, 2009; Boorsma *et al.*, 2011; Lin *et al.*, 2006; Ludman *et al.*, 2013).

### ***Les limites***

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les études qualitatives et les études de cas ont été exclues de la revue. Il est donc possible que les interventions rapportées dans la présente étude ne reflètent pas toutes les façons dont un psychologue peut travailler selon une approche multidisciplinaire auprès des personnes atteintes de maladies chroniques. Par contre, notre choix d'inclure exclusivement des études ayant une méthodologie quantitative augmente notre capacité à généraliser les résultats à la population et permet aussi une comparaison plus juste des études incluses dans la recension.

### ***Les implications pour la recherche, la pratique et la formation professionnelle***

Cette recension des écrits nous permet de tirer plusieurs conclusions pour guider la recherche, la pratique et la formation des professionnels de la santé. Peu d'études parmi celles recensées incluaient un psychologue, ce qui suggère la nécessité de sensibiliser les autres professionnels de la santé au rôle et à l'apport du psychologue en soins primaires, notamment au-delà du traitement de la santé mentale. À cette fin, il est important d'encourager la recherche sur l'efficacité des interventions qui incluent un psychologue. En effet, plusieurs articles relatant des interventions intéressantes ont dû être exclus puisqu'ils ne rapportaient pas de résultats (p. ex. Sutherland et Tulkin, 2012; Sternhell, Landstra et Andersson-Noorgard, 2012). Malgré le fait qu'il existe des interventions qui ont démontré leur incidence économique sur le système de santé (Katon *et al.*, 2006; Katon *et al.*, 2008), cette recension des écrits démontre que peu d'interventions en milieu de SSP intègrent les psychologues.

La recension des écrits a révélé le peu d'interventions qui semblent être bien intégrées au système de santé. Plusieurs recommandations peuvent être émises pour pallier ce manque. Il est primordial que les interventions soient davantage développées dans les milieux de SSP préexistants avec des évaluations à long terme. Il serait également important lors de l'intégration des équipes multidisciplinaires de définir clairement les rôles et les tâches des professionnels travaillant en soins partagés. La formation des

professionnels de la santé devrait être orientée vers la collaboration interdisciplinaire afin que les professionnels soient conscients de l'apport que d'autres disciplines peuvent offrir aux soins de leurs patients. Des rencontres d'équipes devraient également être mises en place de façon récurrente afin d'améliorer la gestion des cas et de favoriser l'esprit d'équipe. Dans le même esprit, la collaboration entre les milieux de soins primaires et les partenaires communautaires devrait être renforcée. Les professionnels de la santé devraient être informés des programmes communautaires qui sont disponibles dans la communauté et ils devraient tenter de combiner les soins offerts avec ces programmes afin de dispenser des soins complets et de qualité.

## RÉFÉRENCES

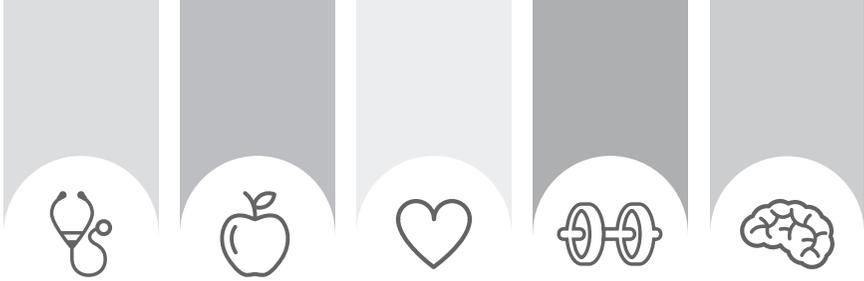
- AHARONOVICH, E., GREENSTEIN, E., O'LEARY, A., JOHNSTON, B., SEOL, S.G. et HASIN, D.S. (2012). HealthCall : Technology-based extension of motivational interviewing to reduce non-injection drug use in HIV primary care patients: A pilot study, *AIDS Care*, 24, 1461-1469. doi : 10.1080/09540121.2012.663882.
- AHARONOVICH, E., HATZENBUEHLER, M.L., JOHNSTON, B., O'LEARY, A., MORGENSTERN, J., WAINBERG, M.L. et HASIN, D.S. (2006). A low-cost, sustainable intervention for drinking reduction in the HIV primary care setting, *AIDS Care*, 18, 561-568. doi : 10.1080/09540120500264134.
- AHARONOVICH, E., STOHL, M., ELLIS, J., AMRHEIN, P. et HASIN, D. (2014). Commitment strength, alcohol dependence and HealthCall participation : Effects on drinking reduction in HIV patients, *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 112-118. doi : 10.1016/j.drugalcdep.2013.11.015.
- ALEGRIA, M., JACKSON, J.S., KESSLER, R.C. et TAKEUCHI, D. (2003). *National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), 2001-2003*. Ann Arbor: Interuniversity Consortium for Political and Social Research.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA (2013a). *Competencies for Psychology Practice in Primary Care : Report of the Interorganizational Work Group on Competencies for Primary Care Psychology Practice*. Washington : American Psychological Association, <<http://www.apa.org/ed/resources/competencies-practice.pdf>>.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA (2013b). *Directory of Internship Programs with Training Opportunities in Primary Care Psychology*. Washington : American Psychological Association, <<http://www.apa.org/ed/graduate/internship-directory.pdf>>.
- APPS, L.D., MITCHELL, K.E., HARRISON, S.L., SEWELL, L., WILLIAMS, J.E., YOUNG, H.M. et SINGH, S.J. (2013). The development and pilot testing of the self-management programme of activity, coping and education for chronic obstructive pulmonary disease (SPACE for COPD), *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 8, 317-327. doi : 10.2147/COPD.S40414.
- AUXIER, A.M., HIRSH, H.K. et WARMAN, M.K. (2013). Behavioral health in federally qualified health centers : What practitioners and researchers need to know, *Professional Psychology : Research and Practice*, 44, 391-397. doi : 10.1037/a0035039.
- BASTIAENS, H., SUNAERT, P., WENS, J., SABBE, B., JENKINS, L., NOBELS, F. et VAN ROYEN, P. (2009). Supporting diabetes self-management in primary care : Pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise, *Primary Care Diabetes*, 3, 103-109. doi : 10.1016/j.pcd.2009.02.001.

- BAZATA, D.D., ROBINSON, J.G., FOX, K.M. et GRANDY, S. (2008). Affecting behavior change in individuals with diabetes: Findings from the Study to Help Improve Early Evaluation and Management of Risk Factors Leading to Diabetes (SHIELD), *The Diabetes Educator*, 34, 1025-1036. doi: 10.1177/0145721708325767.
- BEACHAM, A.O., HERBST, A., STREITWIESER, T., SCHEU, E. et SIEBER, W.J. (2012). Primary care medical provider attitudes regarding mental health and behavioral medicine in integrated and non-integrated primary care practice settings, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19, 364-375. doi: 10.1007/s10880-011-9283-y.
- BEACHAM, A.O., KINMAN, C., HARRIS, J.G. et MASTERS, K.S. (2012). The patient-centered medical home: Unprecedented workforce growth potential for professional psychology, *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 17-23. doi: 10.1037/a0025320.
- BLUESTEIN, D. et CUBIC, B.A. (2009). Psychologists and primary care physicians: A training model for creating collaborative relationships, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 101-112. doi: 10.1007/s10880-009-9156-9.
- BODENHEIMER, T., WAGNER, E.H. et GRUMBACH, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness, *Journal of American Medical Association*, 288, 1775-1779, <<http://www.upt-a.com/PDF/JAMABodenheimer10-02.pdf>>.
- BOGNER, H.R., BRUCE, M.L., REYNOLDS, C.F., MULSANT, B.H., CARY, M.S., MORALES, K. ET ALEXOPOULOS, G.S. (2007). The effects of memory, attention, and executive dysfunction on outcomes of depression in a primary care intervention trial: The PROSPECT study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 922-929, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17299808>>.
- BOGNER, H.R., MORALES, K.H., POST, E.P. et BRUCE, M.L. (2007). Diabetes, depression, and death: A randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT), *Diabetes Care*, 30, 3005-3010, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17717284?dopt=Citation>>.
- BOORSMA, M., FRIJTERS, D.H., KNOL, D.L., RIBBE, M.E., NIJPELS, G. et VAN HOUT, H.P. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: A cluster randomized trial, *Canadian Medical Association Journal*, 183, E724-E732. doi: 10.1503/cmaj.101498.
- CHOMIENNE, M.H., GRENIER, J., GABOURY, I., HOGG, W., RITCHIE, P. et FARMANOVA-HAYNES, E. (2011). Family doctors and psychologists working together: Doctors' and patients' perspectives, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 282-287. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01437.x.
- DAVIS, M., GUYKER, W. et PERSKY, I. (2012). Uniting veterans across distance through a telephone-based reminiscence group therapy intervention, *Psychological Services*, 9, 206-208. doi: 10.1037/a0026117.
- DOWNS, S.H. et BLACK, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 377-384, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756728/>>.
- FISHER, L. et DICKINSON, W.P. (2014). Psychology and primary care: New collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions, *American Psychologist*, 69, 355-363. doi: 10.1037/a0036101 10.1037/a0036101.

- FREYENS, A., BRENDEL, F., MAASSEN, C., COGNIAUX, S. et GIET, D. (2005). Multidisciplinary educational health programme for type 2 diabetic patients in primary care, *Revue médicale de Liège*, 60, 604-611, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16035336?dopt=>>>.
- HASIN, D.S., AHARONOVICH, E., O'LEARY, A., GREENSTEIN, E., PAVLICOVA, M., ARUNAJADAI, S. et JOHNSTON, B. (2013). Reducing heavy drinking in HIV primary care: A randomized trial of brief intervention, with and without technological enhancement, *Addiction*, 108, 1230-1240. doi: 10.1111/add.12127.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA (2005). *Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change*. Toronto: Health Council of Canada, <[http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt\\_det.php?id=170](http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=170)>.
- KATON, W., RUSSO, J.E., VON, K.M., LIN, E.H., LUDMAN, E. et CIECHANOWSKI, P.S. (2008). Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes, *Diabetes Care*, 31, 1155-1159. doi: 10.2337/dc08-0032.
- KATON, W., UNUTZER, J., FAN, M.Y., WILLIAMS, J.W. JR., SCHOENBAUM, M., LIN, E.H. ET HUNKELER, E.M. (2006). Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression, *Diabetes Care*, 29, 265-270, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16443871>>.
- LIN, E.H., KATON, W., RUTTER, C., SIMON, G.E., LUDMAN, E.J., VON KORFF, M. et WALKER, E. (2006). Effects of enhanced depression treatment on diabetes self-care, *Annals of Family Medicine*, 4, 46-53. doi: 10.1370/afm.423.
- LUDMAN, E.J., PETERSON, D., KATON, W., LIN, E.H., VON, K.M., CIECHANOWSKI, P. et GENSICHEN, J. (2013). Improving confidence for self-care in patients with depression and chronic illnesses, *Behavioral Medicine*, 39, 1-6. doi: 10.1080/O8964289.2012.708682.
- MEHNERT, A., BRÄHLER, E., FALLER, H., HÄRTER, M., KELLER, M., SCHULZ, H. et KOCH, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities, *American Society of Clinical Oncology*, 33, 3540-3546. doi: 10.1200/JCO.2014.56.0086.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2007). *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*. Toronto: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, <[http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework\\_full.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework_full.pdf)>.
- MOKDAD, A.H., MARKS, J.S., STROUP, D.F. et GERBERDING, J.L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000, *Journal of the American Medical Association*, 291, 1238-1245. doi: 10.1001/jama.291.10.1238.
- MOSS-MORRIS, R., MCALPINE, L., DIDSBURY, L.P. et SPENCE, M.J. (2010). A randomized controlled trial of a cognitive behavioural therapy-based self-management intervention for irritable bowel syndrome in primary care, *Psychological Medicine*, 40, 85-94. doi: 10.1017/S0033291709990195.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - OMS (2015). Maladies chroniques, Organisation mondiale de la santé, <[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)>.
- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA - PHAC (2009). *Healthy Aging in Canada: A New Vision, a Vital Investment from Evidence to Action*. Ottawa: PHAC, <[http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework\\_full.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework_full.pdf)>.
- ROMANOW, R.J. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada, <<http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>>.

- ROMANOW, R.J. et MARCHILDON, G.P. (2003). Psychological services and the future of health care in Canada, *Canadian Psychology*, 44, 283-295. doi: 10.1037/h0086954.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE (2013). *An Imperative for Change: Access to Psychological Services in Canada*. Ottawa : Société canadienne de psychologie, <[http://www.cpa.ca/docs/File/Position/An\\_Imperative\\_for\\_Change.pdf](http://www.cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf)>.
- STERNHELL, P., LANDSTRA, J. et ANDERSSON-NOORGARD, K. (2012). H2M: A GP-focused multidisciplinary team for patients living with HIV and hepatitis C, *Australasian Psychiatry*, 20, 220-224. doi: 10.1177/1039856211432477.
- SUTHERLAND, E. JR. et TULKIN, S.R. (2012). Primary care prescribing psychologists in the Indian Health Service, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19, 441-445. doi: 10.1007/s10880-012-9351-y.
- WAGNER E.H., AUSTIN, B.T., DAVIS, C., HINDMARSH, M., SCHAEFER, J. et BONOMI, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action, *Health Affairs*, 20, 64-78, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11816692>>.
- WILLIAMS, J.W. JR., KATON, W., LIN, E.H., NÖEL, P.H., WORCHEL, J., CORNELL, J. et UNÜTZER, J. (2004). The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients, *Annals of Internal Medicine*, 140, 1015-1024. doi: 10.7326/0003-4819-140-12-200406150-00012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2008). *Primary Health Care (Now More than Ever)*. Genève : World Health Organization, <<http://www.who.int/whr/2008/en/>>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO et WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS - WONCA (2008). *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*. Genève/s. l. : World Health Organization/World Organization of Family Doctors, <[http://www.who.int/mental\\_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008\\_lastversion.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf)>.





# *Chapitre 11*

## **UNE APPROCHE INTERPROFESSIONNELLE INTÉGRATIVE POUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

---

JULIE GOSSELIN  
MÉLANIE JOANISSE

L'ÉVOLUTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ NORD-AMÉRICAINS TEND À FAVORISER une vision holistique de la santé et de la prestation des services de santé. Nous remarquons également dans ce contexte un intérêt grandissant pour la santé mentale dans les soins de santé primaires (SSP). En fait, un sondage nord-américain suggère qu'un des éléments qui aura l'effet le plus important dans les dix prochaines années est l'inclusion des services de santé mentale dans les SSP, qui entraînera une augmentation de la qualité des soins et une diminution des coûts liés à la santé (Norcross, Pfund et Prochaska, 2013). Les professionnels de la santé mentale qui travaillent en SSP sont des agents de première ligne : ils gèrent la majorité des services de santé mentale communautaire présentant un degré de complexité croissante, et sont donc essentiels dans le système de santé contemporain. Ils représentent une variété impressionnante de professions : psychologues, psychiatres, infirmières psychiatriques, travailleurs sociaux et psychothérapeutes. La nature de leur travail pose plusieurs défis pour la prestation de soins de santé mentale, compte tenu de la variété et de la complexité des présentations cliniques, nécessitant le développement de pratiques professionnelles flexibles et rigoureuses. Dans cette optique, plusieurs cliniciens en viennent à favoriser une approche intégrative, qui allie une conceptualisation et des techniques issues de différents modèles de traitement basés sur des données probantes (Greben, 2004 ; Norcross, Pfund et Prochaska, 2013).

Le professionnel de la santé mentale qui travaille en SSP le fait dans un contexte particulier où priment la prise en compte des facteurs liés à la santé individuelle et communautaire, les ressources de santé disponibles et la communication interprofessionnelle. À ce niveau, nous pouvons nous référer au Expanded Chronic Care Model conçu par le gouvernement de Colombie-Britannique (Barr *et al.*, 2003). Ce modèle se veut une amélioration du Chronic Care Model développé aux États-Unis par Wagner *et al.* (1999). Il comprend les éléments suivants : la communauté, le système de soins de santé, les prestataires de soins de santé et les patients (Levesque *et al.*, 2007). Selon ce modèle, les meilleurs résultats cliniques, fonctionnels et au plan de la santé de la population proviennent d'une interaction constante et efficace entre un patient informé provenant d'une communauté engagée et une équipe de prestation de soins proactive appartenant à un réseau de services bien préparés et axé sur la prévention. Plus spécifiquement, il prend en compte les domaines d'action suivants : 1) le développement de politiques sociétales axées sur la santé des populations ; 2) la création d'environnements propices à la promotion du bien-être au sens large ; 3) l'organisation et la coordination des ressources disponibles au sein de la communauté ; 4) la conception de systèmes d'information permettant de recueillir et de générer des données provenant de la communauté et du système de soins de santé ; 5) la réorganisation de la prestation des soins de santé ; 6) le soutien aux décisions cliniques basées sur des données probantes ; et 7) le soutien à l'autogestion des individus de la communauté afin de les responsabiliser quant à leur santé.

De plus, le clinicien en SSP doit généralement effectuer son travail au sein d'une équipe de professionnels de la santé, ce qui nécessite une compréhension des champs de compétence des autres professionnels de la santé en SSP et la capacité de faire équipe pour l'amélioration de la qualité de vie d'un patient donné. Le cadre de référence national sur la compétence interprofessionnelle (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010) constitue une proposition simple et utile pour atteindre ces objectifs. Il s'agit d'une approche intégrative pour décrire les compétences requises pour une collaboration interprofessionnelle efficace. Il comprend six domaines de compétences définis par les connaissances, les habiletés et les attitudes qui forment le bon jugement essentiel à la pratique collaborative interprofessionnelle. Les six domaines de compétences incluent d'abord deux domaines principaux qui sous-tendent les autres : 1) la communication interprofessionnelle ; et 2) les soins focalisés sur le patient/client/famille/communauté. Ensuite, il existe quatre domaines intégrés à la pratique interprofessionnelle, soit : a) la clarification des rôles ; b) le fonctionnement d'équipe ; c) le leadership collaboratif ; et d) la résolution de conflits interprofessionnels. Enfin, le cadre de référence inclut trois facteurs pouvant affecter les domaines de compétences : le degré de complexité de présentation du patient, les facteurs contextuels de la pratique interprofessionnelle et l'amélioration de la qualité des services.

Dans le même esprit que ces deux modèles, l'objectif de ce chapitre est de démontrer qu'une approche intégrative en santé mentale permet une meilleure gestion et une meilleure efficacité des traitements offerts en SSP, tout en respectant les cadres de référence canadiens existants pour la pratique en soins de première ligne. Nous décrivons d'abord les différentes approches intégratives existant en santé mentale, et nous précisons les avantages d'une approche intégrative pour les services de santé mentale en SSP. Puis, nous introduisons notre modèle intégratif et interprofessionnel et nous illustrerons son utilisation par la présentation d'une courte vignette clinique. Ensuite, nous présenterons les composantes d'une planification de traitement intégratif, à l'aide de la même vignette clinique. Enfin, nous discuterons des implications de l'utilisation de ce modèle de pratique pour la recherche et la formation professionnelle.

## QU'ENTENDONS-NOUS PAR « APPROCHE INTÉGRATIVE » ?

Entre un quart et un tiers des psychologues nord-américains se présentent comme étant éclectiques ou intégratifs, c'est-à-dire adeptes de l'approche intégrative qui serait l'orientation théorique la plus commune parmi les praticiens (Norcross, 2005). Cela dit, la manière dont cette intégration s'effectue au niveau de la pratique peut prendre plusieurs formes (Norcross et Halgin, 2005). D'abord, certains cliniciens effectuent leur travail selon une seule orientation théorique, mais discriminent les patients qui pourront bénéficier de leur approche et ceux-ci bénéficieraient davantage d'une autre approche. Ces derniers sont adressés de façon systématique à des cliniciens pouvant offrir le traitement indiqué. Nous appelons cette pratique le modèle par « référence différentielle ». L'intégration se fait

donc par l'inclusion d'un réseau de professionnels de la santé appropriés pour orienter les patients que le clinicien ne traite pas. Une deuxième forme se nomme « éclectisme technique », c'est-à-dire que le clinicien focalise son attention sur la sélection des meilleures techniques et interventions, provenant de différents modèles, pour aborder les problèmes vécus par le patient. Dans ce cas, l'intégration se fait davantage du point de vue technique que du point de vue conceptuel ou théorique. Par ailleurs, l'« intégration théorique » met l'accent sur l'intégration de différentes théories, menant à l'intégration des techniques provenant de chaque modèle. Dans cette optique, l'intégration est plus proactive et systématique, afin de créer un nouveau modèle intégratif de pratique, de la conceptualisation jusqu'à la planification du traitement.

Il existe une forme alternative qui s'appelle l'« assimilation intégrative » et qui reflète une synthèse plus timide des modèles de pratique. Dans cette forme, le praticien tend à développer ses compétences professionnelles dans une orientation théorique d'abord, puis y intègre des pratiques et perspectives d'autres approches afin d'élargir son champ de pratique. Enfin, une approche « centrée sur les facteurs communs » représente une intégration des concepts centraux que les différents modèles thérapeutiques ont en commun, dans le but de créer un modèle plus parcimonieux et efficace.

## QUELS SONT LES AVANTAGES ASSOCIÉS À LA PRATIQUE INTÉGRATIVE DANS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ?

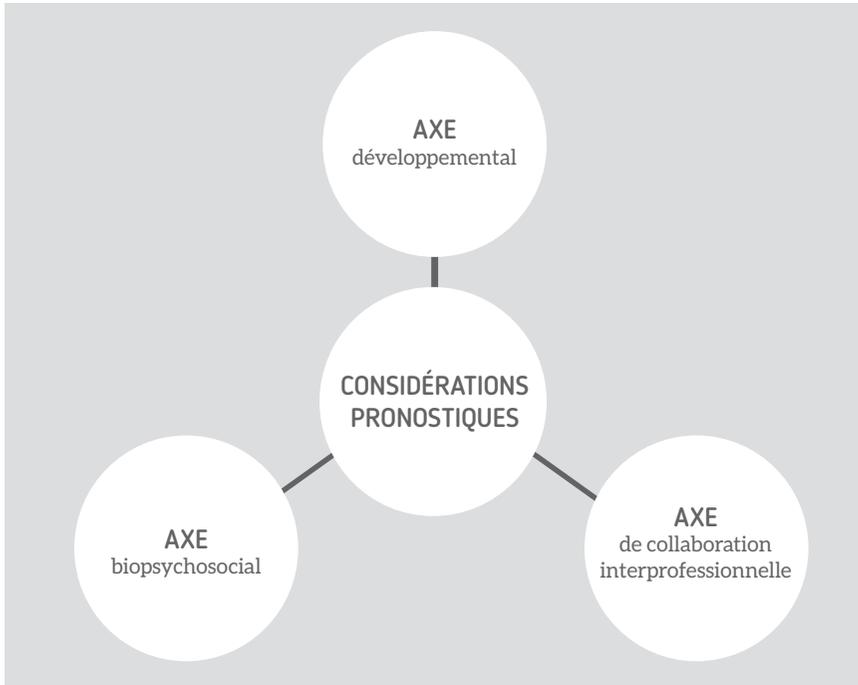
Le contexte des soins de santé primaires est stimulant de par sa cadence élevée et par la complexité des problèmes rencontrés. Or, ce jumelage entre la rapidité et la complexité peut parfois étourdir, et ce, surtout si le clinicien n'a pas une feuille de route solide qui lui permet une certaine flexibilité et une capacité d'adaptation. Les protocoles de traitement préétablis par diagnostic, bien qu'utiles, ne permettent souvent pas de cerner l'enchevêtrement des différents facteurs contribuant aux problèmes rencontrés en première ligne. La plupart du temps, les individus ayant recours aux services ont plus d'un problème de santé psychologique (p. ex. dépression et anxiété), et sont aux prises avec des problèmes de santé physique (p. ex. diabète, maladies cardiovasculaires et maladies pulmonaires). De même, en raison des ressources limitées généralement allouées aux services de première ligne, le nombre de séances est souvent restreint et ne permet pas l'implantation de plans de traitement typiques. Face à cette réalité, le clinicien peut se sentir déconcerté et démuni. Il doit fréquemment se rabattre sur son expérience clinique et sa créativité pour établir un plan de traitement qui répond aux besoins du patient et respecte les particularités du contexte des SSP. C'est pourquoi nous désirons proposer dans ce chapitre un cadre cohérent qui puisse servir de guide lors de la conceptualisation et de la sélection des interventions psychologiques dans le contexte des soins de santé de première ligne.

## UN MODÈLE INTÉGRATIF ET INTERPROFESSIONNEL POUR LA SANTÉ MENTALE EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Le modèle que nous présentons ici s'inspire à la fois d'une approche basée sur des facteurs communs et d'une intégration théorique. Celui-ci se veut utile à la majorité des professionnels de la santé mentale en SSP, quel que soit leur modèle privilégié ou le type de population desservi. Par conséquent, ce modèle représente un outil général pour la pratique professionnelle en SSP. Dans la présentation du modèle, nous tenons pour acquis que le clinicien possède déjà de bonnes compétences cliniques, tant au niveau de l'évaluation que de l'intervention, et qu'il connaît au moins une approche théorique ayant fait ses preuves empiriques. Pour une présentation détaillée des approches basées sur des données probantes utiles pour l'évaluation et l'intervention clinique, nous invitons le lecteur à consulter des ouvrages récents sur le sujet (Hunsley et Mash, 2008 ; Lambert, 2013 ; Nathan et Gorman, 2007).

Afin d'établir un modèle pertinent, nous avons cerné des balises importantes à prendre en considération lors de l'élaboration d'une feuille de route pour interventions psychologiques en SSP (figure 11.1). Premièrement, il est évident que tout cadre, pour être utile en soins de première ligne, doit refléter la complexité des problèmes rencontrés. Il doit répondre aux questions suivantes : s'agit-il d'un problème aigu ou chronique ? Ce problème est-il dû à des difficultés individuelles ou systémiques ? Y a-t-il présence de comorbidité ? Deuxièmement, le cadre doit être efficace en permettant d'établir les facteurs qui méritent d'être ciblés pour le traitement en fonction des ressources disponibles. Il doit être ancré dans les écrits scientifiques et les données probantes afin de permettre au clinicien de mobiliser les ressources au service des aspects permettant le meilleur levier de changement. Autrement dit, le cadre doit permettre de déterminer les éléments permettant le maximum de changement en utilisant un minimum de ressources financières, matérielles et humaines. Ce cadre doit également s'inscrire dans une approche positive centrée sur les forces de l'individu. Il doit pouvoir souligner non seulement les aspects problématiques ou les facteurs de risque propres à chacun, mais également les facteurs de résilience permettant de mettre à profit les forces du patient. Puis, nous avons jugé judicieux d'ajouter une facette interdisciplinaire au modèle afin de pousser le clinicien à réfléchir à l'utilité d'inclure un autre professionnel de la santé dans le plan de traitement de l'individu, et ainsi, d'optimiser le traitement. Enfin, nous avons inclus de l'information portant sur le pronostic, c'est-à-dire les caractéristiques pouvant avoir une influence sur le succès du traitement offert.

**FIGURE 11.1.** Modèle intégratif pour les services de santé mentale en soins de santé primaires



### *L'axe développemental*

D'abord, il est important de reconnaître que le patient se présente à un moment particulier dans son histoire personnelle, ce qui a un effet sur plusieurs aspects de la présentation clinique. Son âge, son passé familial, ses expériences sociales et professionnelles représentent tous des facettes pouvant avoir une incidence sur la façon dont il se perçoit et la façon dont il perçoit le monde qui l'entoure. Sa façon d'interagir avec les autres et de gérer la détresse découle également en partie de ces variables développementales. De plus, il est important d'évaluer la présence prémorbide d'antécédents de santé, tant du point de vue individuel que familial, puisque l'état de santé au sens large (incluant la santé psychologique et physique) peut contribuer au développement des problèmes présentés. Bien qu'il soit important pour le clinicien d'établir les facteurs de vulnérabilité, il semble aussi primordial de considérer la façon dont le patient conceptualise lui-même l'incidence de son histoire personnelle sur les difficultés auxquelles il fait face présentement : quel est son niveau de prise de conscience par rapport à ses propres antécédents ? Comment interprète-t-il les incidents marquants de son passé ? Comment a-t-il composé avec ses difficultés dans le passé et avec quel succès ?

## *L'axe biopsychosocial*

Ensuite, il importe d'évaluer la situation actuelle du patient d'un point de vue biopsychosocial, incluant une perspective écosystémique. Dans ce contexte, le patient est conceptualisé comme une personne aux prises avec diverses conditions de santé physique et mentale et fonctionnant dans un contexte socioéconomique et culturel donné. Ainsi, il est important d'évaluer le contexte de vie de l'individu, les ressources auxquelles il a accès dans son réseau social et dans sa communauté, et les ressources qu'il utilise présentement. De plus, il est important de noter les limites et les barrières imposées par sa condition socioéconomique et culturelle, qui pourraient entraver sa capacité à profiter du traitement offert ou limiter son recours aux services de santé. Enfin, il est important de noter les enjeux potentiels existant au plan de la diversité, en particulier dans la mesure où le patient doit composer avec des enjeux de marginalisation, d'acculturation ou de victimisation.

## *L'axe de collaboration interprofessionnelle*

Étant donné le lien bidirectionnel entre la santé physique et psychologique, les habitudes de vie du patient (p. ex. nutrition, exercice/sédentarité, tabagisme, toxicomanie et pratiques sexuelles risquées), de même que le niveau de prise en charge de ces habitudes (p. ex. autogestion tant au niveau comportemental qu'au niveau des soins), doivent faire partie de l'évaluation, et ce, surtout en raison de la prévalence de maladies chroniques en SSP. Les cliniciens doivent évaluer ces facteurs pour mieux conceptualiser la problématique présente et optimiser la coordination des soins. Le professionnel en santé mentale qui exerce ses activités en services de première ligne ne peut plus travailler en silo. Pour être efficace, il doit intégrer d'autres professionnels de la santé à son plan de traitement. L'intégration et la coordination des services devraient être reflétées dans la conceptualisation et le plan de traitement. Ainsi, le clinicien peut se poser les questions suivantes : quels autres professionnels font actuellement partie du plan de traitement ? Le patient réalise-t-il qu'il est en mesure de suivre les recommandations des autres professionnels (p. ex. est-il en mesure de faire les exercices physiques recommandés, de changer ses habitudes alimentaires, ou de prendre ses médicaments de la façon prescrite) ? Quelles sont les informations qui devraient être véhiculées aux professionnels inclus dans le cercle de soins afin d'optimiser le traitement ? Le patient bénéficierait-il de l'inclusion d'autres professionnels de la santé dans son plan de traitement ? Quelles sont les barrières à l'inclusion d'autres professionnels, tant sur le plan de l'individu (p. ex. ressources financières, motivation), que du contexte (p. ex. manque de ressources humaines ou disponibilité des professionnels) ?

## *Les considérations pronostiques*

Pour finir, le modèle implique l'intégration des informations obtenues dans les autres axes afin d'établir les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur l'efficacité du traitement choisi. Dans ce contexte, nous incluons un certain nombre de variables relevées par la recherche telles que la capacité de réflexion et d'intuition du patient, sa motivation à entamer un traitement, la présence de traits de personnalité ou de dynamiques interpersonnelles rigides, ainsi que la gravité et la complexité des problèmes relevés (Anderson, 2006 ; Di Blasi *et al.*, 2001 ; Nathan et Gorman, 2007 ; Norcross, 2011). Pris ensemble, ces différents facteurs peuvent aider à orienter le traitement à adopter pour un patient particulier.

## UNE VIGNETTE CLINIQUE

Afin de permettre au lecteur de mieux comprendre les éléments du modèle et les différents axes, nous avons développé la vignette clinique d'un patient type des soins de première ligne. Après une brève présentation du patient, nous avons repris les différents axes et ajouté les informations pertinentes à l'évaluation. Cette vignette sera également utilisée pour la planification d'un plan de traitement intégratif.

Monsieur Roger Blouin est âgé de 57 ans, il habite en milieu rural avec sa femme (55 ans) et ses deux enfants (17 et 22 ans). Depuis 25 ans, il travaille comme chef d'équipe à temps plein dans une usine de pâte à papier. Son médecin de famille l'inscrit au programme de santé mentale afin de l'aider à soulager des symptômes anxieux et dépressifs qui sont apparus à la suite de son dernier infarctus du myocarde, il y a six mois. Spécifiquement, monsieur Blouin rapporte les symptômes dépressifs suivants : humeur dépressive, anhédonie, augmentation significative de son irritabilité, difficultés de sommeil (c'est-à-dire éveils fréquents, arrêts respiratoires et sommeil peu récupérateur), perte de libido, difficultés de concentration et de mémoire. Il n'y a pas de présence d'idées suicidaires. Il mentionne également une hypervigilance de ses sensations physiques, et des épisodes de panique intense qui sont accompagnés des symptômes suivants : palpitations, pression à la poitrine, sentiment d'essoufflement, transpiration abondante, peur de mourir et crainte d'avoir un autre infarctus. Ses symptômes ont un effet délétère sur sa qualité de vie, sa performance au travail et sa relation conjugale.

### *L'axe développemental*

Lorsqu'il est interrogé sur son passé, monsieur Blouin rapporte une enfance heureuse et de bonnes relations avec ses parents et sa fratrie (quatre enfants dont il est l'aîné). Il décrit son père comme un homme plutôt distant qui exprimait peu ses émotions, un bon pourvoyeur pour sa famille et un modèle pour ses enfants. Ce dernier est décédé d'un infarctus à l'âge de 60 ans. Monsieur Blouin décrit sa mère comme ayant une nature

nerveuse, mais aussi très travaillante. Celle-ci a fait un AVC il y a deux ans et est toujours en vie. Monsieur Blouin rapporte avoir de bonnes relations avec ses collègues de travail, mais une relation plus difficile avec son superviseur. Il ressent beaucoup de pression de la part de ce dernier, et ce, depuis longtemps. Il arrive à composer avec le stress au travail en prenant un verre en fin de journée et durant la fin de semaine, en se distrayant au travail avec ses collègues et lors de sorties en famille. Monsieur Blouin présente un embonpoint qui semble plus problématique depuis les dix dernières années à la suite de sa promotion au travail. Il souffre d'hypertension et d'un taux de cholestérol élevé, et a eu un infarctus en 2005. Enfin, il présente des difficultés érectiles, dont il refuse de parler avec son médecin ou sa conjointe. Ses médicaments prescrits sont les suivants : Nitro (Spray) ; Lipitor (40 mg p.o. p.d.), Atacand (16 mg p.o. p.d.), et Celexa (20 mg p.o. p.d.).

### *L'axe biopsychosocial*

Monsieur Blouin rapporte bénéficier d'un bon soutien de la part de ses enfants et de sa conjointe. Toutefois, l'intimité dans sa relation conjugale a diminué au cours des dernières années en raison de ses difficultés érectiles. Son réseau social inclut ses collègues au travail, quelques amis d'enfance et sa famille élargie. Bien que ce réseau soit assez riche, monsieur Blouin n'a pas tendance à demander de l'aide ou à se confier aux autres. Il exprime aussi avoir l'impression que sa conjointe le surveille davantage depuis son infarctus. Elle souhaiterait qu'il travaille moins et critique sa diète, ce qui l'agace. Son emploi est exigeant, car il effectue des quarts de travail de 12 heures. Il subit aussi beaucoup de stress au travail, en particulier en raison de ses conflits avec son superviseur. Monsieur Blouin réside dans un milieu rural où il y a peu d'épiceries offrant des aliments santé, ce qui fait en sorte qu'il s'alimente mal. Monsieur Blouin rapporte aussi certains soucis financiers qui l'incitent à repousser son départ à la retraite.

### *L'axe de collaboration interprofessionnelle*

Monsieur Blouin fume un paquet de cigarettes par jour depuis plus de 30 ans. Il boit 1 à 2 verres de rhum par jour, et environ 5 à 10 bières par jour durant la fin de semaine. Il a un mode de vie sédentaire et craint de participer à des sports ou à des activités nécessitant un effort physique de peur de provoquer un autre infarctus. Il ne prend pas ses médicaments selon la posologie recommandée. Par exemple, il mentionne qu'il prend son antidépresseur au besoin et qu'il utilise sa nitro par mesure de prévention avant même d'avoir des symptômes importants. Son régime alimentaire est peu varié et peu équilibré (c'est-à-dire peu de légumes ou de légumineuses, et une grande quantité de viande rouge). Il a récemment été inscrit au programme de réadaptation cardiaque offert à sa clinique médicale, et il est suivi par un cardiologue. Enfin, il est suivi par un médecin de famille qui le connaît depuis près de 15 ans, mais rapporte que celui-ci ne lui consacre pas assez de temps lors de ses visites.

### *Les considérations pronostiques*

Monsieur Blouin semble être peu conscient du lien existant entre ses pensées, ses émotions et son comportement. Cela dit, il semble comprendre l'apport de l'infarctus dans ses difficultés présentes. Il paraît désireux d'améliorer sa condition lorsque la question lui est posée, mais ne semble pas prêt à changer certaines de ses habitudes de vie. Par conséquent, il paraît vivre un certain degré d'ambivalence face à son engagement dans un plan de traitement de santé.

## LA PLANIFICATION DE TRAITEMENT INTÉGRATIF

Une fois que les informations nécessaires ont été recueillies afin de dresser un portrait global de la situation de vie du patient et de sa capacité à s'engager dans un plan de traitement, il est possible de développer un plan de traitement intégratif et interprofessionnel. Dans ce cadre, nous pouvons regrouper les cibles de traitement potentielles en trois groupes, soit les interventions visant une augmentation de la capacité de gestion de la détresse et le développement d'une hygiène de vie saine, le développement d'un sentiment de compétence personnelle et le développement de l'efficacité interpersonnelle. Nous sommes d'avis que ces trois sphères de traitement permettent de créer un cadre inclusif, simple et concret pouvant être utile, quelle que soit l'approche théorique choisie pour le plan de traitement.

### *La gestion de la détresse et l'hygiène de vie*

Cette sphère fait référence au développement de la capacité du patient à gérer sa détresse par l'utilisation de stratégies concrètes (p. ex. exercices promulguant l'autorégulation émotionnelle, exercices de pleine conscience, activation comportementale, relaxation progressive, etc.). Celle-ci inclut aussi le développement de saines habitudes de vie au niveau de l'activité physique, de l'alimentation, du sommeil, et la participation à des activités plaisantes.

### *La compétence personnelle*

Cette sphère réfère au développement du sentiment de compétence personnelle du patient dans la gestion des tâches et des responsabilités importantes dans sa vie, ainsi que du sentiment de contrôle sur sa vie. Celle-ci pourrait inclure des interventions cognitives, comportementales ou interpersonnelles (pour n'en nommer que quelques-unes) liées au développement de l'estime de soi, de la confiance en soi ou du sentiment d'être un agent actif dans sa propre vie.

## *L'efficacité interpersonnelle*

Cette sphère fait référence au développement de l'efficacité interpersonnelle du patient dans la gestion de ses relations importantes. Des interventions liées au développement des compétences en communication, de leadership et du sentiment de compétence dans sa capacité à entretenir des relations satisfaisantes en sont des exemples.

## UNE VIGNETTE CLINIQUE

À la lumière de l'évaluation de la situation présentée par monsieur Blouin, il appert que celui-ci rapporte des symptômes typiquement associés à la dépression et à l'anxiété. Il est important de lui expliquer ce que nous comprenons de sa situation actuelle, le type de symptômes de problème de santé mentale observés durant l'évaluation et la façon dont nous pouvons l'aider à améliorer sa qualité de vie. Compte tenu de la nature de ses symptômes et de sa situation de vie, ainsi que des enjeux pronostiques, nous recommandons l'inclusion des cibles suivantes au niveau d'un plan de traitement intégratif et interprofessionnel.

### *La gestion de la détresse et l'hygiène de vie*

Afin d'aider monsieur Blouin à gérer ses symptômes dépressifs et anxieux, l'approche cognitivo-comportementale (p. ex. l'activation comportementale, la relaxation musculaire progressive, la restructuration cognitive) sera utilisée comme approche principale de traitement, conformément aux données probantes (Nathan et Gorman, 2007). Selon l'approche cognitivo-comportementale, il est important de cerner les déclencheurs externes (p. ex. conflits au travail) ou internes (p. ex. sensations physiques ressemblant à un infarctus) ainsi que les interprétations erronées qui y sont associées (p. ex. vision négative de soi engendrée par les conflits au travail ou interprétation catastrophique de ses sensations physiques) puisqu'elles ont une incidence sur les émotions (p. ex. tristesse, colère et peur), les sensations physiques (p. ex. palpitations, transpiration et essoufflement) et les comportements (p. ex. utilisation de l'alcool pour réguler les émotions inconfortables suscitées par les conflits au travail, hypervigilance des sensations physiques et diminution des activités physiques). Plus spécifiquement encore, selon Leahy, Holland et McGinn (2012) les individus ayant un trouble panique ont tendance à interpréter de façon erronée leurs sensations physiques (p. ex. « *mon poing à la poitrine doit être le signe d'un infarctus* »), ce qui se traduit par une attention accrue à ces sensations (hypervigilance) qui intensifie les sensations physiques (en raison de l'anxiété) et génère une fausse alarme (« *Ah mon dieu, je vais réellement avoir une crise cardiaque!* »). Afin de gérer ce cercle vicieux de panique, les individus en viennent à faire de l'évitement (p. ex. diminution des activités ou sorties, isolement/agoraphobie, utilisation de substances illicites) ou à chercher

des garanties sécurisantes (p. ex. aller à certains endroits accompagnés) afin de diminuer les probabilités d'apparition des épisodes de panique. Bien que ces stratégies permettent une réduction momentanée de l'anxiété, elles maintiennent l'anxiété à long terme.

De plus, une composante motivationnelle pourrait être incluse afin de développer la capacité de monsieur Blouin à s'engager dans le processus de traitement et de diminuer son ambivalence. L'entrevue motivationnelle est une approche développée afin d'aider le patient dans le développement de sa capacité à s'engager dans un processus de traitement (Skinner et Cooper, 2013). Cette approche est basée sur quatre principes. D'abord, il est important de développer un partenariat où la responsabilité du traitement est partagée entre le thérapeute et le patient. Ensuite, le clinicien doit respecter l'autonomie du patient dans la prise de décision et faire preuve de compassion pour l'expérience du patient. Enfin, au lieu de dire au patient ce qu'il doit faire, il est important d'évoquer pour lui les raisons et les valeurs à la base de son engagement envers le traitement.

Enfin, des techniques issues de la pleine conscience pourraient aussi être envisagées afin de développer sa capacité à gérer sa détresse au quotidien. La pleine conscience fait référence à un état d'acceptation intentionnelle et dépourvue de jugement envers son expérience émotive, cognitive et sensorielle, dans le moment présent (Siegel, 2009). Bien que ces principes soient issus de courants philosophiques très anciens, ils ont maintenant été intégrés au sein de différentes approches thérapeutiques telles que l'approche cognitivo-comportementale, l'approche dialectique-comportementale et l'approche basée sur l'acceptation et l'engagement (en anglais, *acceptance and commitment therapy*). De plus, l'utilisation éventuelle d'un polysomnographe sera discutée avec son médecin de famille, car le patient semble présenter plusieurs symptômes qui s'apparentent à de l'apnée du sommeil. L'influence de l'alcool sur la régulation des émotions sera abordée avec monsieur Blouin afin d'explorer avec lui la possibilité de réduire son niveau de consommation d'alcool et de déterminer si d'autres services sont appropriés pour l'aider dans cette démarche.

### ***La compétence personnelle***

Pour soutenir les efforts de monsieur Blouin en vue d'acquérir un sentiment de contrôle accru sur son état de santé, de la psychoéducation sur la prise de médicament et leurs effets si on ne les prend pas selon la posologie recommandée sera offerte. Le recours à un kinésiologue pour l'aider à développer sa capacité à faire de l'activité physique appropriée à sa situation, de même qu'à un diététiste pour l'aider à développer ses compétences au plan de ses choix alimentaires sera envisagé et discuté avec lui. La possibilité de demander à son médecin une inscription à un programme de cessation du tabac sera aussi explorée. Afin de soutenir le succès de ces différentes démarches, nous discuterons avec monsieur Blouin de l'importance de développer son sentiment de contrôle par l'entremise du développement de compétences au plan de la gestion de sa santé physique.

## *L'efficacité interpersonnelle*

Le médecin de famille de monsieur Blouin sera informé des difficultés de ce dernier à respecter la posologie de ses médicaments. La relation médecin-patient sera utilisée afin d'aider monsieur Blouin à parfaire ses compétences interpersonnelles. Plus précisément, afin de développer sa capacité à poser les questions qui lui tiennent à cœur et à obtenir une réponse satisfaisante au plan interpersonnel, nous explorerons avec lui les différentes façons dont il peut parler avec son médecin pour mieux comprendre le rôle de ses médicaments dans la gestion de sa santé. Nous l'inviterons également à parler de ses difficultés érectiles avec son médecin pour explorer les possibilités de traitement. Une intervention de type psychopédagogique afin de développer sa motivation à aborder le sujet et sa capacité à amorcer la discussion avec son médecin pourrait aussi être utile. De même, nous discuterons avec monsieur Blouin de la possibilité d'inclure sa femme dans certains aspects du traitement offert, et de la possibilité de bénéficier d'une intervention conjugale proprement dite, afin de l'aider à enrichir leur capacité à communiquer de façon authentique et à pouvoir se tourner vers son partenaire au besoin. Si ses acquis au plan interpersonnel ne se généralisent pas dans son milieu de travail, et plus spécifiquement dans sa relation avec son superviseur immédiat, cette situation interpersonnelle anxiogène pourrait être abordée afin de définir ses besoins et d'échafauder des solutions appropriées, dans le cadre d'interventions issues de l'approche interpersonnelle. L'approche interpersonnelle s'intéresse à la relation entre les interactions que le patient entretient avec son entourage et l'expérience émotionnelle du patient durant ces interactions (Weissman, Markowitz et Klerman, 2007). Son objectif est d'aider le patient à mieux gérer son vécu émotionnel et à développer ses habiletés interpersonnelles pour avoir des interactions plus satisfaisantes avec son entourage.

Enfin, il est recommandé d'obtenir un consentement éclairé de la part de monsieur Blouin pour permettre la communication entre les différents professionnels de la santé impliqués dans la gestion de sa santé. Ce consentement nous permet de nous assurer que nous sommes tous sur la même longueur d'onde afin de parvenir à une prestation de soins bien coordonnée et continue, qui ne soit pas ancrée dans un cadre rigide, mais qui fasse la promotion d'approches intégratives, multimodales et interprofessionnelles. De plus, nous recommandons qu'une évaluation des progrès effectués dans le traitement soit effectuée de façon régulière afin de déterminer le succès des interventions, d'ajuster le tir au besoin, et de permettre l'identification de nouvelles cibles de traitement potentielles qui n'auraient pas été déterminées lors de l'évaluation initiale.

## L'ARRIMAGE AVEC LES MODÈLES DE PRATIQUES INTÉGRATIVES INTERPROFESSIONNELLES CANADIENS

Il apparaît utile de situer le modèle présenté ici dans le contexte de pratique canadien. À ce niveau, nous croyons que cette feuille de route s'inscrit bien dans les modèles plus larges de prestation des soins, notamment le modèle intégré de gestion des maladies chroniques, soit le Expanded Chronic Care Model conçu par le gouvernement de Colombie-Britannique (Barr *et al.*, 2003), ainsi que le cadre de référence national sur la compétence interprofessionnelle (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). Notre propre modèle intégratif s'inscrit bien dans ces modèles plus larges de pratique professionnelle au sein du système de santé canadien de par son attention à l'état de santé général du patient, aux systèmes sociaux dans lesquels il vit, au soutien du développement de sa compétence à autogérer sa santé, et au développement d'une approche intégrant les autres professionnels de la santé dans un respect des compétences professionnelles de chacun. Ainsi, il permet l'articulation pratique des principes présentés au sein de ces modèles canadiens afin d'aider le clinicien exerçant ses activités en SSP à développer sa capacité à travailler efficacement pour son patient, dans le respect de son champ de compétence et de celui des autres professionnels de la santé.

Notons que la feuille de route présentée ici ne prétend pas enseigner au clinicien des modèles théoriques particuliers de traitement en santé mentale ni expliciter les champs de compétences propres aux différentes professions des services de première ligne. Conformément à cette analogie, nous tenons pour acquis que le clinicien possède déjà son « permis de conduire » (c'est-à-dire qu'il a atteint les standards de pratique professionnelle nécessaires pour la pratique professionnelle autonome dans sa province), mais utilise notre modèle intégratif (c'est-à-dire la feuille de route) pour planifier sa démarche au plan de l'évaluation et de la planification du traitement, et faire face aux défis qu'il pourrait rencontrer en chemin.

## LES IMPLICATIONS POUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE

La présentation de ce modèle intégratif et interprofessionnel pour la pratique de soins de santé mentale en SSP s'appuie sur un effort d'analyse et d'intégration de différents modèles théoriques de pratique en psychologie professionnelle, et de modèles développés pour la pratique professionnelle dans les soins de santé canadiens. À notre connaissance, c'est le premier modèle intégratif développé pour les services de santé mentale dans le domaine des SSP. Bien que de plus en plus de cliniciens exercent leurs activités dans ce domaine, il existe en fait bien peu de ressources conceptuelles, théoriques ou empiriques pour les guider dans leur travail (Elder et Silvers, 2009). Il apparaît donc essentiel de développer une formation propre à la pratique en SSP. Nous sommes d'avis que le modèle

présenté ici représente une feuille de route utile dans le développement de formation clinique spécialisée dans ce domaine, dans l'orientation de la supervision clinique offerte en SSP et dans le développement professionnel des praticiens travaillant en SSP.

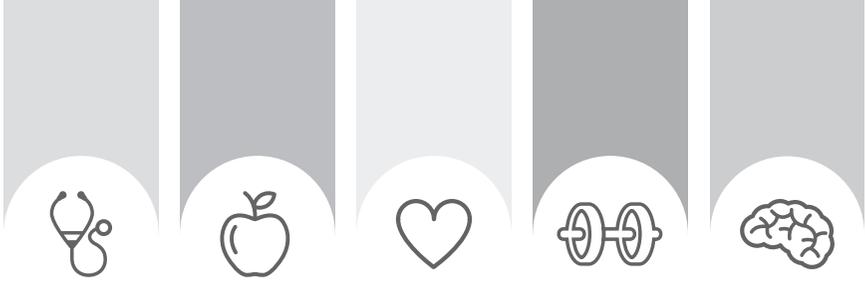
## LES IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

Compte tenu de l'apparente absence de modèle théorique développé pour la pratique en SSP, nous sommes d'avis que le modèle présenté ici représente un point de départ important dans le développement de pratiques professionnelles inspirées par la théorie et basées sur des données probantes. Afin de continuer de participer au développement de ce modèle, il importe de pouvoir évaluer son utilité sur le terrain. Il est donc nécessaire de développer davantage d'efforts de recherche dans les universités, les hôpitaux et les milieux de pratique en SSP. En effet, la santé mentale est au cœur des préoccupations en matière de réforme de la santé publique (Runyan, 2011), et le développement d'un modèle de pratique basé sur des données probantes devrait être une priorité pour la pratique de la psychologie professionnelle au Canada.

## RÉFÉRENCES

- ANDERSON, N.B. (2006). Evidence-based practice in psychology : American Psychological Association presidential task force on evidence-based practice, *American Psychologist*, 61, 271-285. doi : 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- BARR, V. JR., ROBINSON, S., MARIN-LINK, B. et AL. (2003). The expanded chronic care model : An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model, *Hospital Quarterly*, 7, 73-82. doi : 10.12927/hcq.2003.16763.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver : British Columbia University, Canadian Interprofessional Health Collaborative, <[http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf)>.
- DI BLASI, Z., HARKNESS, E., ERNST, E., GEORGIU, A. et KLEIJNEN, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes : A systematic review, *The Lancet*, 357, 757-762. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04169-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04169-6).
- ELDER, M.Q. et SILVERS, S.A. (2009). The integration of psychology into primary care : Personal perspectives and lessons learned, *Psychological Services*, 6, 68-73. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/a0014006>.
- GREBEN, D.H. (2004). Integrative dimensions of psychotherapy training, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(4), 238-248.
- HUNSLEY, J. et MASH, E.J. (2008). *A Guide to Assessments that Work*. New York : Oxford University Press.
- LAMBERT, M.J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6<sup>e</sup> éd. Hoboken : John Wiley and Sons.
- LEAHY, R.L., HOLLAND, S. et MCGINN, L. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Anxiety and Depression*, 2<sup>e</sup> éd. New York : Guilford Press.

- LEVESQUE, J.-F., FELDMAN, D., DUFRESNE, C., BERGERON, P. et PINARD, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec: barrières et éléments facilitants*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique, Institut national de santé publique du Québec, <<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/724-MaladiesChroniques.pdf>>.
- NATHAN, P.E. et GORMAN, J.M. (2007). *A Guide to Treatments that Work*, 3<sup>e</sup> éd. New York : Oxford University Press.
- NORCROSS, J.C. (2005). A primer on psychotherapy integration, dans J.C. Norcross et M.R. Goldfried (dir.), *Handbook of psychotherapy integration*, 2<sup>e</sup> éd. New York : Oxford University Press.
- NORCROSS, J.C. (2011). *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness*, 2<sup>e</sup> éd. New York : Oxford University Press.
- NORCROSS, J.C. et HALGIN, R.P. (2005). Training in psychotherapy integration, dans J.C. Norcross et M.R. Goldfried (dir.), *Handbook of Psychotherapy Integration*, 2<sup>e</sup> éd. (p. 439-458). New York : Oxford University Press.
- NORCROSS, J.C., PFUND, R.A. et PROCHASKA, J.O. (2013). Psychotherapy in 2022 : A Delphi poll of its future, *Professional Psychology : Research and Practice*, 44, octobre, 363-370. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/a0034633>.
- RUNYAN, C.N. (2011). Psychology can be indispensable to health care reform and the patient-centered medical home, *Psychological Services*, 8, 53-68. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/a0023454>.
- SIEGEL, R. (2009). *The Mindfulness Solution : Everyday Practices for Everyday Problems*. New York : Guilford Press.
- SKINNER, W. et COOPER, C. (2013). *Motivational Interviewing for Concurrent Disorders*. New York : W.W. Norton & Company.
- WAGNER, E.H., DAVIS, C., SCHAEFER, J., MICHAEL, V.K. et AUSTIN, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs : Are they consistent with the literature ?, *Managed Care Quarterly*, 7(3), été, 56-66.
- WEISSMAN, M.M., MARKOWITZ, J.C. et KLERMAN, G.L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York : Oxford University Press.



# Chapitre 12

## QUI, QUAND ET COMMENT ?

Des mesures utiles pour les services  
de santé mentale en contexte de soins  
de santé primaires

---

MÉLANIE JOANISSE  
VERONICA ASGARY-EDEN  
MONIC GALLIEN

IL Y A UN ENGOUEMENT, TANT SUR LE PLAN CANADIEN QU'INTERNATIONAL, à implanter des systèmes de mesure des résultats des traitements en santé mentale qui offrent une rétroaction continue et utile, tant pour le clinicien que pour le patient (Overington et Ionita, 2012). De fait, plusieurs auteurs ont soulevé l'importance d'inclure des mesures objectives de l'évolution du traitement, puisqu'il a été observé que les cliniciens sont souvent eux-mêmes de piètres estimateurs de l'amélioration (ou de la détérioration) de l'état de leurs patients (voir Lambert, 2013) et ont tendance à surestimer l'efficacité de leur interventions (Walfish *et al.*, 2012). L'inclusion de ces mesures semble d'autant plus primordiale dans le contexte de soins de santé primaires (SSP). En effet, mesurer le progrès thérapeutique est important d'un point de vue clinique afin de s'assurer d'offrir un traitement efficace qui répond aux besoins du patient, mais également d'un point de vue administratif (Lambert, 2013). Il est vrai que la qualité du service offert aux patients doit toujours être la raison principale de la collecte de données. Toutefois, la réalité est que, pour la majorité des cliniciens qui travaillent en services de première ligne, les entités ministérielles et administratives des différents paliers requièrent des informations sur les résultats afin d'allouer des fonds et de planifier les services. Ainsi, le clinicien devrait avoir dans sa boîte à outils des mesures lui permettant d'évaluer efficacement le progrès de ses interventions d'un point de vue global et également en fonction des divers symptômes présentés.

Dans le cadre de ce chapitre, plutôt que de répertorier toutes les mesures existantes, nous avons tenté de cibler les mesures pertinentes au contexte de première ligne. En premier lieu, nous présenterons des mesures « générales », c'est-à-dire qui ne sont pas liées à un diagnostic ou à une problématique particulière, et qui permettent d'évaluer l'efficacité des interventions et l'état du patient. Puis, nous présenterons des mesures particulières axées sur certains problèmes de santé mentale, mesures qui peuvent être utilisées tant pour le dépistage que pour le suivi des progrès du patient. Pour ces mesures, nous avons misé sur les troubles de l'anxiété et de l'humeur, deux problèmes courants en contexte de première ligne, qui sont souvent sous-diagnostiqués et sous-traités. À titre d'exemple, l'Association canadienne des troubles anxieux (2003) révèle que moins de 50 % des individus souffrant d'un trouble anxieux sont diagnostiqués ainsi par leur médecin de famille. L'étude de Vermani, Marcus et Katzman (2011) semble suggérer que ce taux serait même plus élevé. Dans le même ordre d'idées, environ 37 % des patients en SSP qui présentent des symptômes dépressifs sévères ne reçoivent pas de traitement psychologique ou pharmacologique approprié (Shim *et al.*, 2011). En conséquence, il est primordial que les cliniciens soient mieux outillés quant à ces problèmes.

Afin de faciliter la présentation d'information et d'alléger le texte, nous avons conçu des tableaux récapitulatifs pour chacune des mesures. Ces tableaux sont numérotés de 1 à 12 et permettent au lecteur d'obtenir rapidement des informations clés sur chacune des mesures (p. ex. disponibilité d'une version abrégée ou non, populations pour lesquelles l'outil

a été validé, disponibilité d'une version française ou non, propriétés psychométriques, ainsi qu'avantages et désavantages de l'outil). Des références pertinentes aux mesures et aux informations présentées dans les tableaux se retrouvent à l'annexe 12.1.

Bref, ce chapitre présente un survol rapide des outils disponibles afin d'aider le clinicien ou l'administrateur à prendre des décisions quant au choix des mesures à utiliser en contexte de première ligne. Nous encourageons néanmoins le lecteur à se familiariser avec d'autres ouvrages qui permettent de compléter l'information présentée ci-dessous (voir, entre autres, Hunsley et Mash, 2008 ; Maruish, 2000 ; Ordre des psychologues du Québec, 2012 ; Overington et Ionita, 2012).

## QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DES MESURES EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ?

Avant de discuter des différentes mesures, il semble primordial d'établir ce qui rend une mesure « pertinente » au contexte des SSP. Tout d'abord, les mesures utilisées doivent être les plus inclusives possible, c'est-à-dire pouvoir être utilisées avec toutes sortes d'individus et par des cliniciens de disciplines différentes. Elles doivent aussi être pratiques et faciles d'utilisation, tant sur le plan de la passation que de la cotation. Les résultats qui en découlent doivent être cliniquement significatifs (c'est-à-dire que le changement observé quant au score global reflète un changement notable dans la vie du patient). Plus précisément, les mesures donnant simplement un score pré- et post-traitement n'étant pas ancré dans une norme avec groupe de référence, index de changement ou point de coupure ne sont guère utiles. Les mesures choisies doivent également être basées sur la recherche et démontrer de bonnes propriétés psychométriques, c'est-à-dire être valides (mesurer effectivement les phénomènes pour lesquels elles ont été développées), et fidèles (stables dans le temps). Enfin, puisque les ressources financières sont souvent limitées en contexte de première ligne, il est préférable d'utiliser des mesures peu coûteuses (p. ex. droits d'auteur, logiciels permettant la passation et la cotation) et ayant une bonne validité apparente pour le patient.

En plus de tenir compte de ces critères dans la sélection et l'inclusion des mesures présentées dans ce chapitre, il est important de noter que ces mesures sont toutes des mesures autorapportées qui décrivent l'expérience subjective du patient. De plus, les mesures présentées permettent soit l'évaluation de l'efficacité des interventions, soit le dépistage de difficultés particulières (ou les deux), mais elles ne sont pas des mesures diagnostiques. Elles devraient être utilisées pour guider les décisions quant au diagnostic, mais ne sont pas suffisantes pour établir la présence ou non d'un diagnostic particulier.

# LES MESURES GÉNÉRALES

## Outcome Questionnaire (OQ-45.2; La mesure d'impact)

Cet outil de 45 questions a été développé afin de mesurer l'état du client au fil du traitement (c'est-à-dire avant, pendant et après le traitement). Il évalue trois domaines : 1) la détresse symptomatique qui comprend des symptômes intrapsychiques associés à divers problèmes psychologiques, surtout les symptômes dépressifs et anxieux ; 2) les relations interpersonnelles qui incluent des variables telles que l'isolement et les difficultés interpersonnelles ; et 3) le fonctionnement au sein des rôles sociaux qui comprend, entre autres, la satisfaction au travail et aux études (Lambert, Burlingame *et al.*, 1996 ; Wells *et al.*, 1996). Le score global permet de classer l'état du patient dans l'étendue clinique ou non. Une diminution de 14 points d'un score global à l'autre (c'est-à-dire d'une administration à l'autre) constitue un changement significatif sur le plan clinique. Des totaux pour chacune des sous-échelles peuvent être calculés. Les résultats sont aussi comparés afin de classer l'individu dans l'une ou l'autre des catégories suivantes : rétablissement, amélioration, détérioration ou aucun changement (Lambert, Hansen et Harmon, 2010 ; Lambert, Morton *et al.*, 2004 ; Lambert, Okiishi *et al.*, 1998). Le temps de passation est de 3 à 5 minutes (OQ Measures, 2014). Or, selon notre expérience clinique, les clients prennent plus de temps pour remplir ce questionnaire (p. ex. de 5 à 15 minutes), surtout lors des premières administrations (tableau 12.1).

**TABLEAU 12.1.** Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
OQ-10.2	<input type="checkbox"/> Enfants	<input checked="" type="checkbox"/> Français	> Frais d'utilisation
OQ-30.2	<input type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input checked="" type="checkbox"/> Adultes âgés	<input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Autres	> Achat auprès de l'éditeur ( <a href="http://www.oqmeasures.com/">http://www.oqmeasures.com/</a> )

### Propriétés psychométriques

#### Validité

- > Validité concurrente modérée à élevée avec mesures utilisées pour dépression, anxiété et rôles sociaux (p. ex. BDI,  $r = 0,80$ )

#### Fidélité

- > Cohérence interne ( $\alpha = 0,93$ ) ; Test-retest après 3 semaines ( $r = 0,84$ )

### Version française

FLYNN, R.J., AUBRY, T.D., GUINDON, S., TARDIF, L., VIAU, M. et GALLANT, A. (2003). Validation d'une version française abrégée du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique, *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Facilite le partage de l'information entre différents professionnels car facile à utiliser et à comprendre;</li> <li>&gt; L'outil comporte 5 questions critiques pouvant dépister la présence de toxicomanie, de risques suicidaires et de violence permettant d'orienter les séances et de guider les interventions;</li> <li>&gt; Offert en format électronique (Logiciel OQ-Analyst), ce qui facilite l'administration, la cotation et la comparaison des résultats;</li> <li>&gt; Le logiciel OQ-Analyst produit des rapports en quelques secondes et des graphiques pertinents;</li> <li>&gt; Index de changement et de fonctionnement peuvent être dérivés de l'outil;</li> <li>&gt; Peut obtenir de l'information sur le nombre de rencontres estimées (dosage) et le pronostic;</li> <li>&gt; Permet de comparer les résultats du patient à une trajectoire dosage-réponse prédite; informe sur la progression des services et donne des recommandations au clinicien (p. ex. considérer cessation des services);</li> <li>&gt; Les propriétés psychométriques de cette traduction ont fait l'objet d'une analyse subséquente (voir Savard, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Passation à chaque séance peut être difficile avec certains patients;</li> <li>&gt; La cotation peut être longue si le clinicien n'a pas le logiciel informatique;</li> <li>&gt; Frais d'utilisation et pour le soutien technique;</li> <li>&gt; Étude ne semble pas confirmer que cet outil mesure 3 facteurs;</li> <li>&gt; Pourrait y avoir un biais test-retest (<i>retest artefact</i>);</li> <li>&gt; Entre la première et la deuxième administration du questionnaire, il semble y avoir une baisse cliniquement significative, puis les scores se stabilisent;</li> <li>&gt; Certaines questions peuvent ne pas être pertinentes pour les adultes âgés et influencer les résultats (p. ex. les questions liées au travail, aux études et aux relations sexuelles sont souvent omises par ces patients);</li> <li>&gt; Certains auteurs recommandent de changer le point de coupure pour les adultes âgés de 54 ans (vs 64 ans) afin d'avoir une mesure plus spécifique et sensible.</li> </ul>

### **Outcome Rating Scale (ORS ; Échelle d'évaluation des résultats)**

Miller et Duncan (2004 [2002]) ont conçu cette mesure de quatre questions puisqu'ils désiraient un instrument basé sur les mêmes dimensions que le OQ-45.2, mais qui soit en mesure de pallier certains des inconvénients de ce dernier (p. ex. temps d'administration, non-pertinence de certaines questions en fonction des clients ou du contexte) (voir Miller *et al.*, 2003). L'ORS est composé de quatre questions globales qui évaluent le bien-être individuel, les relations interpersonnelles, le fonctionnement social et le bien-être général. Cette mesure fait partie d'un plus grand ensemble de mesures nommé le Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) qui comprend également l'Échelle d'évaluation des séances (Session Rating Scale ; SRS). L'ORS est généralement utilisé en début de séance, tandis que le SRS est rempli à la fin de la rencontre puisqu'il

évalue la qualité de l’alliance thérapeutique et explore le degré d’entente entre le clinicien et le patient sur l’approche thérapeutique utilisée, les objectifs thérapeutiques, les sujets de discussion et la satisfaction générale relative à la rencontre (Duncan *et al.*, 2003). Contrairement aux autres mesures présentées, l’ORS n’utilise pas une échelle de Likert, mais bien une échelle visuelle analogue (c’est-à-dire un trait de 10 cm) qui représente un continuum de réponses. Le patient n’a qu’à faire une croix sur l’étendue à l’endroit qui correspond le mieux à sa réponse. Cette mesure prend environ 2 minutes. Selon notre expérience clinique, l’échelle visuelle analogue peut être difficile à comprendre pour certains patients qui n’ont pas l’habitude de voir de telles échelles. Ainsi, le temps de passation peut être plus élevé (tableau 12.2).

**TABLEAU 12.2.** Outcome Rating Scale (ORS)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
Non	<input checked="" type="checkbox"/> Enfants <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Adultes âgés	? Français <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Néerlandais	> Gratuit si le clinicien utilise pour son usage personnel seulement, sinon, frais pour utilisation. > Frais d'utilisation pour l'utilisation d'un réseau (client-serveur). > < <a href="http://scott-d-miller-ph-d.myshopify.com/">http://scott-d-miller-ph-d.myshopify.com/</a> >
<b>Propriétés psychométriques</b>			
<b>Validité</b>			
> Validité concurrente modérée avec le OQ-45.2 ( $r = 0,59$ ) et modérée à élevée avec des mesures d'estime de soi, d'efficacité personnelle et de qualité de vie			
<b>Fidélité</b>			
> Cohérence interne ( $\alpha = 0,93$ ); Test-retest ( $r = 0,66$ après la 2 <sup>e</sup> administration et $r = 0,58$ après la 3 <sup>e</sup> administration)			
<b>Version française</b>			
La traduction française a été effectuée par François Simard et John Deltour (noms inclus sur les mesures envoyées à la suite de l'achat/demande).			

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Le plus succinct des instruments d'évaluation des résultats;</li> <li>&gt; Présence de normes afin de comparer les résultats du patient à une population clinique ou non clinique;</li> <li>&gt; Formulaire adaptés pour les enfants et les groupes;</li> <li>&gt; Rapports et graphiques peuvent être générés en utilisant Fit-Outcomes (&lt;<a href="https://www.fit-outcomes.com/">https://www.fit-outcomes.com/</a>&gt;);</li> <li>&gt; Possibilité de faire partie du Center for Clinical Excellence qui regroupe cliniciens et chercheurs internationaux;</li> <li>&gt; Plusieurs manuels disponibles pouvant aider l'utilisation et l'implantation de cette mesure (<i>FIT manuals</i>);</li> <li>&gt; Le système OpenFIT peut être utilisé avec les dossiers électroniques existants des patients.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Difficile d'établir si les traductions ont été validées;</li> <li>&gt; L'échelle analogue peut être difficile d'utilisation pour certains patients;</li> <li>&gt; L'outil donne de l'information très globale; ne permet pas de recueillir certaines informations pertinentes qui pourraient l'être par des mesures plus longues et spécifiques;</li> <li>&gt; Fidélité test-retest plus faible que les autres mesures des résultats (possiblement en raison du plus petit nombre d'items);</li> <li>&gt; Nous avons trouvé peu d'études qui explorent la validité concurrente avec d'autres mesures, tels BDI-II, BAI ou autres.</li> <li>&gt; Il n'est pas clair si la traduction française a été validée ou pas.</li> </ul>

### ***Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)***

Cet outil de 34 questions a été développé par le Core System Group (1998) afin de mesurer les changements de l'état psychologique du patient avant et après le traitement. Il évalue quatre domaines : 1) le bien-être général (p. ex. sentiment d'être dépassé par les événements et espoir); 2) les symptômes psychologiques (p. ex. symptômes dépressifs et anxieux); 3) le fonctionnement interpersonnel et social (p. ex. niveau de soutien et difficultés interpersonnelles); et 4) les comportements à risque envers soi et les autres (p. ex. violence, risques suicidaires et automutilation). Des points de coupure (pour hommes et femmes) existent pour le score global et chacune des dimensions afin d'établir si le niveau de détresse se retrouve dans l'étendue clinique ou non. Un changement de 5 points reflète un changement significatif sur le plan clinique. Une fois la cotation établie, le clinicien peut déterminer si le niveau de détresse est faible, léger, modéré ou grave (voir Barkham *et al.*, 2010). Cette mesure s'insère au sein d'un plus vaste ensemble de questionnaires, le CORE System, qui comprend aussi des documents avant et après le traitement à remplir par le clinicien. Ces questionnaires recueillent des données pertinentes pouvant faciliter l'évaluation du traitement, l'évaluation de programmes ou l'établissement de mesures de performance (p. ex. temps d'attente, rétention et assiduité) (tableau 12.3).

**TABLEAU 12.3.** Clinical Outcome in Routine Evaluation (CORE)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
CORE-5	<input type="checkbox"/> Enfants	? Français	> Gratuit si clinicien utilise format papier.
CORE-10	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescents	<input checked="" type="checkbox"/> Anglais	> Frais d'utilisation pour le logiciel informatique PC ou l'utilisation d'un réseau (client-serveur).
CORE-18 (A et B)	<input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input checked="" type="checkbox"/> Adultes âgés	<input checked="" type="checkbox"/> Autres	> Communication avec Core System Trust en ligne pour outil (< <a href="http://www.coreims.co.uk/copyright.pdf">http://www.coreims.co.uk/copyright.pdf</a> >).

**Propriétés psychométriques**

**Validité**

- > Validité concurrente modérée à élevée avec mesures communément utilisées pour évaluer la dépression (p. ex. BDI-II ; Hamilton Rating Scale of Depression)

**Fidélité**

- > Cohérence interne ( $\alpha = 0,93$  pour les soins de santé primaires) ; Test-retest après 1 mois ( $r = 0,88$ ), après 2 mois ( $r = 0,81$ )

**Version française**

Au moment d'écrire ces lignes, il était impossible d'avoir plus d'information sur la version française en cours de développement.

**Avantages**

- > Présence de normes afin de comparer les résultats du patient à une population clinique ou non clinique ;
- > Les données normatives de la population clinique incluent des pratiques en SSP ;
- > Questionnaires adaptés à la famille et aux individus ayant des difficultés d'apprentissage ;
- > Facilite le partage de l'information entre différents professionnels ;
- > Peut évaluer si le changement est cliniquement significatif ou non en comparant avec point de coupure ;
- > Le score global permet de classer le degré de gravité ;
- > Deux versions de 18 questions, ce qui peut diminuer l'effet mémoire et sembler moins redondant pour le patient ;
- > Offert en format électronique et des ajouts peuvent être générés si le clinicien utilise CORE System ;

**Inconvénients**

- > Difficile d'établir si les traductions ont été validées ;
- > Contrairement au OQ-45.2 ne fournit pas un index de changement aussi facile à utiliser d'une rencontre à l'autre ;
- > Données normatives initiales comprenaient peu d'adultes âgés, l'étude subséquente avec population âgée recommande un point de coupure différent ;
- > Frais d'utilisation électronique et frais liés au soutien technique ;
- > CORE Information Management Systems détient les droits pour l'intégration au sein d'autres logiciels ;
- > Doit s'assurer que tous les cliniciens de la même pratique utilisent les formulaires de façon standardisée et cohérente, sinon difficile d'utiliser les données à des fins d'audit. Demande une bonne coordination des services et un monitoring constant de l'implantation ;

- > Lecture optique disponible;
- > Donne la possibilité de contribuer à une banque de données qui compare les données recueillies sur différents sites et contextes/analyses comparatives possibles (*benchmarking*);
- > Possibilité de contribuer à un réseau comprenant une pluralité de chercheurs et de cliniciens;
- > Utile pour l'évaluation du programme ou l'assurance de la qualité.
- > Certains patients pourraient avoir un problème avec le fait que leurs données sont centralisées dans une banque de données plus large gérée par le Psychological Therapies Research Centre de l'Université de Leeds si leur questionnaire est coté par CORE System Group.

## LES MESURES DE L'ANXIÉTÉ ET DE L'HUMEUR

### *Beck Anxiety Inventory (BAI; Inventaire d'anxiété de Beck)*

Cet outil comprend 21 questions portant sur la présence et l'intensité de certains symptômes anxieux au cours de la dernière semaine. Il mesure autant les symptômes cognitifs que les symptômes physiques d'anxiété. Il s'utilise très bien en combinaison avec le Beck Depression Inventory décrit plus loin. Il existe une version abrégée de ce questionnaire, soit le Beck Anxiety Inventory – Primary Care (aussi connu sous le nom de Beck Anxiety Inventory – Fast Screen) (Mori *et al.*, 2003). Cette mesure est composée de sept questions tirées du BAI original. Cet outil de dépistage évalue l'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique. Le score total permet de classer l'anxiété du patient selon les normes suivantes : minimale, légère, modérée ou grave (tableau 12.4).

**TABLEAU 12.4.** Beck Anxiety Inventory (BAI)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
BAI-PC	<input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input checked="" type="checkbox"/> Adultes âgés	<input checked="" type="checkbox"/> Français <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Frais d'utilisation</li> <li>&gt; Achat auprès de l'éditeur (&lt;<a href="http://www.pearsonclinical.com">http://www.pearsonclinical.com</a>&gt;)</li> </ul>

#### Propriétés psychométriques

##### Validité

- > Validité concurrente modérée avec la Hamilton Anxiety Rating Scale ( $r = 0,51$ )

##### Fidélité

- > Cohérence interne ( $\alpha = 0,92$ ); Test-retest après 1 semaine ( $r = 0,75$ )

(suite)

**TABLEAU 12.4.** Beck Anxiety Inventory (BAI) (suite)

Version française	
<p>FREESTON, M.H., LADOUCEUR, R., THIBODEAU, N. et GAGNON, F. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française/The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation, <i>L'Encéphale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique</i>, 20(1), 47-55.</p>	
Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Facile et rapide à administrer;</li> <li>&gt; La cotation est rapide;</li> <li>&gt; Vastement utilisé en pratique clinique ainsi qu'en recherche;</li> <li>&gt; Bonnes propriétés psychométriques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Accent sur les symptômes physiques; les symptômes cognitifs et émotionnels sont moins représentés;</li> <li>&gt; Frais associés à l'utilisation et l'achat se fait uniquement auprès de l'éditeur;</li> <li>&gt; Étant donné la version BAI-PC, la version originale peut être considérée comme désuète.</li> </ul>

### Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI)

Ce questionnaire de 18 questions porte sur le trouble d'anxiété généralisée (Argyropoulos *et al.*, 2007). Il comprend trois sous-échelles, soit l'échelle cognitive, l'échelle somatique et l'échelle du sommeil (tableau 12.5).

**TABLEAU 12.5.** Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
Non	<input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Adultes âgés	<input type="checkbox"/> Français <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Gratuit</li> <li>&gt; Outil disponible au sein de l'article scientifique (Argyropoulos <i>et al.</i>, 2007)</li> </ul>

### Propriétés psychométriques

- Validité**
- > Validité concurrente modérée à élevée avec d'autres mesures de l'anxiété (p. ex. GAD-7 corrélation oscillant entre  $r = 0,55$  et  $r = 0,84$ )
- Fidélité**
- > Cohérence interne ( $\alpha = 0,84$  à  $0,94$  selon les études); Test-retest non disponible

### Version française

Au moment d'écrire ces lignes, il n'existe pas de version française de cet outil.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Validation récente (2014) auprès de la population canadienne;</li> <li>&gt; Outil rapide à administrer et facile à coter;</li> <li>&gt; Permet d'avoir de l'information sur trois échelles (cognitive, somatique et sommeil), ce qui peut faciliter l'orientation du traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Disponible en anglais seulement et difficile d'accès;</li> <li>&gt; Questionnaire récent, donc très peu d'études disponibles;</li> <li>&gt; Les questions de cet outil sont basées sur les critères diagnostiques du DSM-IV et il n'existe pour le moment aucune version à jour avec les critères diagnostiques du DSM-5;</li> <li>&gt; Puisqu'il y a très peu d'études, certaines propriétés psychométriques n'ont pas été mesurées.</li> </ul>

## GAD-7

Comme pour le GADI, cet outil porte sur le trouble d'anxiété généralisée. C'est un outil de dépistage composé de sept questions utilisées afin de déterminer la gravité d'un trouble d'anxiété généralisée. Il fait également partie de l'instrument intitulé Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) développé pour évaluer cinq troubles psychiatriques courants dans le contexte des SSP, soit les troubles de l'humeur, les troubles d'anxiété, les troubles somatoformes, l'abus d'alcool et les troubles alimentaires (Kroenke et Spitzer, 2002). Il semble être un bon indicateur d'invalidité puisqu'il corrèle fortement avec la World Health Organization Disability Scale (Ruiz *et al.*, 2011) (tableau 12.6).

TABLEAU 12.6. GAD-7

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
Non	<input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input checked="" type="checkbox"/> Adultes âgés	? Français <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Gratuit</li> <li>&gt; Disponible en ligne (&lt;<a href="http://phqscreeners.com/">http://phqscreeners.com/</a>&gt;)</li> </ul>
<b>Propriétés psychométriques</b>			
<b>Validité</b>			
> Validité concurrente élevée avec la Hamilton Anxiety Scale ( $r = 0,85$ )			
<b>Fidélité</b>			
> Cohérence interne ( $\alpha = 0,92$ ); Test-retest ( $r = 0,83$ )			
<b>Version française</b>			
Il existe une version française de ce questionnaire. Cependant, au moment d'écrire ces lignes, aucune étude de validation de cette traduction n'a été répertoriée.			

(suite)

**TABLEAU 12.6.** GAD-7 (suite)

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Validé dans le contexte des SSP;</li> <li>&gt; Très rapide et facile d'accès (disponible en ligne);</li> <li>&gt; Fait partie de l'instrument Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), il se combine donc bien avec plusieurs autres mesures de dépistage;</li> <li>&gt; Peut aider à identifier les individus considérés comme de « grands consommateurs » de soins de santé puisqu'il permet de faire le lien entre la gravité des symptômes du trouble d'anxiété généralisée, le degré d'incapacité de l'individu et l'utilisation accrue des soins de santé. Il peut ainsi contribuer à une meilleure utilisation des ressources, en permettant d'identifier rapidement ces individus, et de les diriger vers les services nécessaires (c'est-à-dire suivis en psychothérapie).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Bien qu'il y ait eu peu de changement dans la version DSM-5 en ce qui concerne le trouble d'anxiété généralisée, les questions de cet outil sont basées sur les critères diagnostiques du DSM-IV;</li> <li>&gt; Étant donné que les questions ne portent que sur les critères diagnostiques, il est très important pour le clinicien de tenir compte des informations recueillies lors de l'entrevue clinique;</li> <li>&gt; Bien qu'il existe une version française, cette dernière ne semble pas avoir été validée.</li> </ul>

### Primary Care PTSD (PC-PTSD)

Les quatre questions du PC-PTSD correspondent aux quatre facteurs propres à l'état de stress post-traumatique et ne peuvent être confondus avec la détresse psychologique globale (Foa, Riggs et Gershuny, 1995), soit les intrusions, l'évitement, l'hypervigilance et la dissociation. Les patients répondent oui ou non aux questions (tableau 12.7).

**TABLEAU 12.7.** Primary Care PTSD (PC-PTSD)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
Non	<input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Adultes âgés	<input type="checkbox"/> Français <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Gratuit</li> <li>&gt; Disponible en ligne (&lt;<a href="http://www.ptsd.va.gov">www.ptsd.va.gov</a>&gt;)</li> </ul>

#### Propriétés psychométriques

##### Validité

- > Démontre bonne spécificité et sensibilité

##### Fidélité

- > Cohérence interne non disponible; Test-retest après 1 mois (r = 0,83)

##### Version française

Au moment d'écrire ces lignes, il n'existe pas de version française de cet outil.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Propre aux SSP;</li> <li>&gt; Très rapide à remplir et facile d'accès (disponible en ligne).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Disponible en anglais seulement;</li> <li>&gt; Certaines propriétés psychométriques importantes ne sont pas disponibles.</li> </ul>

## Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

Cet outil de dépistage de 20 questions est largement utilisé pour l'évaluation de l'anxiété chez les adultes âgés (Johnco et al., 2014). Il a été créé assez récemment, donc il existe peu d'études à son sujet (tableau 12.8).

**TABLEAU 12.8.** Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
GAI-SF	<input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adolescents <input type="checkbox"/> Adultes <input checked="" type="checkbox"/> Adultes âgés	? Français <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Gratuit pour l'enseignement, la formation et la recherche</li> <li>&gt; Frais d'utilisation pour un usage clinique</li> <li>&gt; Disponible en ligne (&lt;<a href="http://gai.net.au/">http://gai.net.au/</a>&gt;)</li> </ul>

### Propriétés psychométriques

#### Validité

- > Validité concurrente élevée avec le Penn State Worry Questionnaire ( $r = 0,78$ )

#### Fidélité

- > Cohérence interne ( $\alpha =$  entre 0,91 et 0,93); Test-retest après 1 semaine ( $r = 0,91$ )

### Version française

Il existe une version française de ce questionnaire. Cependant, au moment d'écrire ces lignes, aucune étude de validation de cette traduction n'a été répertoriée.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Simple à administrer et cotation rapide;</li> <li>&gt; Facile d'accès;</li> <li>&gt; Validation auprès de la population canadienne et francophone.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Non validé dans le contexte des SSP;</li> <li>&gt; Frais d'utilisation associés à l'utilisation de cet outil dans un contexte clinique (mais gratuit pour l'enseignement, la formation et la recherche).</li> </ul>

## D'autres mesures de l'anxiété

Deux autres mesures sont souvent citées comme mesures de dépistage des troubles anxieux, soit le Social Phobia Questionnaire et l'Autonomic Nervous System Questionnaire. Ces outils ne seront cependant pas décrits en détail puisque la qualité rapportée des propriétés psychométriques varie grandement d'une étude à l'autre et que peu d'études

sont disponibles. Il semblait tout de même important de les mentionner puisque les deux outils ont été développés spécifiquement pour l'utilisation en contexte de première ligne (Stein, McQuaid *et al.*, 1999 ; Stein, Roy-Byrne *et al.*, 1999).

**Beck Depression Inventory (BDI-II ; Inventaire de dépression de Beck)**

Cet outil de 21 questions a été développé pour mesurer la gravité des symptômes dépressifs chez les patients âgés de 13 ans et plus (Beck, Steer et Brown, 1996). Il mesure les symptômes physiques, végétatifs, cognitifs et affectifs présents au cours des deux dernières semaines. Il existe également une mesure adaptée pour les patients ayant des troubles d'abus de substance ainsi que des maladies physiques (Beck, Steer et Brown, 2000), soit le Beck Depression Inventory - Fast Screen for Medical Patients (BDI-FS). Cet outil, anciennement connu sous le nom de BDI-Primary Care, comprend sept questions provenant du BDI-II qui touchent les symptômes cognitifs et affectifs. Le BDI-FS exclut certains symptômes somatiques qu'on trouve chez le BDI-II puisque ces symptômes pourraient prêter à confusion chez les individus ayant une maladie physique. La mesure a été validée auprès des patients hospitalisés pour des problèmes physiques qui ont été envoyés pour une consultation psychiatrique, ainsi qu'auprès de patients provenant des soins ambulatoires de médecine interne et des SSP (Beck, Steer et Brown, 2000). Des normes permettent de déterminer si les symptômes dépressifs sont faibles, légers, modérés ou graves (tableau 12.9).

**TABLEAU 12.9.** Beck Depression Inventory (BDI)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
BDI-Fast Screen	<input type="checkbox"/> Enfants	<input checked="" type="checkbox"/> Français	> Frais d'utilisation
BDI-Short Form	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input checked="" type="checkbox"/> Adultes âgés	<input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Autres	> Achat auprès de l'éditeur (< <a href="http://www.pearsonassess.ca">http://www.pearsonassess.ca</a> >)

**Propriétés psychométriques**

**Validité**

- > Validités concurrentes élevées avec la Geriatric Depression Scale (r = 0,76) et le Patient Health Questionnaire (corrélations oscillent entre 0,74 et 0,88)

**Fidélité**

- > Cohérence interne ( $\alpha = 0,94$  pour les SSP) ; Test-retest après 1 semaine (r = 0,93 population clinique)

**Version française**

BECK, A.T., STEER, R.A., et BROWN, G.K. (1998). *BDI-II inventaire de dépression de Beck : manuel*, 2<sup>e</sup> éd. San Antonio : The Psychological Corporation.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Outil connu dans le contexte de la recherche et dans la pratique clinique;</li> <li>&gt; Validé dans le contexte des SSP;</li> <li>&gt; Utilisé avec diverses populations (p. ex. patients atteints de maladies psychiatriques et physiques de façon concomitante);</li> <li>&gt; Facile à administrer et à coter;</li> <li>&gt; Inclut un item critique qui mesure le risque suicidaire;</li> <li>&gt; Version française a été rédigée en partenariat avec les auteurs de la version anglaise originale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Frais associés;</li> <li>&gt; Version abrégée disponible (donc version originale plus longue qui peut être considérée comme moins nécessaire);</li> <li>&gt; Moins sensible aux changements des symptômes dépressifs à la suite du traitement que d'autres outils (p. ex. Hamilton Rating Scale for Depression);</li> <li>&gt; Questions correspondent aux critères diagnostiques selon le DSM-IV;</li> <li>&gt; La version BDI-FS n'est pas disponible en français.</li> </ul>

### Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Cet outil de 20 questions a été développé pour mesurer les symptômes dépressifs dans la population générale. Les questions mesurent l'humeur et le niveau de fonctionnement au cours de la dernière semaine. Cet outil évalue l'affect dépressif, l'affect positif, le ralentissement psychomoteur, les problèmes somatiques ainsi que les difficultés interpersonnelles (Radloff, 1977). Il n'évalue pas certains symptômes dépressifs permettant le diagnostic de la dépression (p. ex. les idées suicidaires) (tableau 12.10).

**TABLEAU 12.10.** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
CES-D-10	<input type="checkbox"/> Enfants <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Adultes âgés	<input checked="" type="checkbox"/> Français <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Gratuit</li> <li>&gt; Disponible en ligne (&lt;<a href="http://cesd-r.com/">http://cesd-r.com/</a>&gt;)</li> </ul>

#### Propriétés psychométriques

##### Validité

- > Validités concurrentes modérées avec la Hamilton Clinician's Rating Scale ( $r = 0,44$ )

##### Fidélité

- > Cohérence interne ( $\alpha = 0,85$  et  $0,90$ ); Test-retest après 2 semaines ( $r = 0,51$ ) et 4 semaines ( $r = 0,67$ )

#### Version française

MORIN, A., MOULLEC, G., MAIANO, C., LAYET, L., JUST, J.-L. et NINOT, G. (2011). Propriétés psychométriques du Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) sur un échantillon français d'adultes cliniques et non cliniques. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59, 327-340.

(suite)

**TABLEAU 12.10.** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (suite)

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Il existe une mesure pour les enfants et adolescents CES-DC, de même qu'une version adaptée pour les adultes âgés;</li> <li>&gt; Il existe des versions spécialement conçues pour des individus souffrant de conditions chroniques (p. ex. arthrite);</li> <li>&gt; Validé au sein des SSP et de diverses populations (p. ex. différents âges et conditions médicales);</li> <li>&gt; Gratuit;</li> <li>&gt; Version française a de bonnes propriétés psychométriques (p. ex. bonne validité factorielle, bonne validité concomitante).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Les versions abrégées ne sont pas toutes disponibles en français;</li> <li>&gt; Le pourcentage de faux-positifs pour dépression clinique est élevé, surtout lorsque les versions abrégées pour patients souffrant de maladies physiques sont utilisées;</li> <li>&gt; Propriétés psychométriques disponibles pour la version de 20 items semblent surtout venir de l'article de 1997 (Radloff, 1977) et peu d'autres études ont mesuré les propriétés pour la version plus longue;</li> <li>&gt; Questions correspondent aux critères diagnostiques en fonction du DSM-IV.</li> </ul>

### *Geriatric Depression Scale (GDS; Échelle de dépression gériatrique)*

Cet outil de 30 questions a été conçu pour diagnostiquer la dépression chez les personnes âgées (> 65 ans) en distinguant les symptômes associés à la dépression de ceux liés à la démence (Yesavage et al., 1982). Cette mesure évalue les aspects affectifs et cognitifs qui caractérisent les adultes âgés souffrant de dépression. Le GDS ne contient pas de questions sur les préoccupations somatiques (tableau 12.11).

**TABLEAU 12.11.** Geriatric Depression Scale (GDS)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
GDS-4	<input type="checkbox"/> Enfants	<input checked="" type="checkbox"/> Français	> Gratuit
GDS-10	<input type="checkbox"/> Adolescents	<input checked="" type="checkbox"/> Anglais	> Disponible en ligne
GDS-15	<input type="checkbox"/> Adultes <input checked="" type="checkbox"/> Adultes âgés	<input checked="" type="checkbox"/> Autres	(< <a href="https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html">https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html</a> >)

#### Propriétés psychométriques

##### Validité

- > Validités concurrentes élevées avec BDI-II ( $r = 0,76$ ) et Hamilton Rating Scale for Depression ( $r = 0,83$ )

##### Fidélité

- > Cohérence interne ( $\alpha = 0,94$ ); Test-retest après 1 semaine ( $r = 0,85$ )

#### Version française

BOURQUE, P., BLANCHARD, L. et VÉZINA, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique, *Revue canadienne du vieillissement*, 9, 348-355. doi: 10.1017/S0714980800007467.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Validé dans le contexte des SSP ;</li> <li>&gt; App disponibles ;</li> <li>&gt; Permet de distinguer les cas de dépression légère et grave ;</li> <li>&gt; Peut être utilisé pour les patients ayant des niveaux de démence légers et modérés ;</li> <li>&gt; Excellente sensibilité et spécificité ;</li> <li>&gt; Version française validée auprès des individus provenant du Québec et du Nouveau-Brunswick ;</li> <li>&gt; Plusieurs versions abrégées sont disponibles avec de bonnes propriétés psychométriques, incluant des versions françaises ;</li> <li>&gt; Version abrégée de 15 questions a été développée pour diminuer la fatigue et le manque de concentration lors de sa passation (D'Ath, Katona, Mullan, Evans et Katona, 1994) ;</li> <li>&gt; Possibilité de l'utiliser par entrevue téléphonique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Versions disponibles dans plusieurs langues, mais il n'est pas clair si ces versions sont validées ;</li> <li>&gt; Validité inconnue pour les personnes âgées de &gt; 85 ans ;</li> <li>&gt; Il est fort possible que l'outil évalue la détresse globale plutôt que les symptômes dépressifs inclusivement, car il y a plusieurs chevauchements avec les symptômes cognitifs et somatiques de l'anxiété ;</li> <li>&gt; Basé sur critères diagnostiques du DSM-IV.</li> </ul>

### Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Cet outil est composé de neuf questions qui correspondent aux neuf critères diagnostiques du DSM-IV pour la dépression (Kroenke, Spitzer et Williams, 2001). Il fait partie du Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) décrit précédemment (tableau 12.12).

TABLEAU 12.12. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Versions abrégées disponibles	Validé auprès de quelle population ?	Validé dans quelle langue ?	Frais et disponibilité
PHQ-2	<input type="checkbox"/> Enfants <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Adultes <input checked="" type="checkbox"/> Adultes âgés	<input checked="" type="checkbox"/> Français <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Gratuit</li> <li>&gt; Disponible dans l'article scientifique (Kroenke, Spitzer et Williams, 2001)</li> </ul>

#### Propriétés psychométriques

##### Validité

- > Validités concurrentes élevées avec BDI-II ( $r = 0,72$  avant le traitement et  $r = 0,73$  après le traitement)

##### Fidélité

- > Cohérence interne ( $\alpha = 0,89$ ) ; Test-retest après 48 heures ( $r = 0,84$ )

(suite)

**TABLEAU 12.12.** Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (suite)

Version française	
<p>CARBALLEIRA, Y., DUMONT, P., BORGACCI, S., RENTSCH, D., DE TONNAC, N., ARCHINARD, M. et ANDREOLI, A. (2007). <i>Criterion validity of the French version of the Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine, Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i>, 80, 69-77. doi: 10.1348/147608306X103641.</p>	
Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Créé spécifiquement pour le contexte des SSP;</li> <li>&gt; Les résultats permettent de classifier la gravité des symptômes (légers, modérés ou graves);</li> <li>&gt; Facile d'administration et de cotation;</li> <li>&gt; Très bien connu des professionnels de la santé;</li> <li>&gt; Plusieurs dossiers médicaux électroniques ont l'option d'insérer le PHQ-9 dans les dossiers des patients et de noter le test automatiquement;</li> <li>&gt; Outil validé auprès de 3 000 patients provenant de 8 cliniques de SSP et 3 000 patients de 7 cliniques d'obstétrique (voir Kroenke, Spitzer et Williams, 2001);</li> <li>&gt; La passation par téléphone semble aussi valide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Se limite aux critères diagnostiques du DSM-IV. Ainsi certaines informations pertinentes pour les cliniciens sont omises (p. ex. information sur le désespoir);</li> <li>&gt; Version française a une faible sensibilité, mais une spécificité acceptable (Carballeira et al., 2007).</li> </ul>

## QUELLES MESURES CHOISIR ?

Pour déterminer la mesure la plus appropriée, le clinicien doit bien connaître la population qu'il dessert et les variables particulières à son contexte de première ligne. Par exemple, si peu de ressources financières et informatiques sont disponibles, un outil tel que le OQ-45.2 peut difficilement être utilisé et les outils plus succincts inclus dans le PCOMS seraient plus appropriés. Par ailleurs, s'il est important d'obtenir des renseignements plus vastes sur le programme de santé mentale (c'est-à-dire au-delà des variables liées au patient et au traitement), c'est alors le CORE System qui devrait être considéré, car il permet des analyses comparatives (*benchmarking*) et est utile pour l'évaluation de programmes. Or, il est important de noter que seul le OQ-45.2 semble avoir été validé en français; l'ORS et le CORE-OM ne semblent pas l'avoir été. Ce constat n'est pas à négliger, puisqu'il n'est pas rare que les normes mesurées permettant d'établir la gravité de la détresse soient différentes selon la population visée (Kaplan et Saccuzzo, 2012). De fait, les résultats d'études portant sur le OQ-45.2 et le CORE-OM et les adultes âgés (Lafrance, 2013; Barkham et al., 2005) corroborent l'importance de la validation auprès d'une population donnée, puisque les deux études en question ont observé que les points

de coupure utilisés pour la population adulte (généralement moins de 65 ans) n'étaient pas appropriés pour la population plus âgée. Ainsi, nous mettons en garde le clinicien contre l'utilisation de traductions maison qui n'ont pas fait l'objet de recherches plus poussées.

Un autre aspect à considérer est la facilité d'implantation au niveau des systèmes informatiques. Étant donné le courant actuel en faveur du dossier médical électronique, il semble important de se demander si les mesures s'intègrent facilement ou non au sein du système existant ou si elles demandent le développement d'une banque de données supplémentaire. L'ORS et le CORE-OM mentionnent explicitement qu'ils peuvent être intégrés aux dossiers électroniques existants des patients, moyennant finance (voir système OpenFIT pour l'ORS et CORE Information Management Systems pour CORE-OM).

Bien que pertinents pour le suivi du progrès, les outils de mesure de la détresse générale peuvent parfois ne pas être suffisants afin de bien dépister les difficultés psychologiques et d'orienter le traitement en conséquence. Il peut être avantageux d'ajouter des mesures sur des problèmes particuliers, telles l'anxiété et la dépression, afin d'offrir des pistes de diagnostic et de traitement ou de donner plus de poids à l'évaluation des interventions. En ce qui concerne l'anxiété, le BAI est fort probablement l'outil le plus connu et le plus utilisé, que ce soit pour la recherche ou dans le travail clinique. Combiné avec le BDI-II, cet outil peut servir de point de départ efficace afin de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Or, bien que ces mesures soient utiles, des frais y sont associés. De même, certains des symptômes investigués par ces mesures ressemblent aux symptômes liés à des maladies physiques (p. ex. fatigue, diminution de l'énergie et maux de ventre), ce qui peut fausser le portrait clinique. Par conséquent, dans le contexte des SSP, il semble plus approprié d'utiliser les versions abrégées BAI-PC et BDI-FS ou bien la combinaison PHQ-9 et GAD-7. De fait, ces deux dernières mesures, contrairement aux mesures de Beck, sont gratuites et ont été développées spécifiquement pour les services de première ligne. Ces outils sont faciles à utiliser pour différents professionnels de la santé, ils s'appliquent à différents groupes d'âge et peuvent être intégrés au dossier électronique médical. Toutefois, ils sont très succincts et peuvent omettre des informations cliniques importantes.

Si le clinicien travaille surtout avec une population âgée, il est important de considérer l'utilisation de mesures développées spécifiquement pour cette population. Le GAI ou le GDI semblent les plus utiles puisqu'ils ont été validés auprès de populations canadiennes. Cependant, des frais d'utilisation pour le travail clinique s'appliquent pour le GAI. Le CES-D présente certains attraits (p. ex. versions spécialement conçues pour les enfants et les adultes âgés, de même que les individus ayant différentes conditions chroniques), mais également des limites importantes (c'est-à-dire un pourcentage de faux-positifs élevé pour certaines versions abrégées). Par ailleurs, certaines des versions abrégées ne sont pas disponibles en français, ce qui revient au constat précédent des mesures générales de détresse, soit que certaines mesures sont connues et vastement utilisées en clinique, mais n'ont pas fait l'objet de validation en français (p. ex. PC-PTSD,

GADI, Social Phobia Questionnaire et Autonomic Nervous System Questionnaire). Ainsi, le clinicien doit s'assurer de choisir des mesures qui permettront de servir l'ensemble de la population visée.

Enfin, bien que l'utilisation de mesures semble nécessaire pour des raisons cliniques et administratives, les mesures psychométriques ne devraient jamais prévaloir sur le jugement clinique. Ces mesures, bien qu'utiles, offrent une vision plutôt réductrice de l'individu et les résultats obtenus ne devraient pas éclipser les autres variables du modèle biopsychosocial qui contribuent aux forces et aux difficultés du patient.

## ANNEXE 12.1.

### RÉFÉRENCES PERTINENTES PAR OUTIL DE MESURE

#### Outcome Questionnaire OQ-45.2

- DURHAM, C., MCGRATH, L., BURLINGAME, G.M., SCHAALJE, G., LAMBERT, M. et DAVIES, D. (2002). The effects of repeated administrations on self-report and parent-report scales, *Journal of Psychoeducational Assessment*, 20, 240-257. doi : 10.1177/073428290202000302.
- LAFRANCE, K. (2013). *Selected Psychometric Properties of the Outcome Questionnaire-45 in an Older Adult Population*, thèse de doctorat. Salt Lake City : University of Utah, <<http://content.lib.utah.edu/utis/getfile/collection/etd3/id/2151/filename/2152.pdf>>.
- LAMBERT, M.J., BURLINGAME, G.M., UMPHRESS, V., HANSEN, N.B., VERMEERSCH, D.A., CLOUSE, G.C. et YANCHAR, S.C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. doi : 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPPI06>3.0.CO;2-S.
- LAMBERT, M.J. et HAWKINS, E.J. (2004). Measuring outcome in professional practice : Considerations in selecting and using brief outcome instruments, *Professional Psychology : Research and Practice*, 35, 492-499. doi : 10.1037/0735-7028.35.5.492.
- LAMBERT, M.J., KAHLER, M., HARMON, C., BURLINGAME, G.M. et SHIMOKAWA, K. (2011). *Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire-45.2*. Salt Lake City : OQ Measures.
- LAMBERT, M.J., MORTON, J.J., HATFIELD, D., HARMON, C., HAMILTON, S., REID, R.C. et BURLINGAME, G.M. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45*. Orem : American Professional Credentialing Services.
- LAMBERT, M.J., OKIISHI, J.C., FINCH, A.E. et JOHNSON, L.D. (1998). Outcome assessment : From conceptualization to implementation, *Professional Psychology : Research and Practice*, 29, 63-70. doi : 10.1037/0735-7028.29.1.63.
- VERMEERSCH, D.A., LAMBERT, M.J. et BURLINGAME, G.M. (2000). Outcome questionnaire : Item sensitivity to change, *Journal of Personality Assessment*, 74, 242-261. doi : 10.1207/S15327752JPA7402\_6.

#### Outcome Rating Scale

- BRINGHURST, D.L., WATSON, C.W., MILLER, S.D. et DUNCAN, B.L. (2006). The reliability and validity of the Outcome Rating Scale : A replication study of a brief clinical measure, *The Journal of Brief Therapy*, 5(1), 23-30.
- CAMPBELL, A. et HEMSLEY, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice : Clinical utility of ultra-brief measures, *Clinical Psychologist*, 13, 1-9. doi : 10.1080/13284200802676391.
- MILLER, S.D. et DUNCAN, B.L. (2004 [2002]). *The Outcome and Session Rating Scales : Administration and Scoring Manual*. Chicago : ISTC.
- MILLER, S.D., DUNCAN, B.L., BROWN, J., SORRELL, R. et CHALK, M.B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome : Making ongoing, real-time assessment feasible, *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-21.

MILLER, S.D., DUNCAN, B.L., BROWN, J., SPARKS, J.A. et CLAUD, D.A. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure, *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.

### **Clinical Outcome in Routine Evaluation**

BARKHAM, M., CULVERWELL, A., SPINDLER, K. et TWIGG, E. (2005). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility, *Aging and Mental Health*, 9, 235-245. doi: 10.1080/13607860500090052.

BARKHAM, M., EVANS, C., MARGISON, F., MCGRATH, G., MELLOR-CLARK, J., MILNE, D. et CONNELL, J. (1998). The rationale for developing and implementing core batteries in service settings and psychotherapy outcome research, *Journal of Mental Health*, 7, 35-47. doi: 10.1080/09638239818328.

BARKHAM, M., GILBERT, N., CONNELL, J., MARSHALL, C. et TWIGG, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings, *British Journal of Psychiatry*, 186, 239-246. doi: 10.1192/bjp.186.3.239.

BARKHAM, M., MULLIN, T., LEACH, C., STILES, W.B. et LUCOCK, M. (2007). Stability of the CORE-OM and BDI-I: Psychometric properties and implications for routine practice, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 269-278. doi: 10.1348/147608306X148048.

CORE SYSTEM GROUP (1998). *Core System Information Management Handbook*. Leeds: Core System Group.

EVANS, C., CONNELL, J., BARKHAM, M., MARGISON, F., MCGRATH, G., MELLOR-CLARK, J. et AUDIN, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM, *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60. doi: 10.1192/bjp.180.1.51.

EVANS, C., MELLOR-CLARK, J., MARGISON, F., BARKHAM, M., MCGRATH, G., CONNELL, J. et AUDIN, K. (2000). Clinical outcomes in routine evaluation: The CORE-OM, *Journal of Mental Health*, 9, 247-255.

### **Beck Anxiety Inventory**

BECK, A.T., EPSTEIN, N., BROWN, G. et STEER, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893.

FREESTON, M.H., LADOUCEUR, R., THIBODEAU, N. et GAGNON, F. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française/The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation, *L'Encéphale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 20, 47-55.

MORI, D.L., LAMBERT, J.F., NILES, B.L., ORLANDER, J.D., GRACE, M. et LOCASTRO, J.S. (2003). The BAI-PC as a screen for anxiety, depression, and PTSD in primary care, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 187-192. doi: 10.1023/A:1025410812221.

MUNTINGH, A.D.T., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C.M., VAN MARWIJK, H.W.J., SPINHOVEN, P., PENNINX, B.W. et VAN BALKOM, A.J. (2011). Is the Beck Anxiety Inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA), *BMC Family Practice*, 12, 66. doi: 10.1186/1471-2296-12-66.

## Generalized Anxiety Disorder Inventory

ARGYROPOULOS, S.V., PLOUBIDIS, G.B., WRIGHT, T.S., PALM, M.E., HOOD, S.D., NASH, J.R. et POTOKAR, J.P. (2007). Development and validation of the Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI), *Journal of Psychopharmacology*, 21, 145-152. doi: 10.1177/0269881107069944.

HENDERSON, L.C., ANTONY, M.M. et KOERNER, N. (2014). Psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder Inventory in a Canadian sample, *Journal of Psychopharmacology*, 28, 440-448. doi: 10.1177/0269881114525672.

## GAD-7

RUIZ, M.A., ZAMORANO, E., GARCIA-CAMPAYO, J., PARDO, A., FREIRE, O. et REJAS, J. (2011). Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care, *Journal of Affective Disorders*, 128, 277-286. doi: 10.1016/j.jad.2010.07.010.

SPRITZER, R.L., KROENKE, K., WILLIAMS, J.B.W. et LÖWE, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7, *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.

## Primary Care PTSD (PC-PTSD)

OUIMETTE, P., WADE, M., PRINS, A. et SCHOHN, M. (2008). Identifying PTSD in primary care: Comparison of the Primary Care-PTSD Screen (PC-PTSD) and the General Health Questionnaire-12 (GHQ), *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 337-343. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.010.

PRINS, A., OUIMETTE, P., KIMERLING, R., CAMERON, R., HUGLESHOFER, D., SHAW-HEGWAR, J. et AL. (2003). The Primary Care-PTSD Screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics, *Primary Care Psychiatry*, 9(1), 9-14.

## Geriatric Anxiety Inventory

JOHNCO, C., KNIGHT, A., TADIC, D. et WUTHRICH, V.M. (2014). Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults, *International Psychogeriatrics*, 11 août, <<http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=9315756&jid=IPG&volumeld=-1&issuelnd=-1&aid=9315752&bodyld=&membershipNumber=&societyETOCSession=>>>. doi: 10.1017/S1041610214001586.

PACHANA, N.A., BYRNE, G.J., SIDDLE, H., KOLOSKI, N., HARLEY, E. et ARNOLD, E. (2007). Development and validation of geriatric anxiety inventory, *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114. doi: 10.1017/S1041610206003504.

## Beck Depression Inventory (BDI-II)

ARNAU, R., MEAGHER, M., NORRIS, M. et BRAMSON, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients, *Health Psychology*, 20, 112-119. doi: 10.1037/0278-6133.20.2.112.

BECK, A.T., STEER, R.A. et BROWN, G.K. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory: Manual*, 2<sup>e</sup> éd. Boston: Harcourt Brace.

BECK, A.T., STEER, R.A., et BROWN, G.K. (1998). *Inventaire de dépression de Beck: manuel*, 2<sup>e</sup> éd. Toronto: Harcourt Assessment.

- LAMBERT, M.J., HATCH, D.R., KINGSTON, M.D. et EDWARDS, B.C. (1986). Zung, Beck and Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 54-59. doi: 10.1037/0022-006X.54.1.54.
- SHARP, L. et LIPSKY, M. (2001). Screening for depression across the lifespan: A review of measures for use in primary care settings, *American Family Physician*, 6(6), 1001-1009.

### **Beck Depression Inventory-FastScreen for Medical Patients (BDI-FS)**

- BECK, A.T., GUTH, D., STEER, R.A. et BALL, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care, *Behaviour Research and Therapy*, 35, 785-791. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00025-9.
- BECK, A.T., STEER, R.A. et BROWN, G.K. (2000). *BDI: FastScreen for Medical Patients Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- SCHEINTHAL, S.M., STEER, R.A., GIFFIN, L. et BECK, A.T. (2001). Evaluating geriatric medical outpatients with the Beck Depression Inventory-FastScreen for Medical Patients, *Aging and Mental Health*, 5, 143-148. doi: 10.1080/13607860120038320.

### **Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)**

- IRWIN, M., ARTIN, K.H. et OXMAN, M. (1999). Screening for depression in the older adult: Criterion validity of the 10-item CES-D, *Archives of Internal Medicine*, 159, 1701-1704. doi: 10.1001/archinte.159.15.1701.
- LYNESS, J.M., NOEL, T.K., COX, C., KING, D.A., CONWELL, Y. et CAINE, E.D. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients: A comparison of the CES-D and GDS, *Archives of Internal Medicine*, 157, 449-454. doi: 10.1001/archinte.1997.00440250107012.
- MORIN, A., MOULLEC, G., MAIANO, C., LAYET, L., JUST, J.-L. et NINOT, G. (2011). Propriétés psychométriques du Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) sur un échantillon français d'adultes cliniques et non cliniques, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59, 327-340, <[https://www.statmodel.com/download/CESD\\_RESPE\\_RI\\_WLSMV\\_Final\\_complete.pdf](https://www.statmodel.com/download/CESD_RESPE_RI_WLSMV_Final_complete.pdf)>.
- RADLOFF, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- ZAUSZNIIEWSKI, J.A. et BEKHET, A.K. (2009). Depressive symptoms in elderly women with chronic conditions: Measurement issues, *Aging and Mental Health*, 13, 64-72. doi: 10.1080/13607860802154481.

### **Geriatric Depression Scale (GDS)**

- ALMEIDA, O.P. et ALMEIDA, S.A. (1999). Short versions of the GDS: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 858-865. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-B.
- BOURQUE, P., BLANCHARD, L. et VÉZINA, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique, *Revue canadienne du vieillissement*, 9, 348-355. doi: 10.1017/S0714980800007467.
- CLEMENT, J.P., NASSIF, R.F., LEGER, J.M. et MARCHAN, F. (1997). Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale, *L'Encéphale*, 23(2), 91-99.

- LYNESS, J.M., NOEL, T.K., COX, C., KING, D.A., CONWELL, Y. et CAINE, E.D. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients: A comparison of the CES-D and GDS, *Archives of Internal Medicine*, 157, 449-454. doi: 10.1001/archinte.1997.00440250107012.
- SHEIKH, J.I. et YESAVAGE, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version, *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173. doi: 10.1300/J018v05n01\_09.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, D., HUANG, V., ADEY, M. et LEIRER, V.O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report, *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4.

### **Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**

- ARROLL, B., GOODEAR-SMITH, F., CRENGLE, S., GUNN, J., KERSE, N., FISHMAN, T., FALLOON, K. et HATCHER, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population, *Annals of Family Medicine*, 8, 348-353. doi: 10.1370/afm.1139.
- CARBALLEIRA, Y., DUMONT, P., BORGACCI, S., RENTSCH, D., DE TONNAC, N., ARCHINARD, M. et ANDREOLI, A. (2007). Criterion validity of the French version of the Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 69-77. doi: 10.1348/147608306X103641.
- KROENKE, K. et SPITZER, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure, *Psychiatric Annals*, 32, 509-515. doi: 10.3928/0048-5713-20020901-06.
- KROENKE, K., SPITZER, R.L. et WILLIAMS, J.B. (2001). The PHQ-9: The validity of a brief depression severity measure, *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- PHELAN, E., WILLIAMS, B., MEEKER, K., BONN, K., FREDERICK, J. et AL. (2010). A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly, *BMC Family Practice*, 11(63), 63-72.
- RICHARDSON, L.P., MCCAULEY, E., GROSSMAN, D.C., MCCARTHY, C.A., RICHARDS, J., RUSSO, J.E., ROCKHILL, C. et KATON, W. (2010). Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 item for detecting major depression among adolescents, *Pediatrics*, 126, 1117-1123. doi: 10.1542/peds.2010-08.

## RÉFÉRENCES

- ARGYROPOULOS, S.V., PLOUBIDIS, G.B., WRIGHT, T.S., PALM, M.E., HOOD, S.D., NASH, J.R. et POTOKAR, J.P. (2007). Development and validation of the Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI), *Journal of Psychopharmacology*, 21, 145-152. doi: 10.1177/0269881107069944.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES TROUBLES ANXIEUX (2003). *Mental Health and Mental Illness*. S. l.: Association canadienne des troubles anxieux, <<http://anxietycanada.ca/english/pdf/kirby.pdf>>.
- BARKHAM, M., CULVERWELL, A., SPINDLER, K. et TWIGG, E. (2005). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility, *Aging and Mental Health*, 9, 235-245. doi: 10.1080/13607860500090052.
- BARKHAM, M., MELLOR-CLARK, J., CONNELL, J., EVANS, C., EVANS, R. et MARGISON, F. (2010). Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) – The CORE measures and system: Measuring, monitoring and managing quality evaluation in the psychological therapies, dans M.J. Barkham, G.E. Hardy et J. Mellor-Clark (dir.), *Developing and Delivering Practice-Based Evidence: A Guide for the Psychological Therapies* (p. 175-219). Chichester: Wiley-Blackwell.
- BECK, A.T., STEER, R.A. et BROWN, G.K. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory: Manual*, 2<sup>e</sup> éd. Boston: Harcourt Brace.
- BECK, A.T., STEER, R.A. et BROWN, G.K. (2000). *BDI: Fast Screen for Medical Patients Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- BOURQUE, P., BLANCHARD, L. et VÉZINA, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique, *Revue canadienne du vieillissement*, 9, 348-355. doi: 10.1017/S0714980800007467.
- CORE SYSTEM GROUP (1998). *Core System Information Management Handbook*. Leeds: Core System Group.
- D'ATH, P., KATONA, P., MULLAN, E., EVANS, S. et KATONA, C. (1994). Screening, detection and management of depression in primary care attenders: The acceptability and performance of the 15 items Geriatrics Depression Scale (GDS-15) and the development of shorter versions, *Family Practice*, 11, 260-266. doi: 10.1093/fampra/11.3.260.
- DUNCAN, B.L., MILLER, S.D., SPARKS, J.A., CLAUD, D.A., REYNOLDS, L.R., BROWN, J. et JOHNSON, L.D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a 'working' alliance measure, *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- FLYNN, R.J., AUBRY, T.D., GUINDON, S., TARDIF, L., VIAU, M. et GALLANT, A. (2003). Validation d'une version française abrégée du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique, *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.
- FOA, E.B., RIGGS, D.S. et GERSHUNY, B.S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault, *American Journal of Psychiatry*, 152, 116-120. doi: 10.1176/ajp.152.1.116.
- HUNSLEY, J. et MASH, E. (2008). *A Guide to Assessments that Work*. New York: Oxford University Press.

- JOHNCO, C., KNIGHT, A., TADIC, D. et WUTHRICH, V.M. (2014). Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults, *International Psychogeriatrics*, 11 août, <<http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=9315756&jid=IPG&volumeld=-1&issueld=-1&aid=9315752&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=>>. doi : 10.1017/S1041610214001586.
- KAPLAN, R.M. et SACCUZZO, D.P. (2012). Norms and basic statistics for testing, dans R.M. Kaplan et D.P. Saccuzzo (dir.), *Psychological Testing: Principles, Applications and Issues* (p. 25-64). Belmont : Wadsworth Publishing.
- KROENKE, K. et SPITZER, R.L. (2002). The PHQ-9 : A new depression diagnostic and severity measure, *Psychiatric Annals*, 32, 509-515. doi : 10.3928/0048-5713-20020901-06.
- KROENKE, K., SPITZER, R.L. et WILLIAMS, J.B. (2001). The PHQ-9 : The validity of a brief depression severity measure, *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. doi : 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- LAFRANCE, K. (2013). *Selected Psychometric Properties of the Outcome Questionnaire-45 in an Older Adult Population*, thèse de doctorat. Salk Lake City : University of Utah, <<http://content.lib.utah.edu/utls/getfile/collection/etd3/id/2151/filename/2152.pdf>>.
- LAMBERT, M.J. (2013). Outcome in psychotherapy : The past and important advances, *Psychotherapy*, 50, 42-51. doi : 10.1037/a0030682.
- LAMBERT, M.J., BURLINGAME, G.M., UMPHRESS, V., HANSEN, N.B., VERMEERSCH, D.A., CLOUSE, G.C. et YANCHAR, S.C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. doi : 10.1002/(SIC)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPPI06>3.0.CO;2-S.
- LAMBERT, M.J., HANSEN, N.B. et HARMON, S.C. (2010). Outcome Questionnaire System (The OQ System) : Development and practical applications in healthcare settings, dans M. Barkham, G.E. Hardy et J. Mellor-Clark (dir.), *Developing and Delivering Practice-Based Evidence* (p. 141). Chichester : Wiley.
- LAMBERT, M.J., MORTON, J.J., HATFIELD, D., HARMON, C., HAMILTON, S., REID, R.C. et BURLINGAME, G.M. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45*. Orem : American Professional Credentialing Services.
- LAMBERT, M.J., OKIISHI, J.C., FINCH, A.E. et JOHNSON, L.D. (1998). Outcome assessment : From conceptualization to implementation, *Professional Psychology : Research and Practice*, 29, 63-70. doi : 10.1037/0735-7028.29.1.63.
- MARUISH, M.E. (2000). *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates.
- MILLER, S.D. et DUNCAN, B.L. (2004 [2002]). *The Outcome and Session Rating Scales : Administration and Scoring Manual*. Chicago : ISTC.
- MILLER, S.D., DUNCAN, B.L., BROWN, J., SPARKS, J.A. et CLAUD, D.A. (2003). The Outcome Rating Scale : A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure, *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- MORI, D.L., LAMBERT, J.F., NILES, B.L., ORLANDER, J.D., GRACE, M. et LOCASTRO, J.S. (2003). The BAI-PC as a screen for anxiety, depression, and PTSD in primary care, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 187-192. doi : 10.1023/A:1025410812221.
- OQ MEASURES (2014). OQ-45.2 : Using the OQ-45.2. S. l. : OQ Measures, <<http://www.oqmeasures.com/measures/adult-measures/oq-45/>>.

- ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2012). 10 outils pour évaluer l'efficacité des interventions en psychothérapie, *Cahier recherche et pratique*, <<https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/cahier-recherche-et-pratique.sn>>.
- OVERINGTON, L. et IONITA, G. (2012). Progress monitoring measures : A brief guide, *Canadian Psychology*, 53, 82-92. doi : 10.1037/a0028017.
- RADLOFF, L.S. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- RUIZ, M.A., ZAMORANO, E., GARCIA-CAMPAYO, J., PARDO, A., FREIRE, O. et REJAS, J. (2011). Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care, *Journal of Affective Disorders*, 128, 277-286. doi : 10.1016/j.jad.2010.07.010.
- SAVARD, K. (2009). *Qualités psychométriques de la mesure d'impact (MI-45) : version francophone du Outcome Questionnaire (OQ-45.2) visant à mesurer l'efficacité de la psychothérapie*, mémoire de maîtrise. Chicoutimi : Université du Québec à Chicoutimi.
- SHIM, R.S., BALTRUS, P., YE, J. et RUST, G. (2011). Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States : Results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005-2008, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24, 33-38. doi : 10.3122/jabfm.2011.01.100121.
- STEIN, M.B., MCQUAID, J.R., LAFFAYE, C. et MCCAHILL, M.E. (1999). Social phobia in the primary care medical setting, *The Journal of Family Practice*, 48(7), 514-519.
- STEIN, M.B., ROY-BYRNE, P.P., MCQUAID, J.R., LAFFAYE, C., RUSSO, J., MCCAHILL, M.E. et SHERBOURNE, C.D. (1999). Development of a brief diagnostic screen for panic disorder in primary care, *Psychosomatic Medicine*, 61(3), 359-364.
- VERMANI, M., MARCUS, M. et KATZMAN, M.A. (2011). Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care : A descriptive, cross-sectional study, *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 13. doi : 10.4088/PCC.10m01013.
- WALFISH, S., MCALISTER, B., O'DONNELL, P. et LAMBERT, M.J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers, *Psychological Reports*, 110, 639-644. doi : 10.2466/02.07.17.PRO.110.2.639-644.
- WELLS, M.G., BURLINGAME, G.M., LAMBERT, M.J., HOAG, M.J. et HOPE, C.A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy : Development of the outcome questionnaire, *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 33, 275-283. doi : 10.1037/0033-3204.33.2.275.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, D., HUANG, V., ADEY, M. et LEIRER, V.O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale : A preliminary report, *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. doi : 10.1016/0022-3956(82)90033-4.



# Chapitre 13

## UN ÉNONCÉ DE POSITION

Le rôle du kinésiologue dans la promotion de l'activité physique et de l'exercice dans le système canadien de soins de santé

---

GLEN BERGERON  
CÉLINE LARIVIÈRE  
PHILIP SULLIVAN  
LYNN KABAROFF

LE CONSEIL CANADIEN DES ADMINISTRATEURS UNIVERSITAIRES EN ÉDUCATION physique et kinésiologie (CCAUEPK) est l'organisation nationale regroupant les administrateurs académiques des programmes universitaires d'éducation physique et de kinésiologie au Canada.

La mission du CCAUEPK est triple : 1) servir de forum de discussion pour les administrateurs universitaires des programmes en éducation physique et en kinésiologie au Canada ; 2) servir d'organisme d'accréditation des programmes d'éducation physique et de kinésiologie dans les universités canadiennes ; et 3) donner une voix aux universitaires canadiens sur des questions d'importance pour ces domaines d'études par le biais de nos initiatives de représentation.

La kinésiologie est un terme en constante évolution décrivant une discipline qui se concentre sur les aspects biophysique, socioculturel, psychologique, et ceux liés au contrôle neuromoteur dans le développement du mouvement et de la performance humaine. La discipline comprend la production de connaissances par la recherche et la transmission de ces connaissances sous forme de recommandations pratiques pour les professionnels qui travaillent avec un large éventail de populations, de ceux qui sont physiquement inactifs par choix ou à cause d'une blessure ou d'une maladie jusqu'aux athlètes de haut niveau ou aux individus qui ont une profession physiquement exigeante.

Cet énoncé de position se concentre sur le rôle du kinésologue dans le système de santé canadien et présente les bénéfices pour ce système lorsqu'il intègre ce professionnel. Cet article vise à augmenter la visibilité et la reconnaissance des individus qui se spécialisent en kinésiologie et à les faire reconnaître comme professionnels ayant la formation spécialisée et les capacités pour être employés dans le système de santé autant à des fins de prévention que de réadaptation.

## LA KINÉSIOLOGIE : UNE PROFESSION ÉMERGENTE DANS LES SOINS DE SANTÉ

### *La formation universitaire*

Même si l'Université de Waterloo a été la première université canadienne à créer un département de kinésiologie en 1967, le terme *kinésiologie* n'a que récemment pénétré dans le domaine public. Historiquement, la plupart des programmes universitaires en kinésiologie visaient à préparer des enseignants en éducation physique pour le système scolaire. Certaines des matières scientifiques de base dans la formation des enseignants comme l'anatomie, la physiologie et la biomécanique ont été plus récemment appliquées à l'étude de la performance et de la santé humaine dans de nombreux autres domaines comme le sport de haut niveau, le travail, les loisirs, les sciences de la réadaptation et les activités de la vie quotidienne. La kinésiologie met également l'accent sur les aspects sociaux et psychologiques de l'activité physique, de l'exercice, du sport et des loisirs.

Selon une étude récente, 23 des 38 universités canadiennes ayant un programme de cette nature ont incorporé le mot *kinésiologie* dans la dénomination de leur département ou de leur faculté ou dans la désignation de leur diplôme. D'autres universités utilisent des dérivés du terme tels que *sciences de l'activité physique* ou *performance humaine*. Les programmes universitaires de kinésiologie accrédités offrent les seuls diplômes professionnels dont les fondements comprennent l'anatomie humaine, la physiologie de l'exercice, la biomécanique et le contrôle et l'apprentissage moteur. La présence d'un cours de psychologie de l'activité physique et de deux cours de sciences sociales ou humaines centrées sur le mouvement humain dans les cours de base répond également aux normes d'accréditation du CCAUEPK. Les programmes peuvent également inclure des cours portant sur l'activité physique et le vieillissement, la prévention et les soins des maladies chroniques et des blessures.

### ***Les appellations professionnelles***

Par ailleurs, il existe un certain nombre d'autres appellations professionnelles pour désigner les personnes qui offrent l'exercice comme stratégie d'intervention pour la promotion et la gestion de la santé. La Société canadienne de physiologie de l'exercice a lancé les expressions *entraîneur personnel certifié* (EPC) et *physiologiste de l'exercice certifié* (PEC). Warburton *et al.* (2011) ont identifié un certain nombre de titres professionnels utilisés au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Ces titres incluent *physiologiste de l'exercice*, *physiologiste de l'exercice clinique*, *spécialiste de l'exercice*, *thérapeute de l'exercice*, *professionnel de la réadaptation cardiaque*, *professionnel de la réadaptation pulmonaire*, *scientifique de l'exercice*, *professionnel de l'exercice*, *scientifique du sport et de l'exercice*, *personnel des tests à l'effort* et *kinésologue clinique*. Le terme *kinésologue* est de plus en plus utilisé à travers le Canada pour décrire une désignation professionnelle nouvelle et émergente.

### ***La réglementation professionnelle***

La législation visant à réglementer la prescription de l'exercice et de l'activité physique est une tendance marquée au Canada. Pour le moment, l'Ontario est la seule province au Canada où une loi a été adoptée pour réglementer la profession de kinésologue, mais cette initiative est également en cours dans d'autres provinces.

L'Ordre des kinésologues de l'Ontario (CKO) a été officiellement fondé en avril 2013 avec le mandat de protéger le public par la définition de la portée de la pratique et des compétences associées qui peuvent être attendues d'un kinésologue inscrit au tableau de l'Ordre.

Le lien vers le site de l'Ordre des kinésologues de l'Ontario est <[www.coko.ca](http://www.coko.ca)>. Il existe huit autres organismes provinciaux au Canada (voir l'annexe 13.1). Chaque association provinciale a une définition du kinésologue qui peut être légèrement différente

de celle des autres associations. Il y a cependant certains points communs dans toutes ces définitions. De manière générale, chaque association provinciale utilise les points communs suivants :

- > *Quoi*: Étude du mouvement humain
- > *Comment*: L'activité physique et la prescription d'exercice
- > *Pourquoi*: Prévenir, réadapter et améliorer/augmenter la performance, la santé et la fonctionnalité
- > *Avec quoi*: La biomécanique, l'anatomie et la physiologie

D'autres éléments utilisés par les associations dans leur définition sont la psychologie et les neurosciences de l'exercice comme outils de fondement des connaissances. Presque toutes les associations font référence à leur rôle dans la prévention et le traitement des maladies chroniques, tandis que certaines associations ont également précisé un rôle dans les domaines du sport, des loisirs et des activités de la vie quotidienne. Malgré l'accent mis sur les maladies chroniques, aucune association n'a mentionné la pathologie comme outil de fondement des connaissances. Les associations du Québec et du Manitoba sont les deux seules qui précisent spécifiquement les aspects psychosociaux du mouvement humain dans le cadre de leurs définitions (voir l'annexe 13.2).

### ***Le champ de la pratique d'un kinésologue***

Les kinésologues vont rencontrer un large éventail de clients allant des individus asymptomatiques (sains) jusqu'aux personnes ayant des maladies chroniques susceptibles d'être associées à une variété de comorbidités. Il est évident que le dernier groupe pose le plus grand risque de complications liées à l'activité physique et l'exercice. Ainsi, ce sont ces personnes qui pourront le plus bénéficier de leurs services et qui constateront le plus leurs effets sur leur qualité de vie. Warburton *et al.* (2011) ont énuméré un certain nombre de compétences requises pour les professionnels qui travaillent avec les populations les plus à risque. Un document de travail préparé par la Kinesiology Coalition of Manitoba a suggéré que ces compétences pouvaient également être appliquées lors des interventions chez des personnes en bonne santé. La liste des compétences de Warburton a été modifiée pour donner ce qui suit : 1) une connaissance approfondie des indications et contre-indications à l'exercice ; 2) une connaissance approfondie de la stratification des facteurs de risque et la modification correspondante de la prescription d'exercice pour les populations saines ou cliniques ; 3) une connaissance approfondie de la conception et de la mise en œuvre d'une prescription sécuritaire et efficace d'exercices pour les personnes en bonne santé ; 4) une connaissance approfondie de la conception et de la mise en œuvre de la prescription sécuritaire et efficace d'exercices pour les patients atteints de maladies chroniques, ayant des limitations fonctionnelles ou des incapacités ; 5) une compréhension des effets de diverses comorbidités sur la réponse à l'exercice ; 6) une bonne compréhension de l'influence des médicaments couramment utilisés sur la réponse à

l'exercice ; 7) une connaissance approfondie des réponses aiguës et adaptations chroniques à l'exercice chez des populations saines et cliniques ; 8) une capacité à répondre aux situations d'urgence, y compris la capacité de procéder à la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et d'utiliser le défibrillateur externe automatisé (DEA) si nécessaire et la capacité de concevoir un plan d'urgence écrit ou d'y répondre ; 9) la capacité de déterminer le moment auquel mettre fin à un test à l'effort ou à une séance d'entraînement ; 10) une compréhension critique des protocoles et des procédures de tests diagnostiques à l'effort ; 11) la capacité de mesurer la pression artérielle avec précision au repos et à l'exercice par l'auscultation, et aussi de mesurer avec précision la fréquence cardiaque au repos et à l'exercice ; 12) la capacité d'interpréter un électrocardiogramme (ECG) à 12 dérivations au repos et à l'effort et les bandes de rythme ; 13) un minimum d'expérience appliquée avec des personnes en bonne santé ainsi qu'avec des patients atteints de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles ou d'incapacités ; et 14) avoir une connaissance approfondie des obligations légales et morales envers le client, l'employeur et la profession.

Le profil des compétences de l'Ordre des kinésiologues de l'Ontario englobe 45 compétences de base divisées en 5 grands domaines : les connaissances fondamentales, l'expérience pratique, le professionnalisme et l'éthique, la communication, la collaboration et la défense des intérêts professionnels, et le développement professionnel. Les énoncés des compétences permettent aux praticiens de niveau d'entrée avec des titres universitaires appropriés (au minimum un diplôme de premier cycle dans le domaine des sciences de l'exercice) d'entreprendre le processus d'inscription au tableau de l'Ordre. La liste complète des compétences se trouve sur le site Web de l'Ordre des kinésiologues de l'Ontario (<[www.coko.ca](http://www.coko.ca)>).

### *Le kinésiologue dans le système de soins de santé*

La sédentarité est un facteur de risque modifiable pouvant engendrer l'apparition d'au moins 25 maladies chroniques, dont le diabète, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et certains cancers (Agence de la santé publique du Canada, 2007). Janssen estime que pour 2009, les coûts directs du traitement des maladies associées à la sédentarité se sont élevés à plus de 2,4 milliards de dollars, ce qui représente 3,7% de tous les coûts de soins de santé de cette année (Janssen, 2012). Si l'on inclut les pertes de productivité personnelle et financière liées à ces maladies, on estime qu'en 2009, l'économie canadienne aurait ainsi perdu plus de 4,3 milliards de dollars à cause de la sédentarité. On note que près de 80% de la population canadienne affirme comprendre les nombreux bienfaits pour la santé de l'activité physique et de l'exercice (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie – ICRCF, 2011). Toutefois, moins de 15% des adultes canadiens accumulent les 150 minutes hebdomadaires d'activité physique recommandées (Colley *et al.*, 2011).

La sédentarité est aussi un autre défi de santé pour les Canadiens. On estime en effet que les adultes canadiens passent en moyenne 9,5 heures par jour (excluant le sommeil) dans un état sédentaire (Colley *et al.*, 2011). Il est donc évident qu'il existe un décalage entre les connaissances du public et son comportement réel en matière d'activité physique. Une stratégie canadienne doit donc être développée pour motiver et appuyer les Canadiens et les Canadiennes dans leurs tentatives d'adopter ou de maintenir un mode de vie plus actif physiquement.

Plusieurs stratégies fédérales et provinciales ont visé à faire la promotion de l'activité physique chez les Canadiens. Certaines provinces ont rendu l'éducation physique obligatoire à l'école. De nombreuses campagnes publiques de sensibilisation et de promotion de l'activité physique ont visé la population. La communauté médicale a aussi reconnu l'importance de l'activité physique pour prévenir ou traiter les maladies et améliorer la santé. Malheureusement, le système de soins de santé n'a pas réussi à développer une stratégie qui permette de soutenir l'adoption d'un mode de vie actif. Les médecins de famille invoquent souvent le manque de temps et d'expérience pour expliquer leur incapacité à conseiller leurs patients sur l'activité physique. On peut aussi mentionner un manque de ressources claires et concises sur l'activité physique offertes par les médecins. Ceux-ci ont aussi besoin d'être rassurés que l'exercice prescrit sera suivi et effectué de façon sécuritaire et efficace. Ces limitations peuvent être partiellement ou totalement résolues par l'utilisation d'approches multidisciplinaires avec des équipes qui comprennent des kinésithérapeutes. Cependant, jusqu'à maintenant, les spécialistes de l'activité physique n'ont généralement pas été intégrés dans les équipes de soins primaires au Canada.

### *L'impact économique de l'exercice comme intervention*

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les coûts totaux des différentes maladies associées à la sédentarité étaient estimés à plus de 6,8 milliards de dollars canadiens en 2009. Ceci représente 3,7% de l'ensemble des dépenses de santé pour cette année (Janssen, 2012). Les coûts totaux comprennent les coûts directs comme les médicaments et les soins hospitaliers, alors que les coûts indirects incluent la perte de salaire. Les maladies qui contribuent à ces coûts comprennent l'accident vasculaire cérébral, la maladie coronarienne, l'hypertension, le diabète de type 2, l'ostéoporose, les cancers du sein et de la prostate.

### **Maladies cardiovasculaires**

On estime que la proportion attribuable à la sédentarité du coût total imposé au système de soins de santé canadien par l'accident vasculaire cérébral (AVC), la maladie coronarienne et l'hypertension est de 4,06 milliards de dollars par année (Janssen, 2012). La recherche recommande fortement l'activité physique et des interventions fondées sur l'exercice pour réduire l'incidence et la gravité de ces problèmes de santé. Des études longitudinales ont mis en évidence une réduction de l'incidence de la mortalité par

l'infarctus du myocarde, la maladie coronarienne et les maladies cardiaques, et de la mortalité toutes causes confondues pour les deux sexes, grâce à l'activité physique (Reiner *et al.*, 2013; Petersen *et al.*, 2012).

Les personnes physiquement actives ont un plus faible risque de maladie cardiovasculaire, même en présence d'autres facteurs de risque tels que le tabagisme (Hamer et Stamatakis, 2009). Rothenbacher, Koenig et Brenner (2006) concluent que le risque de maladie coronarienne pourrait être diminué de façon significative si les individus devenaient plus actifs physiquement, même plus tard à l'âge adulte, alors que Zheng *et al.* (2009) indiquent que la marche rapide 5 jours par semaine pendant 30 minutes entraîne une réduction de 19 % du risque de maladie coronarienne. L'exercice aérobique augmente la distance de marche chez les personnes atteintes de maladie artérielle périphérique (Watson, Ellis et Lang, 2008). L'exercice aérobique et l'entraînement par circuit chez des survivants d'AVC produisent des améliorations de la vitesse de marche, une augmentation de la distance parcourue et de l'équilibre (Brazzelli *et al.*, 2011; English et Hillier, 2010). Ces améliorations conduisent à une plus grande confiance et à une amélioration significative de la qualité de vie liée à la santé (Davies *et al.*, 2010). Les individus actifs restent moins longtemps hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque (English et Hillier, 2010) et on constate une réduction dans les réadmissions à l'hôpital pour insuffisance cardiaque (Davies *et al.*, 2010). Cette expertise est intégrée dans les équipes multidisciplinaires après un infarctus du myocarde ou un autre problème cardiaque, et ce besoin a été reconnu dans le système de soins de santé chez ce groupe de patients.

## Diabète

Des résultats favorables ont aussi été observés chez les patients atteints de diabète ou de prédiabète de type 2 ayant pratiqué plus d'activité physique. Les programmes combinés d'exercice aérobique et de musculation améliorent la sensibilité à l'insuline, diminuent le taux de lipides dans le sang, la pression artérielle et l'adiposité abdominale (Castaneda *et al.*, 2002; Cuff *et al.*, 2003; Thomas, Elliott et Naughton, 2009). De plus, Castaneda *et al.* (2002) rapportent que l'entraînement musculaire a permis à 72 % des participants étudiés de réduire le dosage de leur médicament prescrit pour le diabète par rapport aux participants du groupe témoin. Reiner *et al.* (2013) ont observé une réduction à long terme de l'incidence du diabète de type 2 grâce à l'introduction de l'activité physique, alors qu'Orozco *et al.* (2008) ont montré que l'incidence du diabète est réduite de 37 % chez les individus participant à des programmes incluant de l'exercice et un régime alimentaire sain. Comme la partie attribuable à la sédentarité dans le coût annuel du diabète de type 2 pour le système de soins de santé canadien est de 1,35 milliard de dollars (Janssen, 2012), il est conseillé et fortement recommandé que les kinésiologues fassent partie intégrante de toute stratégie d'intervention contre le diabète. En effet, l'Association canadienne du diabète a recommandé la *Trousse d'activité physique et d'exercice pour le diabète* de Fowles *et al.* (2010) conçue pour augmenter l'activité physique chez cette population.

## Ostéoporose et santé osseuse

On estime que la part attribuable à la sédentarité dans le coût annuel de l'ostéoporose pour le système de soins de santé canadien serait de 2,41 milliards de dollars (Janssen, 2012). Les personnes âgées sont plus à risque de fractures. Avec une augmentation de l'activité physique, on rapporte une augmentation faible mais significative de la densité minérale osseuse et une réduction correspondante des fractures (Howe *et al.*, 2011; Kemmler et Von Stengel, 2011), ainsi qu'une réduction globale de la fréquence des chutes (Kemmler et Von Stengel, 2011).

En outre, les exercices avec charge du poids corporel améliorent de 1% à 8% la solidité des os chez les enfants et les adolescents (Nikander *et al.*, 2010). Comme il s'agit d'une période critique du développement de la densité osseuse, l'activité physique a le potentiel d'avoir un effet direct et durable sur l'incidence et la sévérité de l'ostéoporose dans les années suivant l'enfance et l'adolescence.

## Cancer

Les coûts attribuables à la sédentarité pour les cancers du côlon et du sein assumés par le système canadien de soins de santé sont de 564 millions de dollars annuellement (Janssen, 2012). La recherche appuie fortement l'utilisation de programmes d'activité physique pour atténuer les symptômes du cancer pendant et après le traitement.

L'exercice effectué pendant le traitement du cancer diminue la fatigue, améliore la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne et renforce la qualité de vie liée à la santé (Cramp et Byron-Daniel, 2012; Markes, Brockow et Resch, 2009; Mishra, Scherer, Snyder *et al.*, 2012). Lors du traitement postcancer, l'activité physique continue à réduire la fatigue et à améliorer la qualité de vie liée à la santé (Mishra, Scherer, Geigle *et al.*, 2012; Mishra, Scherer, Snyder *et al.*, 2012), diminue l'anxiété et la douleur (Mishra, Scherer, Geigle *et al.*, 2012), et améliore l'amplitude du mouvement de l'épaule chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (McNeely *et al.*, 2010). Fait intéressant, les interventions d'activité physique contribuent à augmenter le taux de retour au travail chez les patients atteints de cancer (De Boer *et al.*, 2011). Enfin, les enfants et les adolescents qui font de l'exercice bénéficient aussi d'une tendance à une amélioration des mesures de santé lorsqu'ils sont confrontés à un diagnostic de cancer (Braam *et al.*, 2013).

## Les autres aspects de la santé physique et mentale

En plus des sept maladies décrites par Janssen (2012), l'activité physique et l'exercice ont des effets positifs sur d'autres maladies. Ces effets sont notamment une amélioration de la force musculaire, de la mobilité et de l'humeur chez les patients atteints de sclérose en plaques (Rietberg *et al.*, 2011); une amélioration de la force musculaire et de la capacité aérobie chez les individus atteints de polyarthrite rhumatoïde (Hurkmans *et al.*, 2009); une réduction de la douleur ostéoarthritique au genou d'une magnitude comparable

à celle des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (Fransen et McConnell, 2008) et une réduction globale des douleurs articulaires (Liu et Latham, 2009); et une amélioration du bien-être et de la fonction physique, avec des réductions de la douleur et de la dépression chez les patients atteints de fibromyalgie (Busch *et al.*, 2007).

L'activité physique améliore aussi l'estime de soi chez les enfants et les jeunes (Ekeland *et al.*, 2009), ralentit le déclin cognitif et prévient la démence chez les personnes âgées (Reiner *et al.*, 2013) et a un effet positif sur les personnes souffrant de schizophrénie (Gorczyński et Faulkner, 2011).

En outre, l'exercice peut être aussi efficace que les médicaments antidépresseurs dans le traitement de la dépression (Cooney *et al.*, 2013). Bien que les coûts exacts de la dépression attribuables à la sédentarité n'aient pas été estimés au Canada, une étude américaine a révélé que le lien entre la dépression et la sédentarité était à peu près équivalent à celui entre le diabète de type 2 et un mode de vie sédentaire (Garrett *et al.*, 2004). Enfin, la recherche suggère que l'entraînement musculaire chez les personnes âgées améliore la force musculaire, ce qui a un effet positif sur de nombreuses activités de la vie quotidienne comme la marche, les soins personnels d'hygiène ou la préparation des repas (Liu et Latham, 2009).

## CONCLUSION

Le kinésologue est un professionnel de la santé spécialisé dans l'activité physique et la prescription d'exercice pour favoriser une vie active. Ses principales tâches sont la promotion d'un mode de vie sain, la prévention et le traitement des maladies et des blessures. Il sera important d'identifier et de définir le champ d'intervention du kinésologue afin d'obtenir la reconnaissance et la confiance des autres professionnels de la santé, en particulier du médecin de famille.

Les organismes gouvernementaux doivent reconnaître l'impact économique positif de l'exercice comme stratégie efficace de prévention et de traitement des maladies dans le système de soins de santé du Canada. Les kinésologues doivent être pleinement intégrés dans l'équipe de soins et de promotion de la santé afin de s'assurer que l'exercice est effectivement exploité comme une intervention préventive et de réadaptation dans le système de soins de santé.

## POINTS À RETENIR

1. L'exercice est comme un médicament. La prescription d'exercice devrait être considérée de la même façon qu'une prescription de médicaments :
  - > Type : Force, endurance, flexibilité, aspects fonctionnels particuliers comme l'agilité, l'équilibre, la coordination, etc.
  - > Dosage : Intensité de l'exercice
  - > Fréquence : Séances par jour ou par semaine
  - > Prescrit par : Un ou une kinésiologue

La position du Conseil canadien des administrateurs universitaires en éducation physique et kinésiologie (CCAUEPK) est que :

2. La gestion de la santé des Canadiens devrait se concentrer davantage sur la prévention.
3. L'exercice à des fins préventives ou de traitement des maladies et des blessures pourrait faire économiser au moins 2,4 milliards de dollars par année.
4. Le kinésiologue est un expert de l'exercice formé pour prescrire l'exercice comme intervention préventive et réadaptative dans le traitement des maladies et des blessures.
5. Le kinésiologue joue un rôle essentiel au sein de l'équipe interprofessionnelle de soins ou de promotion de la santé.
6. Les provinces devraient reconnaître la kinésiologie comme une profession de la santé réglementée et reconnaître que la nature spécialisée de cette formation fait du kinésiologue un membre important des équipes de promotion et de soins de santé.
7. Des mesures pertinentes de suivi devraient être élaborées pour examiner les avantages sanitaires et économiques à long terme de l'intégration du kinésiologue dans le système de soins de santé.

## ANNEXE 13.1.

### LIENS VERS LES ASSOCIATIONS PROVINCIALES DE KINÉSIOLOGIE

Newfoundland & Labrador Kinesiology Association : <[www.nlka.ca](http://www.nlka.ca)>

Association des kinésiologues du Nouveau-Brunswick : pas de site Web disponible

Kinesiology Association of Nova Scotia : pas de site Web disponible

Fédération des kinésiologues du Québec : <[www.kinesiologue.com](http://www.kinesiologue.com)>

College of Kinesiologists of Ontario : <[www.coko.ca](http://www.coko.ca)>

Ontario Kinesiology Association : <[www.oka.on.ca](http://www.oka.on.ca)>

Manitoba Kinesiology Association : <[www.manitobakinesiologists.ca](http://www.manitobakinesiologists.ca)>

Saskatchewan Kinesiology and Exercise Science Association : <[www.skesa.ca](http://www.skesa.ca)>

Alberta Kinesiology Association : <[www.albertakinesiology.ca](http://www.albertakinesiology.ca)>

British Columbia Association of Kinesiologists : <[www.bcak.bc.ca](http://www.bcak.bc.ca)>

## ANNEXE 13.2.

# ÉNONCÉS DU CHAMP DE PRATIQUE POUR LE KINÉSIOLOGUE ET LE PHYSIOLOGISTE DE L'EXERCICE

### **Alberta**

Alberta Kinesiology Association

« Les kinésiolesgues offrent des services par l'application de la science du mouvement humain et fournissent des solutions de qualité grâce à la prévention, l'évaluation objective et une intervention fondée sur des données probantes. »

### **Colombie-Britannique**

British Columbia Association of Kinesiologists

« Les kinésiolesgues effectuent des tests et une évaluation du mouvement humain et de la condition physique. Ils conçoivent et mettent en œuvre des programmes visant à maintenir, réadapter ou améliorer le mouvement et la performance dans les domaines du sport, des loisirs, du travail et de l'exercice. »

### **Manitoba**

Manitoba Kinesiology Association

« Les kinésiolesgues offrent les meilleures pratiques en matière de prévention, d'évaluation et d'intervention pour améliorer et maintenir la condition physique, la santé et le bien-être, la performance et la fonction, dans les domaines du sport, des loisirs, du travail, de l'exercice et des activités de la vie quotidienne, et en font la promotion. »

### **Terre-Neuve et Labrador**

Newfoundland & Labrador Kinesiology Association

« La pratique de la kinésiolesgie est l'évaluation du mouvement, de la performance et de la fonction, et la réadaptation, la prévention et la gestion des problèmes pour maintenir, réadapter et améliorer le mouvement, la performance et la fonction, dans les domaines du sport, des loisirs, du travail et de l'exercice. »

### **Ontario**

College of Kinesiologists of Ontario

« L'évaluation du mouvement humain et de la performance et sa réadaptation et la gestion du maintien, de la réadaptation ou de l'amélioration du mouvement et de la performance. »

Ontario Kinesiology Association

« Les kinésiolesgues sont engagés à améliorer la qualité de vie par la promotion de l'activité physique et la santé et la sécurité au travail, la prévention et le traitement des blessures et des maladies chroniques, et une amélioration globale de la santé et de la performance. »

## Québec

Fédération des kinésiologues du Québec

« Le kinésiologue évalue les déterminants de la condition physique et la dynamique du mouvement d'une personne qui présente ou non des facteurs personnels perturbés. Il établit un plan de traitement et d'intervention par le moyen de l'activité physique puis en assure sa réalisation dans le but d'améliorer ou de rétablir la santé. Ses fonctions s'étalent de la dimension fonctionnelle à la performance, et ce, selon les fondements biopsychosociaux. »

Alliance canadienne de kinésiologie (ACK)

« L'organisation fait la promotion de la profession de kinésiologue dans les domaines de la promotion de la santé, de la réadaptation clinique, de l'ergonomie, de la santé et de la sécurité, des incapacités et de la gestion de cas. »

### **Les provinces ou territoires suivants ont une section de l'Alliance canadienne de kinésiologie (ACK) : Saskatchewan, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut.**

Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE)

« Un physiologiste de l'exercice certifié par la SCPE (PEC-SCPE) effectue des évaluations et prescrit des exercices de conditionnement physique. De plus, il supervise les exercices, prodigue des conseils et fournit de l'éducation en matière de saines habitudes de vie pour les personnes apparemment en santé ou les populations aux prises avec des conditions médicales, des limitations fonctionnelles ou des incapacités associées à des conditions musculosquelettiques, cardiopulmonaires, métaboliques et neuromusculaires, et au vieillissement. »

Kinesiology Act 2007 (Gouvernement de l'Ontario/Ontario Regulation 401/12)

« L'évaluation du mouvement humain et de la performance et sa réadaptation et sa gestion afin de maintenir, restaurer ou améliorer le mouvement et la performance. »

## RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007). *Plan stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada 2007-2012 : Information, Savoir, Action*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.
- BRAAM, K.I., VAN DER TORRE, P., TAKKEN, T., VEENING, M.A., VAN DULMEN-DEN BROEDER, E. et KASPERS, G.J.L. (2013). Physical exercise training interventions for children and young adults during and after treatment for childhood cancer, *The Cochrane Library*, (10). doi : 10.1002/14651858.CD008796.pub2.
- BRAZZELLI, M., SAUNDERS, D.H., GREIG, C.A. et MEAD, G.E. (2011). Physical fitness training for stroke patients, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, octobre. doi : 10.1002/14651858.CD003316.pub4.
- BUSCH, A.J., BARBER, A.R.K., OVEREND, T.J., PELOSO, M.P. et SCHACHTER, C.L. (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1-71. doi : 10.1002/14651858.CD003786.pub2.
- CASTANEDA, C., LAYNE, J.E., MUNOZ-ORIAN, L., GORDON, P.L. et AL. (2002). A randomized controlled trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adults with type 2 diabetes, *Diabetes Care*, 25(12), 2335-2341.
- COLLEY, R.C., GARRIGUET, D., JANSSEN, I., CRAIG, C.L., CLARKE, J., et TREMBLAY, M.S. (2011). *Activité physique des adultes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009*, rapport sur la santé n° 82-003-X. Ottawa : Statistiques Canada, <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011001/article/11396-fra.pdf>>.
- COONEY, G.M., DWAN, K., GREIG, C.A., LAWLOR, D.A., RIMER, J., WAUGH, F.R., MCMURDO, M. et MEAD, G.E. (2013). Exercise for depression, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. doi : 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
- CRAMP, F. et BYRON-DANIEL, J. (2012). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(2), 1-82. doi : 10.1002/14651858.CD006145.pub3.
- CUFF, D.J., MENEILLY, G.S., MARTIN, A., IGNASZEWSKI, A. et AL. (2003). Effective exercise modality to reduce insulin resistance in women with type 2 diabetes, *Diabetes Care*, 26(11), 2977-2982.
- DAVIES, E.J., MOXHAM, T., REES, K., SINGH, S., COATS, A.J.S., EBRAHIM, S., LOUGH, F. et TAYLOR, R.S. (2010). Exercise-based rehabilitation for heart failure, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 27(4). doi : 10.1002/14651858.CD003331.pub3.
- DE BOER, A.G.E.M., TASKILA, T.K., TAMMINGA, S.J., FRINGS-DRESEN, M.H.W., FEUERSTEIN, M. et VERBEEK, J.H. (2011). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, octobre. doi : 10.1002/14651858.CD007569.pub2.
- EKELAND, E., HEIAN, F., HAGEN, B.K., ABBOTT, J.M. et NORDHEIM, L. (2009). Exercise to improve self-esteem in children and young people, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi : 10.1002/14651858.CD003683.pub2.
- ENGLISH, C. et HILLIER, S.L. (2010). Circuit class therapy for improving mobility after stroke, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. doi : 10.1002/14651858.CD007513.pub2.
- FOWLES, J.R., MURPHY, R.J.L., SHIELDS, C.A. et DURANT, M. (2010). *The Diabetes "Physical Activity and Exercise Tool-kit". For Diabetes Care Providers Wanting to Get their Clients Moving in the Right Direction*. Halifax : Diabetes Care Program of Nova Scotia.
- FRANSEN, M. et MCCONNELL, S. (2008). Exercise for osteoarthritis of the knee, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi : 10.1002/14651858.CD004376.pub2.

- GARRETT, N.A., BRASURE, M., SCHMITZ, K.H., SCHULTZ, M.M. et HUBER, M.R. (2004). Physical inactivity: Direct cost to a health plan, *American Journal of Preventive Medicine*, 27(4), 304-309.
- GORCZYNSKI, P. et FAULKNER, G. (2011). Exercise therapy for schizophrenia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi: 10.1002/14651858.CD004412.pub2.
- HAMER, M. et STAMATAKIS, E. (2009). Physical activity and risk of cardiovascular disease events: Inflammatory and metabolic mechanisms, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 1206-1211. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181971247.
- HOWE, T.E., SHEA, B., DAWSON, L.J., DOWNIE, F., MURRAY, A., ROSS, C., HARBOUR, R.T., CALDWELL, L.M. et CREED, G. (2011). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi: 10.1002/14651858.CD000333.pub2.
- HURKMANS, E., VAN DER GIESEN, F.J., VLIET VLIELAND, T.P.M., SCHOONES, J. et VAN DEN ENDE, E.C.H.M. (2009). Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength Training) in patients with rheumatoid arthritis, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi: 10.1002/14651858.CD006853.pub2.
- INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE et LE MODE DE VIE - ICRCPP (2011). Bulletin 5 : Connaissances des recommandations sur l'activité physique, *Sondage indicateur de l'activité physique en 2008*. Ottawa : ICRCPP, <<http://www.cflri.ca/fr/document/bulletin-05-connaissances-des-recommandations-sur-lactivit%C3%A9-physique>>.
- JANSSEN, I. (2012). Health care costs of physical inactivity in Canadian adults, *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37, 803-806. doi: 10.1139/h2012-061.
- KEMMLER, W. et VON STENGEL, S. (2011). Exercise and osteoporosis-related fractures: Perspectives and recommendations of the sports and exercise scientist, *The Physician and Sports Medicine*, 39, 142. doi: 10.3810/psm.2011.02.1872.
- LIU, C. et LATHAM, N.K. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD002759.pub2.
- MARKES, M., BROCKOW, T. et RESCH, K. (2009). Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD005001.pub2.
- MCNEELY, M.L., CAMPBELL, K., OSPINA, M., ROWE, B.H., DABBS, K., KLASSEN, T.P., MACKEY, J. et COURNEYA, K. (2010). Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi: 10.1002/14651858.CD005211.pub2.
- MISHRA, S.I., SCHERER, R.W., GEIGLE, P.M., BERLANSTEIN, D.R., TOPALOGLU, O., GOTAY, C.C. et SNYDER, C. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi: 10.1002/14651858.CD007566.pub2.
- MISHRA, S.I., SCHERER, R.W., SNYDER, C., GEIGLE, P.M., BERLANSTEIN, D.R. et TOPALOGLU, O. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi: 10.1002/14651858.CD008465.pub2.
- NIKANDER, R., SIEVÄNEN, H., HEINONEN, A., DALY, R., UUSI-RASI, K. et KANNUS, P. (2010). Targeted exercise against osteoporosis: A systematic review and meta-analysis for optimising bone strength throughout life, *Bio Med Central*, 8. doi: 10.1186/1741-7015-8-47.

- OROZCO, L.J., BUCHLEITNER, A.M., GIMENEZ-PEREZ, G., ROQUÉ I FIGULS, M., RICHTER, B. et MAURICIO, D. (2008). Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, octobre. doi : 10.1002/14651858.CD003054.pub3.
- PETERSEN, C.B., GRONBAEK, M., HELGE, J.W., THYGESEN, L.C., SCHNOHR, P. et TOLSTRUP, J.S. (2012). Changes in physical activity in leisure time and the risk of myocardial infarction, ischemic heart disease, and all-cause mortality, *European Journal of Epidemiology*, 27, 91. doi : 10.1007/s10654-012-9656-z.
- REINER, M., NIERMANN, C., JEKAUC, D. et WOLL, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity : A systematic review of longitudinal studies, *BMC Public Health*, 13, 813. doi : 10.1186/1471-2458-13-813.
- RIETBERG, M.B., BROOKS, D., UITDEHAAG, M.J.B. et KWAKKEL, G. (2011). Exercise therapy for multiple sclerosis, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi : 10.1002/14651858.CD003980.pub2.
- ROTHENBACHER, D., KOENIG, W. et BRENNER, H. (2006). Lifetime physical activity patterns and risk of coronary heart disease, *Heart*, 92, 1319. doi : 10.1136/hrt.2006.087478.
- THOMAS, D., ELLIOTT, E.J. et NAUGHTON, G.A. (2009). Exercise for type 2 diabetes mellitus, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi : 10.1002/14651858.CD002968.pub2.
- WARBURTON, D.E. et al. (2011). Evidence-based risk recommendations for best practices in the training of qualified exercise professionals working with clinical populations, *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36(Supplément 1), S232-S265. doi : 10.1139/h11-054.
- WATSON, L., ELLIS, B. et LENG, G.C. (2008). Exercise for intermittent claudication, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi : 10.1002/14651858.CD000990.pub2.
- ZHENG, H., ORSINI, N., AMIN, J., WOLK, A., NGUYEN, V.T.T. et EHRLICH, F. (2009). Quantifying the dose-response of walking in reducing coronary heart disease risk : Meta-analysis, *European Journal of Epidemiology*, 24, 181. doi : 10.1007/s10654-009-9328-9.

# Notices biographiques



**VERONICA ASGARY-EDEN**, Ph. D., C. Psych., est psychologue clinicienne à l'Équipe de santé familiale Family First d'Ottawa. Elle est présentement directrice du conseil d'administration de l'Association des équipes de santé familiale de l'Ontario (Association of Family Health Teams of Ontario).

**KEEGAN BARKER**, Ph. D., C. Psych. (pratique supervisée), est psychologue clinicienne actuellement en pratique supervisée à la Clinique de stress opérationnel et de trauma, au Centre de santé mentale royal d'Ottawa.

**GLEN BERGERON**, Ph. D., est professeur et doyen associé à la Faculté de kinésiologie de l'Université de Winnipeg. Glen est un des membres fondateurs de la Manitoba Athletic Therapists Association et du Sport Medicine Council of Manitoba. Il est présentement codirecteur de la Kinesiology Coalition of Manitoba et membre du Conseil canadien des administrateurs universitaires en éducation physique et kinésiologie (CCAUEPK).

**ANDRÉ BILODEAU**, M.D., FCFP, M.A. (éduc.), est médecin de famille et titulaire d'une maîtrise en pédagogie universitaire des sciences de la santé de l'Université Laval. Il dirige le volet francophone du programme de professionnalisme en médecine à l'Université d'Ottawa.

**MARIE-HÉLÈNE CHOMIENNE**, M.D., CCFP, M. Sc., est médecin de famille et titulaire d'une maîtrise en épidémiologie de l'Université d'Ottawa. Elle est chercheuse sénior à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort ainsi que clinicienne-chercheuse au Centre CT-Lamont de recherche en soins primaires.

**DAUNA CROOKS**, RN, DNSc., est l'ancienne doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université du Manitoba. Malgré sa retraite, elle continue de travailler au sein des comités d'étudiants inscrits à la maîtrise et au doctorat.

**DANIELLE DE MOISSAC**, Ph. D. est professeure agrégée à la Faculté des sciences de l'Université de Saint-Boniface.

**CATHERINE DE PIERREPONT**, B.A., M.A., Ph. D. (candidate), est présentement candidate au doctorat en santé des populations à l'Université d'Ottawa. Elle est titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en sexologie de l'Université du Québec à Montréal.

**JANIE DESROCHES**, I.A., M.B.A., M.G.S.S., est gestionnaire clinique à l'Unité de médecine et de réadaptation de l'Hôpital Montfort.

**MONIC GALLIEN**, Ph. D. (candidate), est présentement candidate au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa et résidente sénior en psychologie à l'Équipe de santé familiale de Clarence-Rockland.

**SYLVIE GENDRON**, Ph. D., est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et est affiliée au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS), ainsi qu'au Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE). Elle est chercheuse à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM).

**ISABELLE GIROUX**, Ph. D., Dt.P., B. Éd., ÉFI, est diététiste professionnelle, économiste familiale professionnelle et professeure agrégée de nutrition à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. Elle est chercheuse affiliée à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort. Elle est aussi présidente du Regroupement des diététistes francophones de l'Ontario et du Canada depuis 2007 et membre du Comité directeur du Partenariat pour la formation et la pratique en nutrition du Canada.

**JULIE GOSSELIN**, Ph. D., C. Psych., est psychologue clinicienne et professeure agrégée de psychologie clinique à l'École de psychologie, Faculté des sciences sociales de l'Université d'Ottawa. Elle est chercheuse affiliée à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, l'Alliance de recherche université-communauté sur la séparation parentale et la recomposition familiale, et chercheuse principale au Centre de recherche sur les services éducatifs et communautaires de l'Université d'Ottawa.

**PAUL SAMUEL GREENMAN**, Ph. D., C. Psych., est professeur titulaire de psychologie clinique à l'Université du Québec en Outaouais à Gatineau, Québec. Il est aussi psychologue clinicien à l'Institut du couple et de la famille d'Ottawa et au Service de psychologie clinique de la santé de l'Hôpital Montfort, et professeur clinique affilié à l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa. Il est chercheur affilié à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort.

**JEAN GRENIER**, Ph. D., C. Psych., est psychologue et chercheur sénior à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort ainsi que clinicien-chercheur au Centre CT-Lamont de recherche en soins primaires. Il travaille également à l'Équipe de santé familiale de Clarence-Rockland.

**MÉLANIE JOANISSE**, Ph. D., C. Psych., est psychologue clinicienne au sein de l'Équipe de santé familiale de Clarence-Rockland. Elle travaille également au Service de psychologie clinique de la santé de l'Hôpital Montfort et à l'Institut du couple et de la famille d'Ottawa. Elle est professeure à temps partiel à l'Université d'Ottawa.

**GEORDEN JONES**, Ph. D. (candidate), est présentement candidate au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa.

**LYNN KABAROFF**, R.Kin., est professeure dans le programme de gestion de la forme physique au Cambrian College of Applied Arts and Technology. Elle est également membre active du Conseil de l'Ordre des kinésiologues de l'Ontario. Elle pratique la kinésiologie au sein de cliniques ambulatoires et de sa propre entreprise.

**MICHELLE LALONDE**, Inf., MN, Ph. D., est professeure adjointe à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. Elle est aussi chercheuse affiliée à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort.

**CÉLINE LARIVIÈRE**, Ph. D., est professeure agrégée et directrice de l'École des sciences de l'activité physique à l'Université Laurentienne. Elle est membre du Comité de liaison universitaire de l'Ordre des kinésiologues de l'Ontario. Elle représente l'Université Laurentienne au Conseil canadien des administrateurs universitaires en éducation physique et kinésiologie (CCAUEPK).

**SOPHIE LEBEL**, Ph. D., C. Psych., est psychologue clinicienne, professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa et chercheuse à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort.

**RUTH MCMANUS**, M.D., FRCPC, Cert. Endo., est une endocrinologue certifiée travaillant au St. Joseph's Health Care London en Ontario. Elle est professeure au Département de médecine et fait partie de la Division d'endocrinologie et de métabolisme de l'École de médecine et de dentisterie Schulich de l'Université Western Ontario à London en Ontario.

**AMÉLIE PERRON**, Ph. D., est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

**DANIELLE PETRICONE-WESTWOOD**, Ph. D. (candidate), est présentement candidate au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa.

**VIOLA POLOMENO**, Inf., Ph. D., est infirmière autorisée et professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Elle est chercheuse affiliée à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, membre du comité de recherche du Centre de naissance et de bien-être d'Ottawa, et du Forum canadien de recherche sur la sexualité.

**LILIANE PRAIRIE**, I.A., M. Sc. Inf., est infirmière et travaille présentement à Santé Canada dans le domaine de la gestion des incidents critiques concernant les infirmières qui œuvrent auprès des populations des Premières Nations.

**LAURALIE RICHARD**, Ph. D., est chercheuse associée au Department of General Practice and Primary Health Care de l'Université de Melbourne en Australie et est affiliée au North American Primary Care Research Group (NAPCRG).

**ANNIE RIOUX-DUBOIS**, Ph. D. (candidate), est candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa.

**ANNETTE SCHULTZ**, Inf. aut., Ph. D., est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université du Manitoba.

**CAROLINE SÉGUIN LECLAIR**, Ph. D. (candidate), est présentement candidate au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa.

**PHILIP SULLIVAN**, Ph. D., est professeur et directeur du Département de kinésiologie de l'Université Brock à St. Catharines, en Ontario.

**CHRISTINA TOMEI**, Ph. D. (candidate), est présentement candidate au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa. Elle est titulaire d'une maîtrise en counselling (psychologie) de l'Université McGill.

**MANON TREMBLAY**, Ph. D., est chercheuse affiliée à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort et elle dirige le Centre de développement professionnel continu de l'Hôpital Montfort depuis 2010. Elle est professeure auxiliaire à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

**ANN WATT**, M. Sc., est une diététiste professionnelle et une éducatrice certifiée en diabète. Elle est gestionnaire du programme d'éducation sur le diabète de Huron Perth et fait partie du Huron Perth Healthcare Alliance de Stratford en Ontario.







---

POUR AMÉLIORER L'OFFRE ET LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES au Canada, un éventail d'initiatives visant à favoriser la collaboration interprofessionnelle ont été mises en place au début des années 2000, que ce soit les Équipes de santé familiale en Ontario, les Groupes de médecine familiale au Québec ou les Centres de santé communautaires au Nouveau-Brunswick. Or l'inclusion de professionnels de la santé autres que les médecins au sein des services de première ligne en est à ses balbutiements et recèle des défis complexes qui méritent d'être étudiés, ne serait-ce qu'en matière de formation initiale et continue, car ces professionnels auront à adopter une vision plus élargie de la santé et de leur champ de pratique, et à apprendre à évoluer dans des milieux médicaux non traditionnels.

Cet ouvrage fait état des enjeux qui jalonnent la pratique des professionnels travaillant en soins de santé primaires, qu'ils soient médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, diététistes, nutritionnistes, kinésilogues, physiothérapeutes ou sexologues, et expose les façons de faire les plus prometteuses pour assurer leur développement professionnel. Les auteurs partagent les meilleures stratégies pour faciliter l'intégration des professionnels au sein des équipes en soins de santé primaires et maximiser leurs expertises complémentaires au profit des patients. Ils présentent également des méthodes de formation et d'évaluation pour soutenir le développement de ces professionnels. Ils proposent enfin des avenues pour la recherche, afin de contribuer à l'adoption de pratiques exemplaires basées sur des données probantes.

---

JULIE GOSSELIN, Ph. D., C. Psych., est psychologue clinicienne, professeure agrégée de psychologie clinique à l'École de psychologie de la Faculté des sciences sociales de l'Université d'Ottawa et chercheure affiliée à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort.

PAUL SAMUEL GREENMAN, Ph. D., C. Psych., est psychologue clinicien, professeur titulaire de psychologie clinique à l'Université du Québec en Outaouais et chercheur affilié à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort.

MÉLANIE JOANISSE, Ph. D., C. Psych., est psychologue clinicienne au sein de l'Équipe de santé familiale de Clarence-Rockland et à l'Hôpital Montfort.

AVEC LA COLLABORATION DE Veronica Asgary-Eden, Keegan Barker, Glen Bergeron, André Bilodeau, Marie-Hélène Chomienne, Dauna Crooks, Danielle de Moissac, Catherine de Pierrepont, Janie Desroches, Monic Gallien, Sylvie Gendron, Isabelle Giroux, Julie Gosselin, Paul Samuel Greenman, Jean Grenier, Mélanie Joannis, Georden Jones, Lynn Kabaroff, Michelle Lalonde, Céline Larivière, Sophie Lebel, Ruth McManus, Amélie Perron, Danielle Petricone-Westwood, Viola Polomeno, Liliane Prairie, Lauralie Richard, Annie Rioux-Dubois, Annette Schultz, Caroline Séguin Leclair, Philip Sullivan, Christina Tomei, Manon Tremblay et Ann Watt.

ISBN 978-2-7605-4331-7

