



Canadian Academy of Health Sciences  
Académie canadienne des sciences de la santé



# OPTIMISATION DES CHAMPS D'EXERCICE

DE NOUVEAUX  
MODÈLES DE SOINS POUR  
UN NOUVEAU SYSTÈME  
DE SOINS DE SANTÉ

RAPPORT DU COMITÉ D'EXPERTS NOMMÉS PAR L'ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ :  
Nelson S., Turnbull J., Bainbridge L., Caulfield T., Hudon G., Kendel D., Mowat D., Nasmith L., Postl B., Shamian J. et Sketris I. (2014).

Publié en 2014 par l'Académie canadienne  
des sciences de la santé,  
180, rue Elgin, bureau 1403,  
Ottawa (Ontario) K2P 2K3 Canada

Il est possible de se procurer d'autres exemplaires  
de ce rapport auprès de l'Académie canadienne  
des sciences de la santé ou dans Internet au  
<http://www.cahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

Pour de plus amples renseignements au sujet de  
l'Académie canadienne des sciences de la santé,  
veuillez consulter la page d'accueil de l'ACSS au  
<http://www.cahs-acss.ca/fr/>

**Comment citer ce rapport :** Nelson, S., Turnbull, J.,  
Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D.,  
Mowat, D., Nasmith, L., Postl, B., Shamian, J.  
et Sketris, I. (2014). Optimisation des champs  
d'exercice : de nouveaux modèles de soins  
pour un nouveau système de soins de santé.  
Académie canadienne des sciences de la santé.  
Ottawa, Ontario.





# LETTRE DU PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

*Au nom de l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS), je suis très heureux de présenter l'évaluation **Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé**. L'origine de cette évaluation remonte au forum de l'ACSS de septembre 2011, qui portait sur l'avenir du système de soins de santé du Canada. Les délibérations qui ont suivi le forum ont amené les intervenants à prendre conscience de l'importance des champs d'exercice à titre de moteurs d'innovation dans le système de soins de santé du Canada.*

J'aimerais exprimer la sincère gratitude de l'ACSS envers le coprésident, Jeff Turnbull, de l'Université d'Ottawa, et la coprésidente, Sioban Nelson, de l'Université de Toronto, de même qu'envers les distingués membres du comité d'experts. Cette publication constitue le point culminant de 24 mois d'examen attentif des données probantes et de mise au point de recommandations novatrices. Je souhaite remercier Ivy Bourgeault, de l'Université d'Ottawa, directrice scientifique du Réseau canadien sur les ressources humaines en santé, pour son apport crucial à cette évaluation.

J'aimerais également souligner la contribution de Dale Dauphinee, de l'Université McGill, président du Comité permanent sur les évaluations de l'ACSS, pour les conseils que son comité dévoué et lui-même ont fournis pour la réalisation de cette évaluation, depuis les toutes premières étapes jusqu'à la conclusion de ce projet couronné de succès. Par ailleurs, j'aimerais remercier sincèrement Carol Herbert, de l'Université Western, qui a effectué une surveillance essentielle du processus vers la fin du projet. Mes remerciements vont également à Thomas Marrie, ancien président de l'ACSS, pour le leadership dont il a fait preuve et qui a permis de donner l'élan de départ à ce projet et de trouver des partenaires financiers.

Chaque évaluation de l'ACSS nécessite le soutien financier d'organismes visionnaires. Cette évaluation a été soutenue par un grand nombre d'organismes, qui ont généreusement versé entre 5 000 et 50 000 \$. L'ACSS est profondément reconnaissante envers chacun des organismes qui ont parrainé le projet. Ceux-ci sont mentionnés dans les pages d'introduction de ce rapport.

La direction de l'ACSS porte cette évaluation à l'attention du public canadien et a la certitude qu'elle sera d'une grande valeur dans les efforts déployés à l'échelle nationale pour renforcer et maintenir ce système de soins de santé si cher à l'ensemble de la population du Canada.

John A. Cairns, M.D., FRCPC, MACSS  
Président (2013-2015), Académie canadienne  
des sciences de la santé



# L'ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

*L'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) offre des « conseils scientifiques en vue de contribuer à la bonne santé de la population canadienne » (Académie canadienne des sciences de la santé, 2009, p. 1). Il s'agit d'un organisme caritatif à but non lucratif créé en 2004 et conçu pour œuvrer en partenariat avec la Société royale du Canada et l'Académie canadienne du génie. Ces trois organismes sont les trois membres fondateurs du Conseil des académies canadiennes. L'Institut canadien de médecine académique a joué un rôle de premier plan dans la mise sur pied de l'Académie canadienne des sciences de la santé, veillant à ce que son mandat englobe tout l'éventail des autres disciplines des sciences de la santé.*

Le modèle de l'Académie canadienne des sciences de la santé est l'Institut de Médecine des États-Unis. L'ACSS fournit en temps voulu des évaluations éclairées et indépendantes sur des questions urgentes qui touchent la santé des Canadiens et des Canadiennes. Le processus de travail de l'Académie canadienne des sciences de la santé est conçu de façon à garantir l'accès aux experts appropriés, l'intégration des meilleures connaissances scientifiques et l'élimination de tout parti pris ou conflit d'intérêts. Ce dernier aspect relève d'une dynamique qui affecte souvent la recherche de solutions aux problèmes difficiles dans le secteur de la santé. Les évaluations effectuées par l'ACSS offrent une analyse objective des données scientifiques disponibles, indépendamment des considérations politiques et selon une perspective axée sur l'intérêt du grand public.

Les commanditaires dont émane la demande d'évaluation ont leur mot à dire en ce qui concerne la définition du cadre dans lequel s'inscrit la question à l'étude; mais ils n'ont aucune influence sur les résultats de l'évaluation ni sur le contenu du rapport. Chaque évaluation

de l'Académie est préparée par un comité d'experts nommés par l'Académie canadienne des sciences de la santé et est elle-même évaluée de façon approfondie par des examinateurs externes qui restent anonymes pour le comité d'experts jusqu'à la publication du rapport. L'approbation finale de la publication et de la diffusion d'un rapport de l'Académie relève exclusivement du conseil des gouverneurs de l'Académie canadienne des sciences de la santé.

L'Académie canadienne des sciences de la santé se compose de membres élus issus de diverses disciplines, tant au sein du secteur de la santé qu'en dehors de ce secteur. Il s'agit à la fois d'un organisme regroupant des membres honorifiques et d'un organisme de recherche sur les politiques publiques. Les membres sont élus à l'ACSS à l'issue d'un processus rigoureux d'examen par les pairs dont les critères portent sur les aspects suivants : preuves du rôle de chef de file, créativité, compétences caractéristiques et engagement à faire progresser les études et la recherche sur les sciences de la santé.

## Membres du comité d'experts

Ce comité d'experts, qui rassemble un large éventail d'expertises et de perspectives, est l'illustration parfaite de la démarche de l'Académie canadienne des sciences de la santé et de son souci d'objectivité, d'intégrité et de compétence.

**Sioban Nelson (coprésidente)**, Université de Toronto

**Jeff Turnbull (coprésident)**, Hôpital d'Ottawa

**Lesley Bainbridge**, Université de la Colombie-Britannique

**Timothy Caulfield**, Université de l'Alberta

**Gilles Hudon**, ancien directeur des Politiques de la santé et de l'Office de développement professionnel, Fédération des médecins spécialistes du Québec

**Dennis Kendel**, ancien registraire du College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan

**David Mowat**, médecin conseil en santé publique, région de Peel, Ontario

**Louise Nasmith**, Université de la Colombie-Britannique

**Brian Postl**, Université du Manitoba

**Judith Shamian**, Conseil international des infirmières, Ontario

**Ingrid Sketris**, Université Dalhousie

## Équipe de projet : Réseau canadien sur les ressources humaines en santé (RCRHS)

**Ivy Lynn Bourgeault**, directrice scientifique du RCRHS, Université d'Ottawa

**Gillian Mulvale**, Université McMaster

**Katelyn Merritt**, chargée de projets, RCRHS, Université d'Ottawa

La biographie des membres du comité d'experts et de l'équipe de projet, de la consultante juridique et de l'agent de liaison de l'ACSS figurent à l'appendice 4\*. Tous les membres ont offert leur temps et leur expertise de façon bénévole afin de traiter de cet enjeu crucial et ont dû déclarer par écrit tout conflit d'intérêts potentiel. Ces renseignements sont disponibles sur demande à des fins de vérification.

## Consultante juridique

**Nola M. Ries**, Université de l'Alberta et Université de Newcastle (Australie)

La biographie des membres du comité d'experts et de l'équipe de projet, de la consultante juridique et de l'agent de liaison de l'ACSS figurent à l'appendice 4\*. Tous les membres ont offert leur temps et leur expertise de façon bénévole afin de traiter de cet enjeu crucial et ont dû déclarer par écrit tout conflit d'intérêts potentiel. Ces renseignements sont disponibles sur demande à des fins de vérification.

## Examineurs externes

Les examinateurs externes ont fourni des commentaires francs et constructifs afin d'aider l'Académie canadienne des sciences de la santé à produire un rapport conforme à ses exigences en matière d'objectivité, de qualité des données et de respect du devis original de l'étude. Voici la liste des examinateurs externes :

**D<sup>r</sup> J. Lloyd Michener**, Professeur et président, Département de santé communautaire et de médecine familiale, et professeur clinique, École de sciences infirmières, Université Duke

**D<sup>re</sup> Nancy Edwards**, Professeure, École de sciences infirmières et Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa, directrice scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations, IRSC

**D<sup>re</sup> Julie Fairman**, Professeure Nightingale en sciences infirmières et directrice du Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing, École de sciences infirmières, Université de la Pennsylvanie

**D<sup>r</sup> Richard Reznick**, Doyen, Faculté des sciences de la santé, Université Queen's

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

# Remerciements

## COMMANDITAIRE PRINCIPAL

Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

## COMMANDITAIRES

Alberta Health Services

Gouvernement de l'Alberta

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Fondation ontarienne de neurotraumatologie

Institute for Health System Transformation and Sustainability

Saskatchewan Health Research Foundation

Association médicale canadienne

## DONATEURS

Alberta Innovates

Conseil manitobain de la recherche en matière de santé

Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse

Université Dalhousie

Université du Manitoba

Université McGill

Université de la Saskatchewan

Université de Toronto

Association des facultés de médecine du Canada

Association canadienne des ergothérapeutes

Régie régionale de la santé Capital

Université McMaster



# PRÉFACE : MOT DU COPRÉSIDENT ET DE LA COPRÉSIDENTE

*Au cours de la dernière décennie, il est devenu de plus en plus clair que le système de soins de santé canadien ne fournit pas un rendement à la hauteur des sommes investies. Ce constat a conduit à de nombreux appels au changement et à la reconnaissance qu'un nouveau système de soins de santé doit être établi à partir de modèles de soins axés sur la collaboration au sein desquels le bon professionnel fournit la meilleure qualité de soins dans le bon contexte et au bon moment en fonction des besoins de chaque patient. Or, pour opérer une transformation des soins de santé, il sera essentiel d'établir les champs d'exercice optimaux de ces fournisseurs de soins. Malheureusement, les systèmes actuels permettant d'établir et de réglementer les champs d'exercice ont davantage favorisé le statu quo que le changement. En conséquence, l'Académie canadienne des sciences de la santé a commandé un rapport vers la fin de 2012 pour répondre à la question suivante : quels champs d'exercice soutiendront le plus efficacement les modèles novateurs à la base d'un système de soins de santé transformé apte à servir l'ensemble de la population du Canada?*

Nous avons été honorés d'avoir été nommés coprésident et coprésidente d'un comité d'experts distingués, qui a passé 18 mois à aborder cette question. Nous avons eu la chance de collaborer avec le Réseau canadien sur les ressources humaines en santé (RCRHS) qui, grâce à sa vaste base de connaissances et à son réseau étendu, a effectué un examen approfondi de la portée et a mené des entrevues en profondeur auprès de meneurs d'opinion du domaine.

Au cours de ce processus, nous avons reconnu l'importance des fournisseurs de soins de santé informels et de ceux ne faisant pas partie d'une profession réglementée, ainsi que la nécessité d'envisager des stratégies de promotion de la santé dans tout plan global de réforme des soins de santé. Cependant, cet examen porte principalement sur les professions de la santé réglementées et sur leur contribution au soutien de modèles de soins axés sur la collaboration et à la transformation de notre système de soins de santé.

Le rapport prône une nouvelle approche selon laquelle les champs d'exercice seraient définis en fonction des besoins des communautés. Dans cette approche, l'équipe de pratique collaborative déterminerait les responsabilités respectives des différents cliniciens, et cette même équipe

devrait rendre des comptes par l'entremise d'un processus d'agrément encadré par une réglementation professionnelle.

Le rapport conclut par des recommandations à l'intention des intervenants clés qui doivent concrétiser cette transformation.

En tant que coprésident et coprésidente, nous aimerions profiter de cette occasion pour remercier les membres du comité d'experts pour leur énergie et leur expertise sans bornes. Nous tenons également à souligner l'importance de ces personnes qui ont donné généreusement de leur temps à titre de répondants et d'examineurs clés. La rédaction de ce rapport n'aurait pas été possible sans Ivy Bourgeault et l'équipe du RCRHS, en particulier l'infatigable Katelyn Merritt. Nous les remercions de leurs efforts remarquables. Enfin, nous tenons à remercier l'Académie de nous avoir accordé sa confiance pour la réalisation de cette importante tâche.

Nous espérons que ce rapport donnera naissance à un processus de discussions et de débats éclairés au cœur desquels primeront l'avenir du système de soins de santé et le bien-être de nos patients et communautés.

Sioban Nelson

Jeff Turnbull



# TABLE DES MATIÈRES

L'ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ .....	2	3. PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	34
SOMMAIRE.....	8	A. Interventions au niveau micro (pratique).....	35
INTRODUCTION.....	15	B. Interventions au niveau moyen (établissement).....	43
Aperçu de la portée de cette évaluation .....	17	C. Niveau macro (structure) : interventions éducatives.....	50
Les grandes lignes du rapport d'évaluation .....	18	D. Niveau macro (structure) : interventions économiques .....	54
1. POURQUOI NOUS CONCENTRER SUR LES CHAMPS D'EXERCICE?.....	20	E. Niveau macro (structure) : Interventions juridiques et réglementaires .....	59
Quel est le problème que nous tentons de résoudre? .....	20	Résumé des principales constatations .....	64
Raison d'être de l'examen des champs d'exercice.....	21	Research Gaps.....	68
Les diverses significations du <i>champ d'exercice</i> .....	22	4. RECOMMANDATIONS.....	70
Politique associée aux champs d'exercice .....	25	RÉFÉRENCES .....	74
Cadre conceptuel .....	27	Références citées.....	74
2. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	29	Références – Littérature publiée.....	77
Aperçu du processus établi pour l'examen de la portée.....	30	Références – Littérature grise.....	82
Vue d'ensemble des entrevues auprès des répondants clés .....	32	APPENDICES.....	84

## Liste des études de cas, figures, tableaux et appendices

### Études de cas

Étude de cas 1 : Élargissement du champ d'exercice, modèle du triage par les physiothérapeutes.....	38	Étude de cas 4 : Intégration des dossiers médicaux électroniques, Le Centre de soins communautaires de Sault Ste. Marie, Ontario .....	44
Étude de cas 2 : Modèle de soins partagés, Programme de santé mentale de la Hamilton Family Health Team (PSM-HFHT), Ontario.....	40	Étude de cas 5 : Évaluation et surveillance intégrées, Clinique familiale Taber, Alberta.....	46
Étude de cas 3 : Modèle dirigé par les infirmières, cliniques de soins rapides, Manitoba....	41	Étude de cas 6 : Mise en application à grande échelle des innovations, centres d'urgence collaboratifs (CEC), Nouvelle-Écosse .....	67

## Figures

Figure 1 : Modèle <i>Triple Aim</i> .....	16
Figure 2 : Relation entre les champs d'exercice et les modèles de soins .....	25
Figure 3 : Cadre conceptuel .....	27
Figure 4 : Aperçu des participants aux entrevues avec les répondants clés .....	32
Figure 5 : Aperçu du nombre de citations relatives aux interventions au niveau de la pratique issues de la littérature.....	35
Figure 6 : Nombre de citations relatives au type d'intervention étudiée dans la littérature sur les interventions .....	43

## Tableau

Tableau 1 : Obstacles et catalyseurs pour les champs d'exercice optimaux dans des configurations de soins axés sur la collaboration aux niveaux micro, moyen et macro .....	66
Tableau 2 : Stratégies de haut niveau pour des champs d'exercice optimaux.....	71
Tableau 3 : Stratégies et recommandations détaillées selon les intervenants .....	71

## Appendices

Appendice 1 : Liste des acronymes .....	84
---	----

.....  
L'appendice 1 est inclus dans la version reliée de ce rapport. Il s'agit du seul appendice disponible en français. Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>  
.....

Appendice 2 : Prospectus original
Appendice 3 : Glossaire
Appendice 4 : Biographies de l'équipe d'évaluation
Appendice 5 : Lignes directrices concernant l'épuration
Appendice 6 : Professions de la santé incluses
Appendice 7 : Stratégie de recherche
Appendice 8 : Liste des organisations ciblées pour la recherche de littérature grise
Appendice 9 : Tableau résumé de la recherche documentaire
Appendice 10 : Outil de recherche documentaire
Appendice 11 : Liste des répondants clés
Appendice 12 : Approbation éthique de l'Université d'Ottawa
Appendice 13 : Lettre d'information et formulaire de consentement pour les entrevues auprès des répondants clés
Appendice 14 : Guide sur les entrevues semi-structurées auprès des répondants clés
Appendice 15 : Schéma de codage NVivo
Appendice 16 : Aperçu de la littérature sur les interventions relatives aux champs d'exercice
Appendice 17 : Types de mécanismes de financement



# SOMMAIRE

Les récents changements au profil sociodémographique et épidémiologique de la population canadienne, les transformations de la technologie et la préoccupation constante quant au rendement du capital investi dans les soins de santé ont mené au constat général qu'il faut transformer le système de soins de santé. Les efforts visant à préserver et à améliorer les éléments positifs du système de soins de santé du Canada continuent d'être insuffisants pour répondre aux besoins changeants de toute la population canadienne en matière de soins de santé. Les divers éléments du système actuel ont en grande partie été créés en fonction des soins de courte durée épisodiques offerts dans les hôpitaux et le plus souvent seulement par un médecin. Au fil des décennies, ces éléments se sont inscrits dans des systèmes législatifs, réglementaires et financiers qui rendent difficile l'adaptation aux besoins changeants de la population en matière de soins de santé. Les organismes et le personnel de soins de santé qui recherchent des solutions novatrices doivent souvent contourner ces obstacles afin d'optimiser les ressources et d'améliorer la qualité des soins. Par ailleurs, ces modèles demeurent généralement localisés et ne sont pas assortis des structures ou soutiens systématiques qui permettraient une mise en application à plus grande échelle. Cette évaluation aborde directement le champ d'exercice optimal des fournisseurs de soins de santé en examinant ces questions et prône une transformation de l'ensemble du système basée sur des initiatives continues d'amélioration de la qualité visant à mieux répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population.

Puisque ce sont les professionnels de la santé qui sont aux premières lignes en matière de prestation de services, un examen de l'utilisation des ressources humaines en santé (RHS) doit être mené. Cet effort comprend une évaluation des tâches et des responsabilités définies pour chaque profession de la santé (c'est-à-dire les *champs d'exercice*); des configurations où interagissent les professionnels de la santé (c'est-à-dire les *modèles de soins*); et des contextes éducatifs, juridiques, réglementaires et économiques dans lesquels les champs d'exercice et les modèles de soins sont intégrés. En réponse au défi de fournir des soins accessibles et de haute qualité, les champs d'exercice de certains professionnels de la santé, comme les pharmaciens et les infirmières praticiennes, ont été élargis, et de nouvelles professions et de nouveaux rôles, tels que les techniciens en pharmacie et les intervenants-pivots en santé, ont été créés dans plusieurs provinces et territoires du Canada. Dans certains cas, cependant, ces rôles ont été introduits sans aucun cadre détaillant comment ils seront intégrés dans les modèles de prestation de services existants ou quel sera leur impact sur les champs d'exercice des professions de la santé existantes. En plus d'accroître les champs d'exercice de certaines professions de la santé, l'optimisation des champs d'exercice existants doit se faire en harmonie avec les modèles de soins où ils sont employés. Or, le décalage entre les capacités des ressources humaines en santé et la nécessité de fournir des services de soins de santé adaptés aux demandes de la population est un problème mondial pour lequel nous recherchons une solution canadienne.

## Objectif et question de recherche

L'objectif de l'évaluation consistait à procéder à un examen des données probantes relatives à l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé en faisant appel au réseau de scientifiques, de leaders professionnels et de professionnels de la santé de l'Académie canadienne des sciences de la santé, qui fourniraient une analyse d'experts. Dirigée par un comité d'experts et par son coprésident et sa coprésidente, la présente évaluation constituait également le premier partenariat entre l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) et un réseau d'échange du savoir dans le domaine concerné, à savoir le Réseau canadien sur les ressources humaines en santé (RCRHS), qui a pris la direction de cette évaluation en tant qu'équipe de projet. Le RCRHS a non seulement fourni une expertise en la matière, mais aussi l'accès à un vaste réseau national et international de chercheurs et d'innovateurs en matière de ressources humaines de la santé. Le mandat présenté par l'Académie et attribué au comité d'experts en partenariat avec le RCRHS consistait à répondre à la question suivante :

*Quels champs d'exercice soutiendront le plus efficacement les modèles novateurs à la base d'un système de soins de santé transformé apte à servir l'ensemble de la population du Canada?*

## Démarche

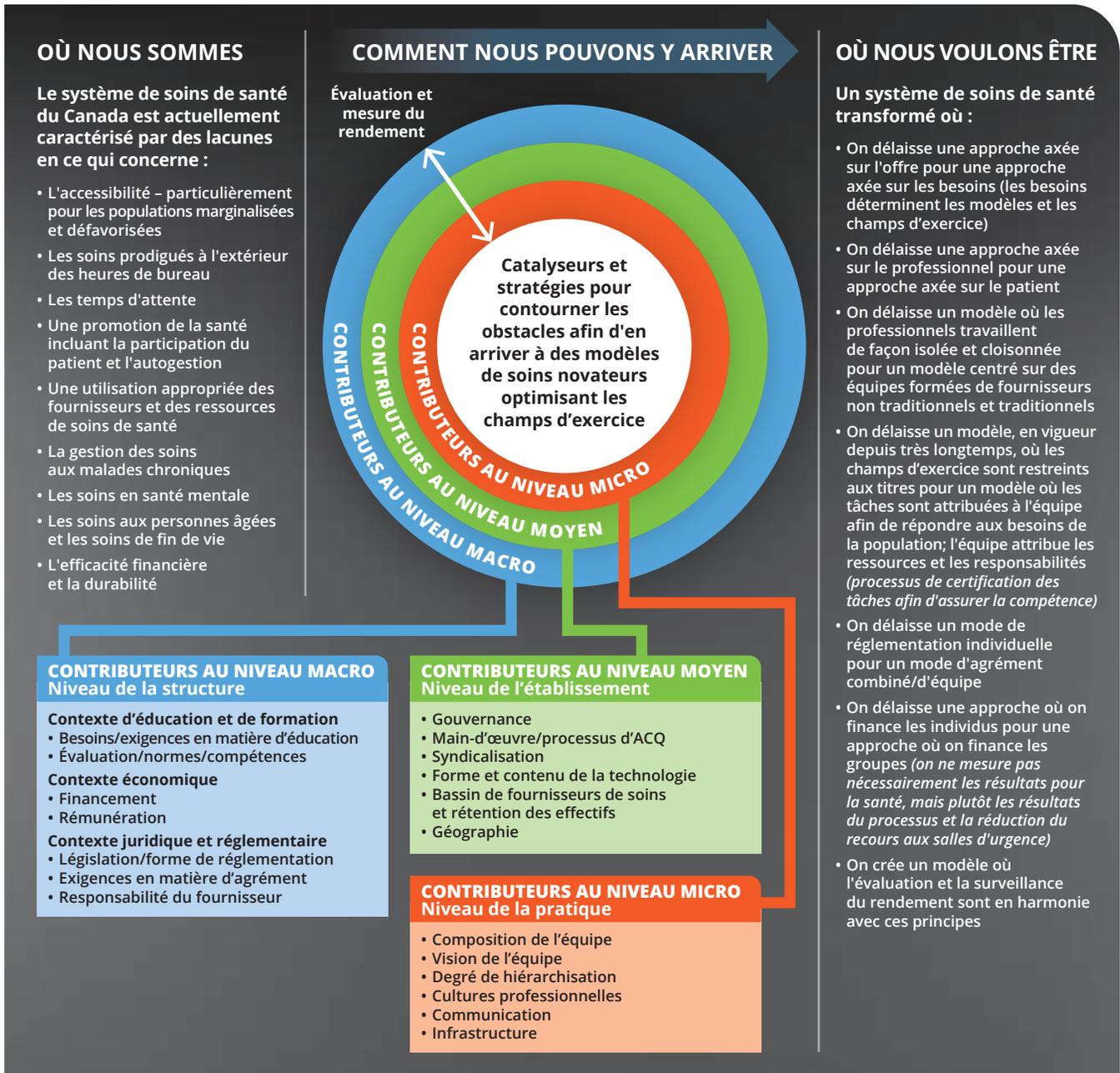
En se basant sur le modèle *Triple Aim Plus* (objectif triple) du Conseil canadien de la santé, qui englobe une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur dans une optique d'équité en santé, l'équipe du projet a entrepris un processus systématique visant à déterminer des approches prometteuses pour l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé. La collecte et la synthèse des données regroupaient trois éléments : (1) un examen de la portée permettant de relever systématiquement la littérature publiée et non publiée sur les champs d'exercice, (2) 50 entrevues auprès de répondants clés visant à compléter les données issues de la littérature, et (3) des rencontres du comité d'experts pour discuter de l'état des données probantes et de leurs répercussions sur la planification des ressources humaines en santé et sur la prise de décision stratégique. Ce rapport reflète le consensus auquel les membres du comité d'experts ont abouti au cours d'une série de délibérations en personne ou par téléconférence sur une période de 18 mois.

Le cadre conceptuel, mis au point dans le cadre du processus d'évaluation, a guidé la collecte et l'analyse des données et figure ci-dessous. En bref, il définit **où nous sommes**, en décrivant les lacunes du système de soins de santé actuel, et **où nous voulons être**, en mettant en évidence l'énoncé de vision du comité d'experts et en ciblant des indicateurs de résultats pour les patients, les professionnels de la santé et le système de soins de santé. Un modèle expliquant **comment nous pouvons y arriver** a été intégré au centre du cadre conceptuel; ce modèle se concentre sur différents niveaux de contributeurs structurels qui influent sur l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé et des modèles de soins qui les soutiennent.

Notre objectif explicite était de synthétiser les moyens grâce auxquels les remaniements des champs d'exercice et des modèles de soins, en particulier dans un environnement de soins axés sur la collaboration, ont le potentiel d'amorcer la transformation du système de soins de santé pour mieux répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population.

## CADRE CONCEPTUEL :

Des champs d'exercice soutenant des modèles de soins novateurs qui répondent mieux. Aux besoins de la population en matière de santé et un système de soins de santé transformé.



Liste des lacunes tirée de : Nasmith L., Ballem P., Baxter R., Bergman H., Colin-Thomé D., Herbert C., Keating N., Lessard R., Lyons R., McMurphy D., Ratner P., Rosenbaum P., Tamblin R., Wagner E. et Zimmerman B. (2010). Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats. Ottawa, Ontario, Canada : Académie canadienne des sciences de la santé.

# Résultats

Reconnaissant la variabilité des circonstances propres aux communautés et à la pratique, ainsi que la nécessité de soutenir des modèles de soins axés sur la collaboration, le comité d'experts a estimé qu'une nouvelle démarche de détermination et d'affectation des champs d'exercice était requise. Cette stratégie, axée sur le patient, flexible et qui suppose la reddition de comptes, garantirait que le bon fournisseur offre les meilleurs soins à l'endroit le plus adéquat. Le modèle propose que l'équipe ou l'établissement de soins de santé soient tenus responsables de l'attribution de champs d'exercice appropriés et optimaux au sein d'une structure réglementée.

Les conclusions de l'examen de la portée et des entrevues auprès des répondants clés ont été

organisées par niveau – micro (pratique), moyen (établissement) et macro (structure) – en fonction des interventions évaluées pour l'amélioration de la qualité. Dans le tableau ci-dessous, nous décrivons la fluidité des principaux obstacles susceptibles de devenir des catalyseurs clés pour optimiser les champs d'exercice et soutenir des modèles de soins novateurs en modifiant ou en contournant la structure ou la fonction.

Au cours de cette évaluation, nous avons abouti au consensus suivant : l'optimisation des champs d'exercice, jumelée à des modèles évolutifs de soins partagés, peut fournir une approche multidimensionnelle permettant de passer d'un système de soins de santé caractérisé par son aspect cloisonné à un système axé sur la collaboration et sur les patients.

## OBSTACLES ET CATALYSEURS : CHAMPS D'EXERCICE OPTIMAUX DANS DES CONFIGURATIONS DE SOINS AXÉS SUR LA COLLABORATION AUX NIVEAUX MICRO, MOYEN ET MACRO

	OBSTACLES	CATALYSEURS
MACRO	<i>Préoccupations relatives à la reddition de comptes/responsabilité des professionnels de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Éduquer les professionnels et les tribunaux</b> au sujet des changements législatifs qui tiennent compte des principes des modèles de soins partagés</li> </ul>
	<i>Besoins et exigences en matière d'éducation qui empêchent les professionnels de travailler sur un champ d'exercice complet ou optimal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Établir des stages et des résidences</b> qui favorisent les compétences interprofessionnelles</li> <li>• <b>Délivrer des titres après l'obtention du permis d'exercice</b> pour favoriser le développement continu des compétences tout au long de la carrière</li> </ul>
	<i>Législation et règlements rigides</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Élargir l'adoption de cadres législatifs plus souples</b> qui peuvent être interprétés dans le contexte local</li> </ul>
	<i>Modèles de rémunération qui soutiennent les changements apportés aux champs d'exercice</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proposer des modes de financement de remplacement</b> (p. ex., des modes de rémunération groupés ou mixtes) pour inclure tous les professionnels de la santé et s'aligner sur les résultats escomptés</li> </ul>
MOYEN	<i>Communication entre plusieurs milieux de soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre et entretenir les <b>dossiers médicaux électroniques</b> essentiels à tous les professionnels de la santé (et aux patients) pour avoir accès en temps opportun à l'information la plus à jour sur le traitement et l'état de santé du patient</li> </ul>
	<i>Protectionnisme professionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représenter les intérêts des professions en contexte de modalités de soins axés sur la collaboration et de <b>normes interprofessionnelles/champs d'exercice qui se chevauchent</b></li> </ul>
	<i>Reddition de comptes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre plus largement en pratique des mesures du rendement collectif et une structure globale d'assurance de la qualité grâce à la participation d'<b>organismes d'agrément</b></li> </ul>
	<i>Existence de données probantes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer un suivi et une évaluation systématiques (en mettant l'accent sur les intrants et les extrants) pour estimer les coûts associés à l'introduction du changement, ainsi que le <b>rendement à long terme du capital investi</b></li> </ul>
MICRO	<i>Hiérarchies professionnelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Changer l'équipe de direction</b> : un rôle doit être désigné pour gérer les changements apportés aux champs d'exercice et aux modèles de soins</li> </ul>
	<i>Cultures professionnelles (manque de confiance et de clarté des rôles, protectionnisme des emplois, guerres de territoire, escalade des tâches)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurer le développement professionnel continu</b> pour cultiver la pensée d'équipe et établir des niveaux de confiance en ce qui concerne les compétences relatives</li> <li>• <b>Établir la vision de l'équipe</b> pour renforcer le fait que le but ultime est l'amélioration du bien-être du patient; peu importe qui fournit les soins, la qualité et l'accessibilité des services fournis priment</li> <li>• <b>Inculquer la mentalité de groupe</b> : internalisation des responsabilités partagées entre les professions de la santé</li> </ul>
	<i>Communication entre les professionnels de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmer des <b>réunions régulières</b> pour que les membres de l'équipe de soins de santé se consultent sur les stratégies de soins appropriées et sur les stratégies adéquates de résolution de problèmes; intégrer les <b>technologies de l'information et des communications</b></li> <li>• <b>Prévoir des co-occupations</b> pour que différents types de professionnels de la santé et différents services de soins de santé travaillent dans un espace partagé</li> </ul>

\* L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la portée de la littérature et des entrevues auprès des répondants clés. Les points présentés ont été sélectionnés en fonction des thèmes et des discussions émergeant entre les membres du comité d'experts.

# Recommandations

**Les recommandations constituent un plan d'action qui mènera à la création d'environnements plus flexibles pour permettre l'application à grande échelle d'initiatives prometteuses relativement aux champs d'exercice optimaux et aux modèles de soins novateurs.** Au-delà de la question de la transformation des obstacles en catalyseurs, notre analyse des innovations liées aux champs d'exercice a révélé une caractéristique commune aux innovations, à savoir qu'elles contournent largement les obstacles structurels au niveau macro. Cette constatation appuie notre choix de nous concentrer sur le contexte élargi des champs d'exercice des professionnels de la santé qui pourraient être en mesure de mieux répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population en matière de santé. Nous demandons la mise en œuvre d'un cadre structurel intégratif soutenant l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé et des modèles de soins novateurs. Par ailleurs, nous reconnaissons que les compétences et les capacités uniques propres aux différentes professions sont essentielles pour assurer les meilleures pratiques dans les modèles de soins axés sur la collaboration. Plutôt que de recommander la modification des champs d'exercice de diverses professions de la santé, nous proposons une approche fondée sur les données probantes caractérisée par trois éléments principaux :

- L'approche est en faveur de modèles de soins novateurs.
- L'approche est flexible et peut donc répondre aux divers besoins des patients et des communautés.
- L'approche suppose une reddition de comptes au public et aux bailleurs de fonds.

Cette approche prend en compte que la collaboration entre les professionnels de la santé est un élément central de l'avenir du système de prestation des soins de santé. Ce niveau de collaboration suppose une responsabilité partagée au niveau de la pratique et des établissements de même qu'une obligation de rendre des comptes en ce qui concerne la qualité des services fournis en fonction des besoins des communautés respectives. Ainsi, les champs d'exercice des débutants devraient découler de la formation professionnelle suivie avant l'obtention du permis d'exercice, puis les champs d'exercice élargis devraient découler d'une formation supplémentaire

visant à obtenir des compétences particulières et mener à une reconnaissance officielle. Nous proposons deux niveaux de reddition de comptes interreliés : d'une part, un modèle de réglementation qui assure la compétence du professionnel de la santé et d'autre part, un modèle de reddition de comptes intégré à la pratique des soins de santé axée sur la collaboration, soutenu par une structure d'agrément proposée qui garantit que tous les membres travaillent dans leurs champs d'exercice optimaux afin de mieux répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population en matière de santé.

Pour permettre cette transformation, les recommandations sont adressées aux divers intervenants qui définissent, financent, supervisent et réglementent les champs d'exercice. Des mesures prioritaires sont définies pour chaque recommandation.

**A. Gouvernement fédéral : Offrir le leadership et le soutien nécessaires pour encourager l'élargissement des modèles de soins axés sur la collaboration et l'évolution des champs d'exercice.**

## Mesures prioritaires

- A1. Prévoir un sommet national regroupant tous les intervenants pour discuter d'un plan d'action coordonné et priorisé basé sur les recommandations formulées dans ce document.
- A2. Concevoir une infrastructure qui fournit des données probantes indépendantes et une évaluation de la main-d'œuvre en santé et qui a pour mandat la planification et le déploiement des ressources humaines en santé par des champs d'exercice optimaux.
- A3. Allouer des fonds de recherche pour combler les lacunes de la littérature, en particulier celles propres aux niveaux moyen et macro.
- A4. Mettre en place une structure nationale de lignes directrices et de normes de qualité pour les champs d'exercice optimaux, élargis et qui se chevauchent.
- A5. Promouvoir les meilleures pratiques et faciliter ultérieurement l'application à grande échelle et la durabilité des initiatives partout au pays.
- A6. Soutenir le développement et la mise en œuvre continue d'une loi-cadre sur les professionnels de la santé dans les provinces et territoires.

**B. Gouvernements des provinces et des territoires :**

Prendre l'initiative de créer des systèmes de subvention, de financement et de rémunération qui permettent la mise en place de modèles de soins axés sur la collaboration axés sur les résultats pour le patient.

**Mesures prioritaires**

- B1. Adopter des structures de financement de remplacement pour soutenir la pratique axée sur la collaboration entre les professionnels au sein des divers environnements, et entre eux.
- B2. Entreprendre un examen des conventions collectives professionnelles et syndicales pour examiner leur impact sur la flexibilité des champs d'exercice des professionnels de la santé.
- B3. Assurer la reddition de comptes en ce qui concerne les soins collaboratifs axés sur le patient par l'intermédiaire de l'agrément.
- B4. Concevoir des mécanismes qui soutiennent une démarche menant à la responsabilisation de l'équipe ou de l'établissement.
- B5. Soutenir à l'échelle du système l'adoption de technologies de l'information qui favorisent des champs d'exercice optimaux.

**C. Organismes de réglementation :** Prendre l'initiative d'harmoniser la réglementation afin de permettre aux professionnels respectifs de mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé dans le cadre des modèles de soins axés sur la collaboration, notamment dans les cas où les champs d'exercice sont élargis et se chevauchent.

**Mesures prioritaires**

- C1. Travailler en collaboration avec les organismes d'agrément pour créer des normes nationales et des cadres de compétences qui reconnaissent la formation et le renouvellement de la certification dans les domaines où les champs d'exercice se chevauchent ou évoluent.
- C2. Reconnaître les certificats de compétences avancées qui permettent des champs d'exercice élargis.

**D. Organismes d'agrément, en partenariat avec les Conseils de la qualité, lorsque possible :**

Prendre l'initiative d'établir un modèle de reddition de comptes par l'agrément et la mesure du rendement des modalités de soins collaboratifs au niveau de la communauté, des soins primaires et des établissements.

**Mesures prioritaires**

- D1. S'appuyer sur les mesures de rendement normalisées existantes pour établir des modèles de soins axés sur la collaboration.
- D2. S'appuyer sur les mesures existantes pour orienter l'apprentissage continu et le développement des compétences de collaboration pour les cliniciens avant et après l'obtention du permis d'exercice.
- D3. Étendre l'agrément à d'autres niveaux de prestation de services de soins de santé pour inclure des modèles de soins axés sur la collaboration.

**E. Organismes offrant de la formation aux personnes n'ayant pas obtenu leur permis d'exercice et aux professionnels qui suivent de la formation continue :** Accélérer le développement continu de pratiques de formation avant et après l'obtention du permis d'exercice qui favorisent les soins axés sur la collaboration et qui reflètent la nature changeante des compétences requises.

**Mesures prioritaires**

- E1. Rendre obligatoire et intégrer à toutes les professions une formation interprofessionnelle basée sur les compétences de sorte que l'interprofessionnalisme soit une compétence essentielle (plutôt qu'une compétence supplémentaire).
- E2. Mettre au point des certificats pour les compétences avancées de pratique axée sur la collaboration.
- E3. Élaborer des mécanismes pour soutenir la participation massive à l'apprentissage continu en vue de développer et d'améliorer les compétences en soins axés sur la collaboration.

## **F. Associations professionnelles et syndicats :**

Prendre l'initiative de soutenir que les modèles de pratique de soins axés sur la collaboration peuvent répondre aux besoins des professions représentées et reconnaître qu'il s'agit du contexte dans lequel la plupart des membres travaillent ou travailleront.

### **Mesures prioritaires**

- F1. Contribuer à l'établissement de lignes directrices basées sur des données probantes pour les modèles de soins axés sur la collaboration auxquels leurs membres participent.

Bien que ces recommandations soient fournies sous forme d'éléments distincts, leur mise en œuvre ne peut pas se faire de façon isolée. En effet, il existe une relation interactive et itérative entre chaque recommandation et son développement, et celle-ci est basée sur la vision commune de l'endroit « où nous voulons être » et qu'il faudra mettre en œuvre au fil du temps.

## **Conclusion**

Il est nécessaire d'accroître la flexibilité relative aux champs d'exercice et aux modèles de soins pour répondre aux besoins changeants de la population en matière de santé et à la diversité représentée au sein des communautés à l'échelle du Canada. Pour établir des champs d'exercice optimaux, il est préférable de définir clairement les rôles et les tâches au niveau de la pratique locale et en fonction des besoins et ressources de la communauté. Par ailleurs,

pour accroître la flexibilité, l'approche doit prendre en considération les changements qui surviennent au cours de la carrière d'un professionnel de la santé, y compris ceux en lien avec le développement des compétences, les processus de certification, la combinaison des compétences et les intérêts professionnels. Afin que ces modifications soient adoptées et mises en application à plus grande échelle au fil du temps, il est nécessaire d'adopter une approche systématique étayée par des données probantes pour favoriser la reddition de comptes au niveau individuel et de l'équipe de même qu'un nouvel équilibre entre la pratique individuelle réglementée et l'agrément des modalités de soins collaboratifs. Pour ce faire, la meilleure solution consiste à harmoniser les modèles d'éducation, de réglementation et de financement en vue d'optimiser les champs d'exercice des professionnels de la santé. C'est ce modèle de pratique collaborative qui doit avoir la souplesse nécessaire pour utiliser au mieux les champs d'exercice des membres de l'équipe dans un environnement de reddition de comptes et de réglementation et en fonction des besoins des patients, des communautés et de la population en matière de santé.

En résumé, les recommandations proposées prévoient un plan d'action visant à faire correspondre les champs d'exercice optimaux aux modèles de soins novateurs par l'entremise de structures éducatives, juridiques, réglementaires, économiques et évaluatives. L'examen et l'adoption des recommandations exigeront du temps et la collaboration de tous les intervenants. Le but ultime est que la transformation des champs d'exercice et des modèles de soins permette au futur système de soins de santé de mieux répondre aux besoins de la population canadienne.



# INTRODUCTION

*À l'automne 2011, l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS)<sup>1</sup> a accepté le mandat d'entreprendre une évaluation majeure des configurations actuelles des professions de la santé, de leurs champs d'exercice respectifs et de leur relation avec le système de soins de santé du Canada (voir l'appendice 2\*).*

Au cours des débats politiques liés à la transformation des soins de santé, les *champs d'exercice*<sup>2</sup>, c'est-à-dire les activités réalisées par les professionnels de la santé, sont ressortis comme étant un élément crucial. Le but de cette évaluation consistait à procéder à un examen des données scientifiques relatives à l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé en faisant appel au réseau de scientifiques, de leaders professionnels et de fournisseurs de soins de santé de l'Académie, qui fourniraient une analyse d'experts. Sous la responsabilité d'un comité d'experts et de son coprésident et de sa coprésidente, la présente évaluation constituait également le premier partenariat entre l'ACSS et un réseau d'échange du savoir, le Réseau canadien sur les ressources humaines en santé (RCRHS), qui a mené le projet et en a constitué l'équipe. Le RCRHS a non seulement fourni une expertise en la matière, mais aussi l'accès à un vaste réseau national et international de chercheurs et d'innovateurs en matière de ressources humaines de la santé. Le mandat présenté par l'Académie et attribué au comité d'experts en partenariat avec le RCRHS consistait à répondre à la question suivante :

*Quels champs d'exercice soutiendront le plus efficacement les modèles novateurs à la base d'un système de soins de santé transformé apte à servir l'ensemble de la population du Canada?*

Pour aborder la question de manière systématique, l'équipe de projet a procédé à l'examen de la littérature traitant des champs d'exercice des professionnels de la santé pour déterminer comment il serait possible de les optimiser à l'aide de modèles de soins novateurs. L'équipe a également interviewé un panel d'experts canadiens et internationaux dans le domaine et, à des moments clés, a travaillé en étroite collaboration avec le coprésident et la coprésidente et avec le comité d'experts à analyser les résultats obtenus. À partir de ce point du rapport, le terme *nous* englobe l'équipe du projet, les coprésidents de l'ACSS et le comité d'experts.

À partir d'un premier examen de la littérature et après la première réunion du comité d'experts, il était clair que répondre à la question telle qu'elle était posée serait une entreprise difficile (ce qu'ont ensuite confirmé les entrevues auprès des répondants clés). Nous avons été confrontés à une ambiguïté en ce qui concerne la relation entre les champs d'exercice et les modèles de soins. Cette ambiguïté a donc soulevé la question suivante : certains champs d'exercice sont-ils nécessaires pour soutenir les modèles de soins novateurs, ou certains modèles de soins sont-ils nécessaires pour optimiser les champs d'exercice?

Après avoir reconnu que nous ne pouvions pas établir de relation linéaire entre les champs d'exercice et les modèles de soins, nous avons examiné les possibilités découlant de leur nature interdépendante et avons interprété la question de recherche dans les deux sens.

---

<sup>1</sup> Voir l'appendice 1 pour la liste des acronymes.

<sup>2</sup> Voir l'appendice 3\* pour le glossaire.

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

Pour ce faire, nous nous sommes d'abord basés sur le consensus actuel parmi les décideurs et les cliniciens selon lequel les champs d'exercice et les modèles de soins devaient être conçus principalement pour répondre aux besoins des patients et de la population plutôt que pour servir les intérêts de la main-d'œuvre en soins de santé. Cette approche était particulièrement pertinente dans le contexte de la gestion des maladies chroniques. En effet, le rapport de 2010 de l'ACSS sur les soins aux malades chroniques (Nasmith et coll., 2010.) a défini comme suit les éléments clés d'un système de soins de santé intégré en établissant que ce système :

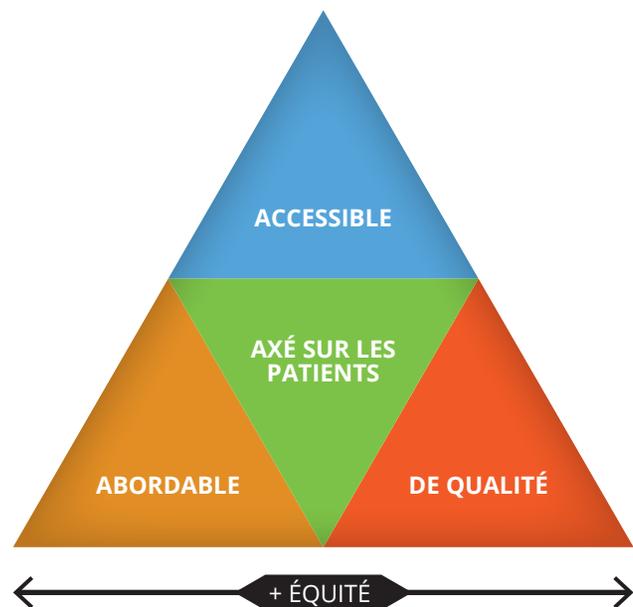
- *Comprendra des services de soins primaires qui desserviront une population définie;*
- *Sera centré sur la personne (et sur les aidants naturels);*
- *Fournira des services complets grâce à des équipes interprofessionnelles;*
- *Collaborera avec les autres secteurs des soins de santé et des services sociaux; et*
- *Devra rendre des comptes sur les résultats obtenus.*

En nous fondant sur les éléments issus de ces travaux antérieurs, nous avons d'abord cherché des configurations de champs d'exercice et des approches qui démontraient une innovation (a) en transcendant ou en optimisant davantage les champs d'exercice traditionnels, (b) en engageant des milieux de pratique plus axés sur la collaboration, ou (c) en augmentant la participation des patients et de la famille. De l'examen de la littérature a émergé un principe essentiel : la flexibilité de l'établissement devait refléter les besoins changeants des personnes, des communautés et de la population en général au fil du temps. Nous avons donc cherché des contextes structurels intégratifs qui, au lieu de les freiner, soutiennent le développement et la prolifération de modèles de soins qui optimisent de manière novatrice et flexible les champs d'exercice des professionnels de la santé.

Deuxièmement, nous avons adhéré à la philosophie *Triple Aim* (objectif triple) de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI, 2012), qui vise **une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur** (voir la figure 1). Le premier objectif, **une meilleure santé**, se réfère à des

stratégies de promotion de la santé, à l'amélioration de l'accessibilité et ainsi à l'amélioration des résultats pour la santé au niveau de la population; le deuxième objectif, **de meilleurs soins**, se réfère à l'amélioration de la qualité des soins et de l'expérience globale des patients; enfin, le troisième objectif, **une meilleure valeur**, se réfère quant à lui à l'amélioration de l'abordabilité et au contrôle du coût des soins par habitant au niveau du système. Plus récemment, le Conseil canadien de la santé (CCS) a ajouté le principe d'**équité** à la structure; ce principe est défini comme « l'absence, en matière de santé, de disparités systématiques entre les groupes sociaux qui présentent différents niveaux d'avantages et de désavantages sociaux sous-jacents. » Ce principe a été ajouté pour veiller à ce que les améliorations apportées concernent *toute* la population canadienne. La revue de la littérature et les entrevues auprès des répondants clés ont porté sur la question des champs d'exercice et des modèles de soins, le long des quatre axes présentés à la figure 1. Le modèle définit ensuite les enjeux et les perspectives relatifs aux facteurs qui catalysent ou empêchent la transformation des soins de santé, en fonction des capacités des ressources humaines en santé.

**FIGURE 1 : MODÈLE TRIPLE AIM [ADAPTÉ<sup>3</sup>]**



3 La représentation visuelle est une adaptation du modèle original développé par l'Institute for Healthcare Improvement (2012), décrit dans le rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé et complété par le rapport du Conseil canadien de la santé *Une meilleure santé, de meilleurs soins, une meilleure valeur pour tous : recentrer la réforme des soins de santé au Canada* (2013).

## La nécessité et l'opportunité d'une évaluation des champs d'exercice

Pour veiller à ce que les besoins des patients, de la communauté et de la population soient satisfaits, il devient de plus en plus important de fonder les politiques et la planification relatives aux ressources humaines en santé (RHS) sur les meilleures données probantes concernant les modèles de soins prometteurs capables d'optimiser davantage les champs d'exercice des professionnels de la santé. Puisque ce sont les professionnels de la santé qui sont aux premières lignes en matière de prestation de services, il est nécessaire d'effectuer, à l'échelle du système, un examen des configurations des professions de la santé et des champs d'exercice respectifs. Cet examen devrait se faire en fonction des contextes épidémiologique, sociodémographique et technologique actuels et permettre d'orienter les prochaines étapes menant à la transformation du système de soins de santé canadien.

Dans *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* (2007), on précise ceci : « La capacité du Canada de fournir un accès à des services de santé sûrs, efficaces, axés sur le patient et de haute qualité est tributaire de la bonne combinaison de fournisseurs de soins de santé dotés des compétences adéquates au bon endroit et au bon moment » (p. 28). Le Conseil de la fédération a avancé cette perspective en identifiant en janvier 2012 la question des champs d'exercice comme étant l'un des trois secteurs prioritaires du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. Plus précisément, le Groupe de travail s'est concentré sur « **Les modèles de prestation de soins en équipe**, qui encouragent les professionnels de la santé à mettre à contribution leur plein potentiel afin de mieux répondre aux besoins des patients et de la population de manière sûre, compétente et à meilleur coût » (p. 4).

L'intérêt du Conseil envers les champs d'exercice était triple. Il a identifié les champs d'exercice comme étant un élément important pour plusieurs raisons :

- Ils aident à faire face aux enjeux urgents en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques, de soins aux aînés ou de prestation de soins dans les régions rurales ou éloignées;
- Ils permettent l'implantation de stratégies visant à mettre en application à grande échelle les pratiques de pointe et les modèles de soins novateurs qui existent au pays; et
- Ils améliorent les résultats chez les patients grâce à un meilleur accès et à des modèles de soins plus efficaces et plus efficaces.

La transformation des soins de santé est au cœur de ces discussions et privilégie l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé qui soutiennent systématiquement les innovations en matière de soins de santé.

Un élément clé de cette évaluation a consisté à examiner les données probantes relatives aux changements apportés aux champs d'exercice et aux modèles traditionnels de soins qui mettent l'accent sur une *meilleure réponse aux besoins de la communauté* et sur la question des problèmes d'accessibilité, de qualité, d'équité et de viabilité financière. Nous avons cherché des exemples d'approches fondées sur les besoins, qui ont souvent reformulé les modèles de soins traditionnels. **Notre objectif explicite était de trouver des moyens de transformer le système de soins de santé par la reconfiguration des champs d'exercice et des modèles de soins à partir des besoins des patients, des communautés ou de la population.**

Un deuxième élément clé de l'évaluation a consisté à chercher les stratégies qui présentaient une possibilité de *mise en application à grande échelle* afin de mettre à profit les réussites antérieures. L'information concernant les moyens d'aller au-delà des phases pilotes en vue d'en arriver à une adoption plus vaste et durable a essentiellement été recueillie auprès des répondants clés. Bien que nous n'ayons pas évalué systématiquement la littérature sur le processus de mise en œuvre ou de mise à l'échelle des champs d'exercice (ce qui est important pour le suivi), ces données ont été utilisées pour guider les recommandations destinées aux intervenants des gouvernements, des organismes réglementaires, de l'éducation ainsi qu'aux professionnels, aux niveaux fédéral, provincial, territorial et régional, y compris les organismes de financement de la recherche comme les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

## Aperçu de la portée de cette évaluation

Nous reconnaissons que les enjeux d'équité propres à la population, que l'on appelle *déterminants sociaux de la santé*, sont essentiels à l'amélioration de l'état de santé global de la population canadienne, sur l'ensemble des couches sociales. Cependant, pour des raisons pratiques, nous avons limité cette évaluation à l'examen du *système de soins de santé* comme point de départ pour la transformation du système de soins de santé. L'amélioration de la santé de *toute* la population canadienne implique nécessairement plusieurs mesures qui ne relèvent pas des structures du secteur des soins de santé, comme l'accès à de l'eau saine, à un logement convenable à l'éducation et la sécurité alimentaire.

Cette évaluation met également l'accent de manière sélective sur les champs d'exercice de *professions de la santé réglementées offrant des services principalement publics*; l'évaluation n'examine par conséquent pas explicitement les champs d'exercice des fournisseurs de soins informels et non réglementés, comme les membres de la famille et les préposés aux services de soutien à la personne. Nous reconnaissons que les fournisseurs de soins informels sont et seront toujours essentiels à un système de soins de santé efficace. Cependant, cette évaluation cible les professions de la santé réglementées, car elles ont tendance à dominer les discussions relatives aux prestations de services fragmentées et aux modèles de soins cloisonnés.

## Les grandes lignes du rapport d'évaluation

Dans la section 1, nous commencerons notre analyse en examinant l'état actuel du système de soins de santé et la place centrale qu'occupent les champs d'exercice dans les approches de prestations de services. Nous présenterons ensuite notre modèle conceptuel d'orientation pour l'évaluation (voir la figure 3). Dans la section 2, nous décrivons la méthodologie adoptée, qui comprend l'examen de la portée et les entrevues complémentaires auprès des répondants clés. Dans la section 3, nous présenterons les principales conclusions des sections qui suivent le cadre conceptuel (voir la figure 3), en commençant par les contributeurs au niveau micro (pratique), suivis par les contributeurs au niveau moyen (établissement), puis de ceux au niveau macro (structure) (aspects éducatifs, économiques et législatifs). Dans la dernière section, nous présenterons des recommandations et des stratégies clés en ce qui concerne les étapes à suivre en fonction de ces contributeurs.

Les paramètres détaillés de la portée de cette évaluation sont décrits dans les points de synthèse ci-dessous<sup>4</sup>.

CE QUE CETTE ÉVALUATION COUVRE	CE QUE CETTE ÉVALUATION NE COUVRE PAS (mais reconnaît comme étant important)
1. Elle aborde les points à améliorer dans le système de soins de santé qui se rapportent aux champs d'exercice	Les déterminants sociaux de la santé, tels que les facteurs de santé externes au système de soins de santé (p. ex. éducation, logement, capital social)
2. Elle analyse les stratégies pour la conception de modèles de soins axés sur le patient et les configurations de champs d'exercice des professionnels de la santé correspondantes	Les interventions liées en particulier à la promotion de la santé et plus largement à la santé publique
3. Elle décrit les tendances en matière de changements aux champs d'exercice des professions de la santé réglementées qui offrent des services principalement dans le secteur public <sup>5</sup>	Les fournisseurs de soins informels et les prestataires de soins non réglementés
4. Elle identifie les éléments clés, aux niveaux micro, moyen et macro, qui sont nécessaires pour créer dans le cadre de la pratique des changements qui se rapportent aux champs d'exercice, y compris les catalyseurs et les obstacles qui facilitent ou empêchent l'introduction de ces éléments (voir la figure 3)	Une analyse des processus visant à déterminer la meilleure façon de mettre à l'échelle les interventions et les modèles de soins prometteurs (une analyse distincte de cette littérature est nécessaire)
5. Elle évalue les articles qui couvriraient au moins un des résultats suivants : qualité des soins, efficacité, efficience, équité, satisfaction des patients, sécurité, exhaustivité, continuité des soins, observance, satisfaction de l'emploi, charge de travail, relations entre les professions, développement de rôle, compétences, collaboration, accessibilité, résultats liés aux coûts	L'analyse coût-efficacité
6. Elle fournit un aperçu de la littérature existante applicable aux champs d'exercice en déterminant les lacunes et les zones de saturation et en se conformant ainsi à la définition et au but explicite d'un examen de la portée (Arksey et O'Malley, 2005)	Les analyses méthodologiques des études individuelles requises dans une revue systématique
7. Elle propose des recommandations, principalement aux niveaux macro et moyen, à mettre en œuvre par les intervenants respectifs à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et organisationnelle	Les recommandations au niveau micro, étant donnée l'importance des exemples existants et des défis liés à l'applicabilité des besoins propres au contexte

4 Voir l'appendice 5\* pour consulter les lignes directrices concernant l'épuration utilisées pour l'examen de la portée de la littérature.

5 Voir l'appendice 6\*, qui décrit les professions de la santé réglementées incluses.

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

# 1. POURQUOI NOUS CONCENTRER SUR LES CHAMPS D'EXERCICE?

## Quel est le problème que nous tentons de résoudre?

*La transformation d'un système de soins de santé qui ne parvient pas à répondre aux besoins changeants de la population en matière de santé*

Le système de soins de santé actuel du Canada ne reflète pas la philosophie du Triple *Aim* (objectif triple), qui vise une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur (voir la figure 1), en particulier du point de vue de l'équité en santé. La recherche sur la santé des populations suggère que la pression sur le système de soins de santé du Canada ne cessera de croître avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le vieillissement de la population (entraînant davantage de demandes en soins de santé, tout en diminuant l'offre des ressources humaines en santé [RHS]) et l'accroissement des coûts relatifs des innovations technologiques et pharmaceutiques, en particulier dans un climat économique tendu. Cependant, la transformation serait nécessaire, même si elle n'était pas justifiée sur le plan économique. En effet, notre modèle de soins de santé actuel ne parvient pas à offrir des soins optimaux aux populations marginalisées et vulnérables (p. ex., les Autochtones, les nouveaux immigrants, les populations de passage, les sans-abri et les personnes âgées), qui sont plus susceptibles d'être atteintes de maladies combinées (p. ex., maladies mentales ou chroniques) tout en étant simultanément confrontées à divers obstacles, comme la langue, le capital social ou l'emplacement géographique, qui entravent l'accès aux soins.

L'une des plaintes les plus fréquemment formulées dans le débat public sur le système de soins de santé du Canada concerne la question de l'accès opportun à des services de haute qualité. Les données extraites d'une comparaison de diverses enquêtes internationales suggèrent que, comparativement aux personnes interrogées dans les autres pays étudiés (États-Unis, Royaume-Uni et Australie), les répondants canadiens déclarent attendre plus longtemps à presque toutes les étapes de leur parcours dans le système de santé (Duckett et Kempton, 2012). Le rapport qui a été publié par l'ACSS en 2010 sur les soins chroniques (Nasmith et coll.) indique également qu'il existe des lacunes en ce qui concerne l'accès aux soins et les délais d'attente élevés, en particulier pour les populations marginalisées et défavorisées et pour les soins qui ne sont pas de première urgence et qui sont prodigués à l'extérieur des heures normales de bureau. Ce rapport de 2010 présente par ailleurs un certain nombre de lacunes clés liées à la qualité et à l'exhaustivité du système de soins de santé actuel, y compris la faible disponibilité et la faible qualité des services de soins de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, la gestion des soins chroniques, les soins des personnes âgées à domicile, les soins de longue durée, les soins de fin de vie et la promotion efficace de la santé. Ces lacunes démontrent qu'il est nécessaire de revoir le système au sein duquel les services de soins de santé sont offerts. Puisque ce sont les professionnels de la santé qui sont aux premières lignes en matière de prestation de services, la transformation du système de soins de santé concerne directement les champs d'exercice des professionnels de la santé. Un changement significatif exige un examen de l'usage optimal des ressources humaines en santé, une remise en question des hiérarchies traditionnelles et une connaissance de la façon de créer les meilleures conditions pour que les professionnels de la santé soient en mesure de fournir au fil du temps des soins accessibles et de haute qualité à *toute* la population canadienne.

## Raison d'être de l'examen des champs d'exercice

L'un des principaux problèmes relatifs à la façon dont les soins de santé sont actuellement dispensés au Canada est lié au fait que les champs d'exercice des professionnels de la santé et les modèles de soins qui y sont associés ont tendance à être organisés en fonction de traditions et de politiques et non en fonction des données probantes démontrant comment répondre au mieux aux besoins actuels de la population en matière de santé (Tomblin Murphy et MacKenzie, 2013). En effet, les champs d'exercice ont tendance à refléter une époque où les soins de santé étaient axés sur des soins de courte durée épisodiques. Au fil des décennies d'évolution de notre système de soins de santé, ces champs d'exercice ont été inscrits dans la législation, puis consolidés par les modèles de financement, pour être enfin consacrés par les conventions collectives en dépit des changements des tendances épidémiologiques et sociodémographiques, et en dépit des progrès technologiques qui ont accru les capacités organisationnelles et cliniques. En conséquence, cette évolution a engendré une myriade de silos professionnels partout au Canada, variant selon la province et le territoire. Dès lors, nous avons appris à vivre avec un système de soins de santé qui risque d'empêcher les professionnels de la santé d'effectuer des tâches hautement nécessaires (diagnostic, prescription, sutures, administration de médicaments, orientation, distribution des médicaments, etc.) puisqu'il est basé sur un héritage juridique et historique complexe. Ce legs a laissé à la population canadienne des structures d'organisation, de préparation et de réglementation des pratiques professionnelles et des modèles de soins qui ne sont plus adaptés à l'objectif, **qui ne sont pas axés avant tout sur l'expérience des patients** et qui ne tiennent pas compte du contexte des progrès technologiques. Autrement dit, les besoins en matière de santé et de soins de santé ont changé, mais les champs d'exercice connexes, et dans une certaine mesure, les modèles de soins, n'ont pas suivi. On obtient donc un système de soins de santé qui n'est pas en harmonie avec les besoins actuels de la population en matière de santé, et qui résiste sur le plan systémique à toute réforme en profondeur.

Or, alors que l'institutionnalisation actuelle des champs d'exercice a protégé le système contre une réforme radicale, des changements progressifs ont été constatés aux niveaux micro, moyen et macro. En fait, au cours des dernières décennies, plusieurs innovations comprenant une série d'ajustements apportés aux champs d'exercice dans des domaines particuliers ont été mises en œuvre. Ces ajustements comprennent la création de nouveaux rôles, tels que les intervenants-pivots et les techniciens en pharmacie, et l'expansion des champs d'exercice de professionnels comme les infirmières praticiennes et les pharmaciens pour servir certaines populations particulières ayant des besoins élevés ou des problèmes d'accès. Comme l'indique le rapport de l'ACSS sur les soins chroniques, l'optimisme règne en ce qui concerne les capacités accrues que pourraient engendrer ces innovations :

*Il a été proposé d'étendre le champ d'activité d'autres professions de la santé afin de réduire la tension exercée sur le système de santé et d'offrir plus d'occasions de donner des soins centrés sur la personne. (Nasmith et coll., 2010, p. 27)*

Cependant, à moins d'être conçus pour être intégrés d'entrée de jeu dans la transformation du système de santé, nombre de ces changements apportés aux champs d'exercice des professionnels de la santé et aux modèles de soins finissent par coexister en parallèle à la pratique traditionnelle. Au cours d'une réflexion sur la possibilité de modifier les champs d'exercice des professionnels de la santé pour favoriser la réforme du système, le Conseil canadien de la santé (CCS) a convoqué en 2005 un sommet national sur les RHS. L'analyse des écarts commandée pour le sommet a révélé l'ensemble des restrictions suivantes :

- *Le manque de normalisation, entre les administrations, des champs d'exercice, des titres professionnels et des critères régissant l'obtention du permis d'exercice dans la même profession;*
- *Le manque d'uniformité des champs d'exercice, c.-à-d. le besoin d'étendre des champs d'exercice existants et la crainte de sortir des limites de ceux qui existent;*

- *L'incohérence de la définition des champs d'exercice entre les organismes de réglementation, les employeurs et la réalité de la pratique clinique;*
- *La clarté requise des champs d'exercice, la détermination et l'optimisation appropriées de l'éventail des compétences spécialisées et les problèmes possibles de responsabilité civile reliés à de nouveaux modes de prestation et à la pratique en collaboration. (Conseil canadien de la santé, 2005, p. 1)*

Cette analyse des écarts soutient l'entreprise de cette évaluation afin de mettre la planification des ressources humaines en santé au cœur des débats politiques de haut niveau, favorisant ainsi la transformation des soins de santé.

## Les diverses significations du champ d'exercice<sup>6</sup>

L'un des défis liés aux champs d'exercice est le manque de clarté et de cohérence dans l'utilisation de ce terme et du vocabulaire qui y est associé. En 2005, le CCS a demandé un examen des définitions générales et des exposés de principes relatifs aux champs d'exercice. Cet examen décrit la nature de l'ambiguïté qui touche la définition des champs d'exercice et souligne la diversité des intervenants concernés :

*Même si l'on utilise parfois l'expression champ d'exercice dans la recherche sur les soins de santé, les documents de politique des gouvernements et les exposés de position des professions, on n'a trouvé aucune définition uniforme. Il est question plus couramment dans ces documents de rôles, de fonctions, de tâches et d'activités, de compétences professionnelles, de normes d'exercice, d'exercice au niveau débutant, d'exigences relatives à l'autorisation, de la pratique de la médecine (des soins infirmiers, de la pharmacie, etc.), des domaines d'exercice, de l'envergure de l'emploi ou de l'application des champs d'exercice. (Baranek, 2005)*

Les défis mis en évidence par l'examen du CCS ont été reflétés dans tout le processus de collecte de données de cette évaluation. Selon la profession, la province ou le territoire, le contexte structurel (c.-à-d. éducation et formation, et structures économique, juridique et réglementaire), le terme *champs d'exercice* peut englober un éventail de paramètres professionnels. Voici la définition ad hoc que nous utilisons tout au long de la présente évaluation.

Le **champ d'exercice** (CE), à savoir les activités réalisées par un professionnel de la santé, englobe plusieurs dimensions.

*Le champ d'exercice d'une profession désigne les fonctions pour l'exécution desquelles ses praticiens ont reçu la formation et les autorisations appropriées. Le champ d'exercice général définit les limites qui s'imposent à tous les praticiens de la profession. Le champ d'exercice individuel est influencé par le milieu d'exercice, les exigences de l'employeur et les besoins des patients ou des clients. Bien qu'il soit difficile à cerner, le champ d'exercice est important parce que c'est sur lui que les organismes directeurs se fondent pour établir leurs normes de pratique, les établissements d'enseignement leurs programmes de cours, et les employeurs leurs descriptions de poste. (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011)*

D'un point de vue juridique, la définition des champs d'exercice est la suivante : services de soins de santé que les professions de la santé réglementées sont officiellement autorisées à offrir en vertu d'un permis d'exercice professionnel, de l'agrément ou de la certification professionnelle (College of Registered Nurses of British Columbia, 2013). Le principal objectif de la législation entourant les champs d'exercice consiste à assurer la sécurité du public. Le terme est également utilisé par les organismes de réglementation pour définir les procédures, mesures et processus relevant du domaine de compétences d'un professionnel agréé. Les champs d'exercice employés sont ensuite théoriquement limités aux compétences pour lesquelles le professionnel de la santé a reçu une formation, vécu une pratique supervisée et possède une expérience clinique, et pour lesquelles il a démontré ses compétences.

<sup>6</sup> Voir l'appendice 3\* pour le glossaire.

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

Le champ d'exercice d'un professionnel de la santé est la somme d'un certain nombre de processus qui sont supervisés par divers organismes concernés aux niveaux provincial, territorial ou fédéral. Ces organismes comprennent les « ministères de la Santé et de l'Éducation, les organismes de réglementation, les organismes de reconnaissance des titres, les associations professionnelles [...], les organismes d'éducation et les employeurs » (CCS, 2005, p. 5). Sous les auspices de ces nombreux organismes de surveillance, la formation précédant l'obtention du permis d'exercice ainsi que la formation et la pratique supplémentaires varient selon la province et le territoire. Au-delà des aspects juridiques et réglementaires de cette question, sur le plan pratique, les champs d'exercice démontrent la délimitation actuelle de certaines tâches pour assurer la sécurité du patient. Le contrôle de certaines tâches, ainsi que l'autorité de les déléguer, reflète le legs historique au sujet des contestations relatives aux champs d'exercice.

Dans la littérature, le terme « **rôles en soins de santé** » est parfois utilisé pour décrire les services qu'un professionnel de la santé est réellement en mesure d'offrir en vertu du contexte; des ressources physiques, technologiques et humaines accessibles; de la composition des effectifs; du savoir-faire; des demandes des patients, des communautés ou de la population; et ainsi de suite. Ces déterminants constituent les paramètres sociaux ou pratiques des champs d'exercice. Aux fins de cette évaluation et pour conserver un langage clair, nous utiliserons le terme *champ d'exercice* pour englober les activités qu'un professionnel de la santé est en mesure d'effectuer, puis nous déterminerons ses dimensions juridiques, sociales et pratiques. (À noter que le mot *rôle* est réservé aux situations pour lesquelles un nouveau poste est créé.)

Parallèlement à ces distinctions, l'examen entrepris sur les champs d'exercice des professionnels de la santé par le Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS) en Ontario a permis d'extrapoler les interprétations suivantes à partir de diverses sources :

- *La façon de définir les professionnels – c'est-à-dire, qui peut s'appeler membre de la profession;*
- *Ce que les professionnels ont appris à faire par leur formation;*
- *Ce que les professionnels sont autorisés à faire par la loi;*
- *Ce que les professionnels font en réalité;*
- *Comment un professionnel fait ce qu'il fait; [et]*
- *Ce que d'autres attendent d'une profession (délégation). (CCRPS, 2007, p. 3)*

La discussion sur l'évolution des champs d'exercice a avant tout pour but de déterminer si le champ d'exercice de certaines professions de la santé devrait être élargi, réduit ou maintenu, conformément au contexte historique. Comme il a été indiqué par l'Association médicale canadienne (AMC) dans le rapport *Les rôles des médecins et l'étendue de la pratique médicale : perspectives et défis futurs* (2000), « le champ d'exercice d'une profession doit reposer sur les besoins des patients et s'appuyer sur la formation préparatoire des cliniciens et leurs compétences démontrées. [...] Il faudrait permettre de modifier le champ d'exercice de toute profession s'il améliore le soin des patients » (p. 16).

On retrouve **les champs d'exercice élargis** dans la pratique lorsque les professionnels de la santé assument des tâches qui ne seraient normalement pas intégrées à leurs champs d'exercice traditionnels. Cette situation peut concerner le processus de **transfert des tâches**, qui consiste à déléguer des tâches (à l'aide de directives médicales) qui sont la responsabilité d'un professionnel ou d'un groupe de professionnels de la santé à un autre. Ainsi, un fournisseur de soins de santé dont les honoraires sont élevés pourrait transférer des tâches à un fournisseur de soins de santé dont les honoraires sont moins élevés (ce qui améliorerait en théorie l'accessibilité et l'abordabilité). Cependant, ce processus peut aussi refléter une utilisation plus appropriée des compétences uniques des différents professionnels de la santé. Un exemple de plus en plus courant décrivant un champ d'exercice élargi dans certaines provinces et dans certains territoires du Canada concerne la capacité des pharmaciens à prescrire une gamme limitée de médicaments d'ordonnance.

De même, ces dernières années, de **nouveaux rôles** qui ont tendance à être propres à un cadre ou à un établissement ont pris effet, même s'ils n'ont pas été adoptés dans toutes les provinces et dans tous les territoires. Ces nouveaux rôles qui émergent au Canada comprennent les techniciens en pharmacie et les intervenants-pivots. La création de ces postes suppose donc que leurs champs d'exercice soient négociés par rapport aux champs d'exercice du personnel soignant existant.

La dernière note relative à la terminologie concerne la distinction entre les termes **champ complet** et **champ optimal**. Le champ complet désigne celui des professionnels de la santé qui pratiquent la gamme complète des compétences pour lesquelles ils ont été formés et pour lesquelles ils sont compétents. Le but ultime des champs complets consiste à créer des équipes mieux outillées pour offrir des soins plus accessibles et axés sur le patient. En gardant cet objectif à l'esprit, on comprend que le principe selon lequel tous les professionnels de la santé exerceraient leur champ complet dans tous les contextes pourrait en fait aller à l'encontre de la création d'un système de soins de santé plus efficace et plus rentable.

En revanche, exercer un champ optimal signifie obtenir la configuration la plus efficace pour les différents rôles en fonction des compétences des autres professionnels. Ainsi, dans certains contextes, les médecins, par exemple, pourraient ne pas exercer leur champ d'exercice complet, mais restreindre leurs activités selon leurs compétences uniques de haut niveau pour faciliter la contribution optimale des autres membres de l'équipe des professionnels paramédicaux. En supposant que les compétences sont satisfaisantes, les professionnels comme les infirmières praticiennes et les assistants médicaux pourraient alors accroître l'accessibilité des services, tout en coûtant moins cher au système de soins de santé s'ils peuvent réaliser des tâches désignées dans une approche intégrée et collaborative. Dans cette évaluation, nous nous concentrons sur les approches qui *optimisent les champs d'exercice* en tant que catalyseurs de la transformation des soins de santé.

## Relation entre les champs d'exercice et les modèles de soins

Le terme **modèle de soins** est utilisé pour décrire dans les grandes lignes la façon dont les services de soins de santé sont conçus et exécutés. Sans fournir de typologie globale relativement aux modèles de soins, la présente évaluation privilégie les modèles de soins novateurs avec un certain degré d'intégration<sup>7</sup> dans toutes les professions et dans tous les secteurs, contextes et champs d'exercice complémentaires, afin de lutter contre l'organisation traditionnellement fragmentée et cloisonnée des services de soins de santé (voir la figure 2).

Il faut comprendre que la relation entre *modèles de soins novateurs* et *champs d'exercice optimaux* est complexe et réciproque et qu'il ne s'agit pas d'une simple relation linéaire de cause à effet. Les modifications apportées d'un côté auront donc des répercussions de l'autre. Les modèles novateurs de prestation des soins de santé optimisent généralement les RHS, par exemple en réduisant le recours aux médecins indépendants, tout en augmentant le rôle des professionnels de la santé qui ne sont pas des médecins (dans certains cas, l'accent est mis sur la réduction du recours aux infirmières). Par ailleurs, les nouvelles professions de la santé dont les champs d'exercice se chevauchent sont en train de changer la prestation des soins de santé. Ces évolutions au sein du système de soins de santé doivent être reflétées dans les paramètres des champs d'exercice et dans les méthodes d'organisation des modèles de soins.

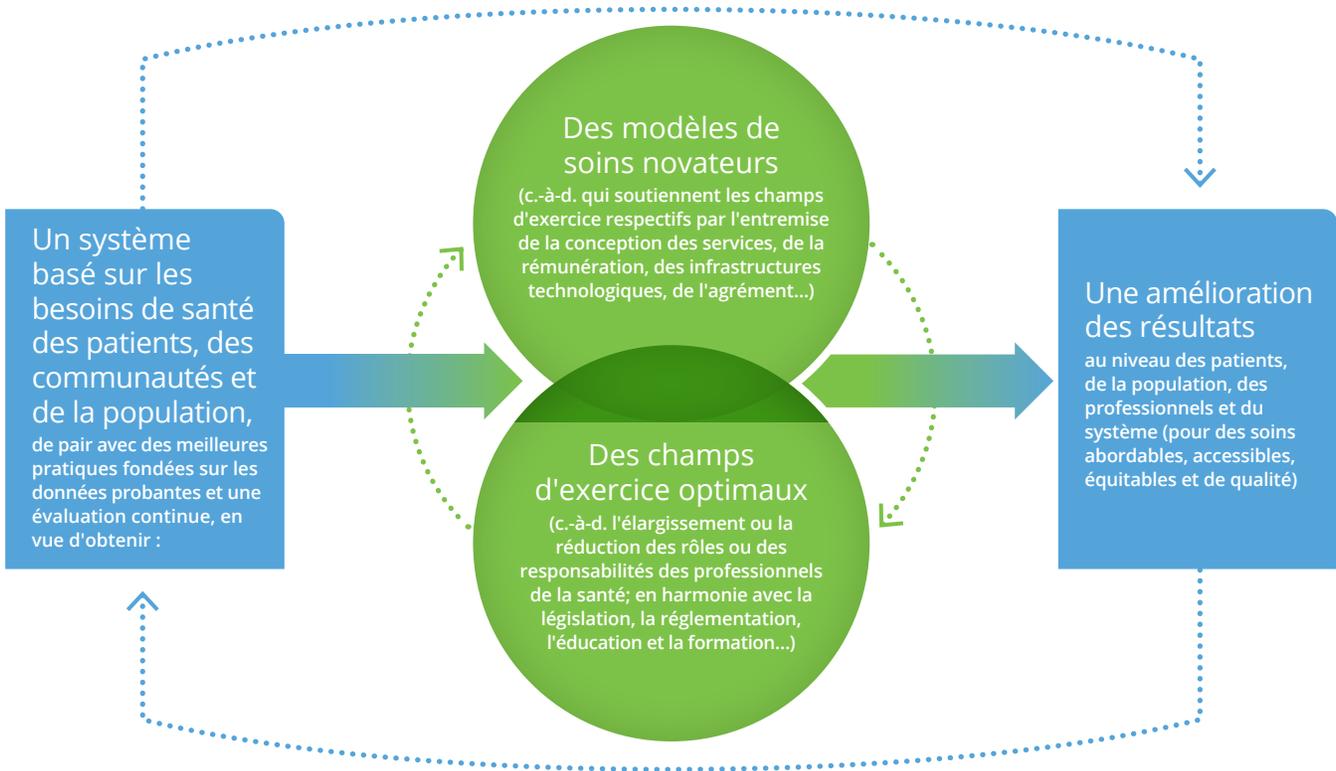
Il faut préparer et autoriser les professionnels de la santé à travailler au maximum de leur champ d'exercice à travers une éducation et une formation appropriées, et, si la législation gouvernementale l'autorise, à agir selon les normes, les limites et les conditions définies par les ordres professionnels ou les associations de réglementation respectifs (en fonction de la province ou du territoire). Ces paramètres de champs d'exercice formels sont ensuite soumis au modèle de soins particulier et aux facteurs propres au milieu de pratique associé. De tels facteurs déterminants comprennent, sans s'y limiter, la configuration et la combinaison des compétences des professionnels de la santé, l'évolution des compétences au fil du temps, l'organisation et la gestion collaboratives, les relations interprofessionnelles, les ressources disponibles, les besoins des patients, les mécanismes de rémunération, les règlements institutionnels, les systèmes technologiques, les systèmes de communication et les systèmes de dossiers de patients.

7 L'intégration des soins peut être définie comme « une approche holistique basée sur la population et axée sur la personne, pour répondre aux multiples besoins des personnes atteintes de maladies complexes et qui souffrent fréquemment des lacunes des services, de soins décausés et d'une qualité sous-optimale » (Kodner, 2012a, ECCO 2012).

## FIGURE 2 : RELATION ENTRE LES CHAMPS D'EXERCICE ET LES MODÈLES DE SOINS

### Quelle est l'influence des modèles de soins sur les champs d'exercice?

Les modèles novateurs de prestation de soins de santé ont généralement pour objectif d'optimiser les ressources humaines en santé en réduisant le recours aux services des médecins indépendants, tout en augmentant le recours aux autres professionnels de la santé. Les changements à l'organisation des soins de santé doivent se refléter dans la législation, la réglementation, l'éducation et la formation propres aux champs d'exercice respectifs.



### Quelle est l'influence des champs d'exercice sur les modèles de soins?

L'élargissement des champs d'exercice (c.-à-d. permettre aux pharmaciens de prescrire des médicaments), le chevauchement des champs d'exercice (c.-à-d. permettre aux infirmières praticiennes de travailler avec les médecins de famille) et la création de nouveaux rôles (c.-à-d. utiliser des innovations technologiques) nécessitent que des modifications soient apportées à la conception et à la prestation des services de soins de santé.

## Politique associée aux champs d'exercice

En plus de clarifier la terminologie propre aux champs d'exercice, il est également important d'en souligner la nature politique. En effet, si nous admettons que les professionnels de la santé prennent à cœur l'intérêt de chacun de leurs patients, nous devons également préciser que les champs d'exercice ont en réalité été politisés comme moyen de favoriser l'avancement professionnel – en mettant en avant la délimitation des tâches plutôt que les besoins de la population et l'efficacité du système. En outre, la perception d'un statut plus élevé ou d'une rémunération supérieure engendre une course vers des postes plus attrayants, ce qui risque de perturber

l'équilibre entre l'offre de ressources humaines en santé et les besoins de soins de santé (p. ex., généralisation vs spécialisation; ou soins en régions rurales ou éloignées vs en régions urbaines). Or, cette répartition inégale des services de santé basée sur les revendications concurrentes des professionnels résulte du fait que la prestation des services est organisée en fonction des professionnels de la santé. Le problème est clairement mis en évidence pendant les périodes de pénurie de main-d'œuvre en santé dans des cadres particuliers, où il est beaucoup plus facile d'étendre et de chevaucher les champs d'exercice, alors que dans les périodes de surplus de main-d'œuvre, l'organisation est plus rigide. Ce fait est d'autant plus saillant dans les régions rurales et éloignées, où la pénurie de main-d'œuvre en santé est endémique et où les champs d'exercice doivent être accommodés en conséquence.

Compte tenu de la persistance du legs professionnel qui établit fermement l'organisation traditionnelle des modèles de soins selon des champs d'exercice prédéfinis, il n'est pas étonnant que nous ne puissions pas déterminer hors de tout doute si la configuration de professionnels dotés des compétences et des champs d'exercice requis est appropriée pour répondre aux besoins actuels et futurs de toute la population canadienne. À ce jour, il n'y a eu aucune analyse détaillée des connaissances et des compétences requises pour répondre à l'évolution des besoins de santé de la population. Il n'a pas non plus été déterminé si l'éventail de ces connaissances et de ces compétences est actuellement présent dans la main-d'œuvre canadienne en santé.

En tant que société, nous devons trouver des réponses aux questions relatives aux champs d'exercice et aux modèles de soins, en particulier pour établir si l'élargissement des champs d'exercice de certains professionnels de la santé ou l'introduction de nouveaux rôles ou champs d'exercice constitueraient des solutions d'amélioration des résultats de santé au niveau des patients, des professionnels et du système. Par ailleurs, on ne sait pas si certains professionnels de la santé devraient réduire leur participation dans certains secteurs de soins. Nous avons choisi de concentrer cette évaluation sur les structures sociétales qui pourraient mieux répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population en matière de santé plutôt que sur les champs d'exercice propres à la pratique de certaines professions; il a été estimé que ce point procurerait le plus grand potentiel de transformation des soins de santé.

Un certain nombre d'initiatives prometteuses ont permis de modifier les champs d'exercice et les modèles de soins traditionnels pour optimiser les ressources humaines en santé et améliorer les résultats en matière de santé. Or, partout au Canada, l'application à grande échelle de ces innovations semble s'être heurtée une myriade de défis associés à la législation et aux cadres réglementaires connexes, aux conventions collectives, à l'organisation des programmes professionnels de formation et d'enseignement, aux préoccupations liées à la qualité et à la sécurité, aux modèles de financement et aux traditions. Dans ce rapport, nous présentons six études de cas canadiens qui

illustrent des exemples d'innovations en soins de santé où les changements correspondants aux champs d'exercice ont été mis en œuvre<sup>8</sup>. Ensemble, ces exemples illustrent la portée limitée de leur intégration dans l'ensemble du système de soins de santé et des structures au niveau macro. En effet, au lieu de s'intégrer au système, la majorité des innovations en matière de soins de santé examinées dans le présent rapport se réalisent en parallèle du système ou contournent les structures au niveau macro. Le modèle de recommandation tente d'aborder directement ce problème en déterminant les mesures susceptibles de créer un environnement plus flexible, qui à son tour permettrait l'application à grande échelle d'initiatives prometteuses concernant les champs d'exercice optimaux et les modèles de soins novateurs.

## Principes généraux ayant orienté l'évaluation

L'ensemble des principes suivants a guidé le travail de l'équipe d'évaluation et reflète le processus de transformation que nous avons suivi au cours de notre réflexion :

- Les champs d'exercice et les modèles de soins connexes doivent être établis et conçus en fonction des besoins des patients, des communautés et de la population.
- La pratique des soins de santé doit refléter à un certain niveau une mentalité de collaboration; le sens coordonné et intégré de responsabilité de groupe envers le bien-être du patient est essentiel à une prestation efficace de soins axés sur le patient.
- La répartition des tâches en matière de soins de santé est essentiellement une question dynamique qui doit être adaptée au fil du temps aux différents contextes de manière à refléter les besoins et changements épidémiologiques, sociodémographiques et technologiques.
- Les systèmes contextuels (pédagogiques, économiques, juridiques) qui définissent les champs d'exercice doivent être conformes à ces principes et à ces modèles de soins complémentaires.

---

8 Ces six études de cas ont été identifiées grâce à des travaux complémentaires entrepris pour le compte du Réseau canadien sur les ressources humaines en santé en partenariat avec le Conseil canadien de la santé. Les critères d'inclusion de ces études de cas diffèrent légèrement de ceux décrits dans les lignes directrices concernant l'épuration de cette évaluation; les études de cas ont en effet été choisies en fonction de leur capacité à décrire les relations entre les modèles de soins et les champs d'exercice. On peut retrouver d'autres pratiques novatrices de cette nature sur le site Web du Portail de l'innovation en santé à l'adresse <http://innovation.healthcouncilcanada.ca/>.

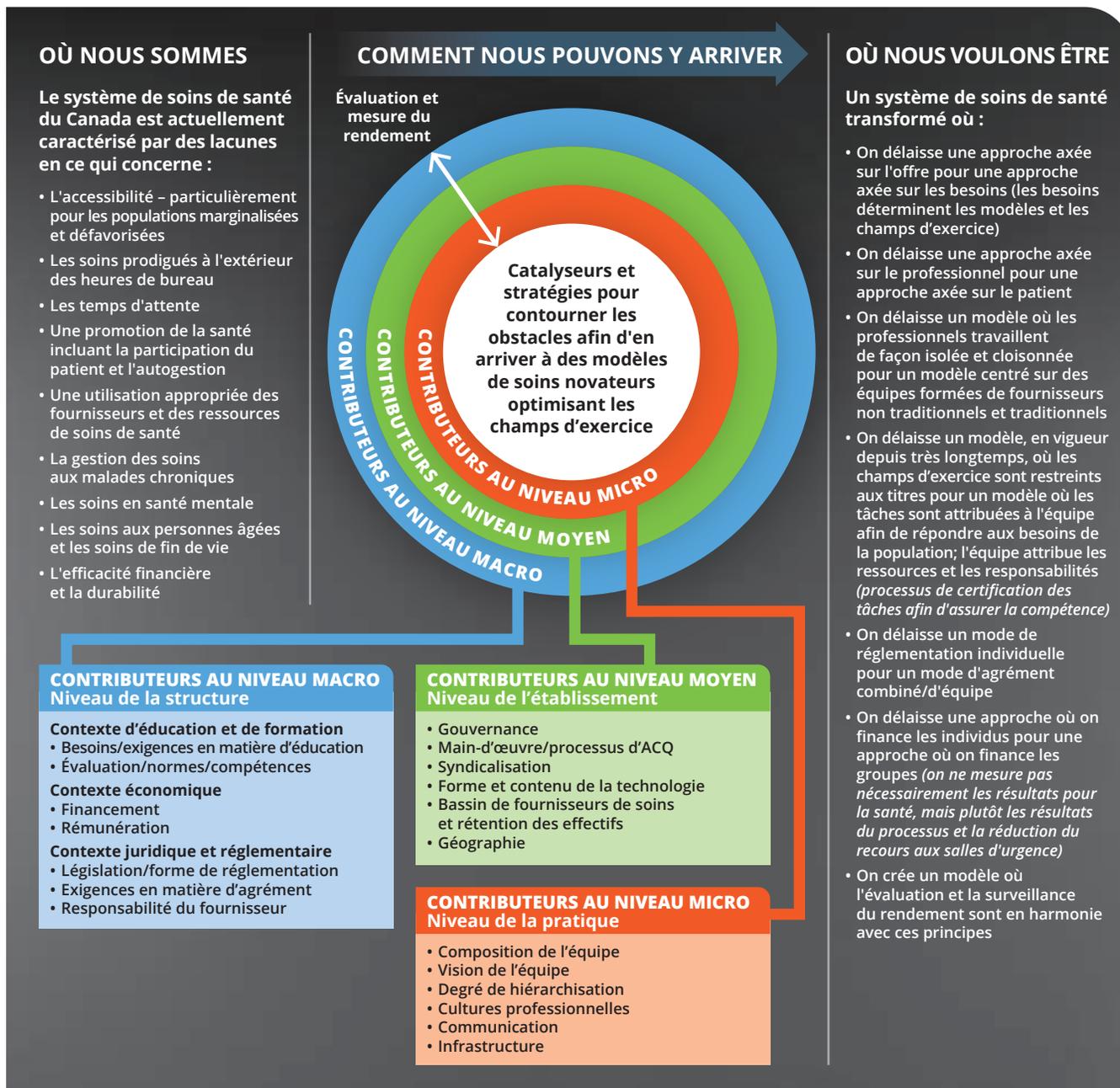
# Cadre conceptuel

La figure 3 illustre le cadre conceptuel qui a orienté cette étude. Ce cadre commence par déterminer **où nous sommes**, c'est-à-dire qu'il établit les lacunes du système de soins de santé actuel qui pourraient être abordées par un examen des champs d'exercice. Il se termine par

notre énoncé de vision de l'endroit **où nous voulons être**, en ciblant des indicateurs de résultats pour les patients, le système de soins de santé et les professionnels de la santé. Un modèle expliquant **comment nous pouvons y arriver** a été intégré au centre du cadre conceptuel; il détermine les contributeurs qui influent sur l'optimisation

**FIGURE 3 : CADRE CONCEPTUEL**

Des champs d'exercice soutenant des modèles de soins novateurs qui répondent mieux. Aux besoins de la population en matière de santé et un système de soins de santé transformé.



Liste des lacunes tirée de : Nasmith L., Ballem P., Baxter R., Bergman H., Colin-Thomé D., Herbert C., Keating N., Lessard R., Lyons R., McMurphy D., Ratner P., Rosenbaum P., Tamblin R., Wagner E. et Zimmerman B. (2010). Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats. Ottawa, Ontario, Canada : Académie canadienne des sciences de la santé.

des champs d'exercice des professionnels de la santé et des modèles de soins qui les soutiennent.

Le cadre part du modèle conceptuel créé à partir d'une série d'études sur les équipes interprofessionnelles et des publications de Bourgeault et Mulvale (2006) et de Mulvale et Bourgeault (2007). Les cercles concentriques représentent les différents niveaux de contributeurs qui tiennent compte des éléments à la fois complexes, dynamiques et interdépendants du système de soins de santé. Le cadre s'appuie sur la déclaration encadrée dans le rapport de l'ACSS sur les soins aux malades chroniques :

*Il importe de reconnaître que les soins de santé au Canada constituent un système adaptatif complexe, réalisé par l'intermédiaire d'un mécanisme de contrôle qui n'est pas unique ni centralisé, mais dont le fonctionnement et le changement s'effectuent plutôt par l'entremise d'un réseau complexe de politiques et de structures, de recherches et d'autres données probantes visant à améliorer la pratique, d'apprentissage partagé entre les professions et d'autres groupes, de cadres organisationnels et d'adaptations sur le terrain sur les plans fédéral, provincial, territorial, régional et municipal. Des systèmes complexes, tels que ceux relatifs aux soins de santé, évoluent et progressent au moyen d'initiatives, de réponses et de changements multiples, parallèles ou divergents. (Nasmith et coll., 2010, p. 45)*

Le cadre conceptuel met en évidence la façon dont les interventions qui modifient ou optimisent les champs d'exercice doivent tenir compte de plusieurs couches de contributeurs, du niveau macro (structure) au niveau moyen (établissement) et au niveau micro (pratique).

Au niveau macro (structure), nous soulignons les facteurs juridiques et réglementaires, économiques et politiques, ainsi que les facteurs liés à l'éducation et à la formation. Au niveau moyen (établissement), nous faisons la distinction entre les facteurs propres aux établissements, technologiques et communautaires. Quant au niveau micro (pratique), nous mettons en avant les facteurs de composition de l'équipe et des cultures professionnelles.

Ces éléments ne sont ni exhaustifs ni mutuellement exclusifs. À cet égard, il est important de noter que les interventions relatives aux champs d'exercice ne peuvent pas être mises en œuvre ou évaluées de façon isolée. Nous reconnaissons donc le contexte sous-jacent de toute intervention en tant que système adaptatif complexe qui illustre notre organisation des services de soins de santé.

## 2. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

*L'Académie a nommé Jeff Turnbull, médecin-chef à l'Hôpital d'Ottawa, et Sioban Nelson, vice-rectrice aux programmes universitaires et professeure en sciences infirmières à l'Université de Toronto, en tant que coprésidents de cette évaluation. L'Académie a ensuite nommé un groupe d'experts composé de membres possédant une expertise unique et interdisciplinaire (voir l'appendice 4 pour consulter les biographies).*

Par l'intermédiaire du coprésident et de la coprésidente, l'Académie a ensuite établi un partenariat avec le Réseau canadien sur les ressources humaines en santé (RCRHS), dirigé par *Ivy Lynn Bourgeault*, titulaire d'une chaire de recherche des IRSC/de Santé Canada sur les politiques relatives aux ressources humaines en santé, *Katelyn Merritt*, du RCRHS, et *Gillian Mulvale*, professeure adjointe d'économie de la santé à l'Université McMaster, pour procéder à la recherche dans le but de documenter cette évaluation. L'approche méthodologique de l'évaluation comprenait deux éléments clés :

- Il a été déterminé qu'un **examen de la portée**<sup>9</sup> serait la forme de revue de littérature la plus appropriée pour présenter la littérature existante applicable aux champs d'exercice, en permettant d'identifier les zones de saturation des connaissances et les zones de lacunes où d'autres recherches seraient nécessaires. La littérature pertinente a été puisée dans des sources publiées et non publiées au Canada, ainsi que dans des examens effectués aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Un outil de recherche documentaire a été créé pour extraire systématiquement des données sur les catalyseurs clés et sur les principaux obstacles au changement, et pour établir un rapport sur le contexte, les processus et les résultats au niveau des patients, des professionnels et du système.

- **Des entrevues auprès de répondants clés**<sup>10</sup> (n = 50) ont été menées afin d'augmenter les connaissances (et de réduire les lacunes) de l'examen de la portée liées à un ensemble d'enjeux, y compris 1) les expériences des patients, qui soulignent des cas de besoins complexes où les patients doivent naviguer à travers plusieurs niveaux du système de soins de santé; 2) des modèles novateurs qui ne sont pas formellement documentés; et 3) un examen plus approfondi des processus, des facteurs contextuels et des forces qui influent sur la mise en œuvre, l'application à grande échelle et la durabilité du système.

Une fois les données recueillies dans la littérature et auprès des répondants clés, les membres du comité d'experts ont produit au cours de quatre réunions une évaluation approfondie pour répondre à la question de recherche, qui consistait à *déterminer les approches relatives aux champs d'exercice qui soutiendront le plus efficacement les modèles novateurs à la base d'un système de soins de santé transformé apte à servir l'ensemble de la population du Canada.*

Au cours des étapes de la rédaction, le document a été soumis à des examens officiels internes et externes, ce qui fait partie des exigences courantes de l'ACSS. Un total de cinq examens internes ont été effectués et quatre avis externes ont été donnés. Ceux-ci ont été suivis d'une nouvelle série de téléconférences et de rencontres individuelles par le comité d'experts pour réviser le document.

<sup>9</sup> Voir les appendices 6 à 10\* pour plus de détails sur l'examen de la portée.

<sup>10</sup> Voir l'appendice 11\* pour la liste des répondants clés.

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

La partie qui suit présente des détails descriptifs sur l'examen de la portée et sur les composantes des entrevues auprès des répondants clés.

## Aperçu du processus établi pour l'examen de la portée

Il a été déterminé qu'un examen de la portée serait la forme d'analyse de littérature la plus appropriée étant donné le peu de connaissances sur les champs d'exercice des professionnels de la santé au Canada. Il était prévu que cet examen procurerait une représentation préliminaire des données probantes existantes sur l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé et des modèles de soins novateurs afin d'identifier les principales leçons apprises et les lacunes en matière de connaissances. Il convient de noter que, bien que des méthodes de recherche systématiques rigoureuses aient été mises en œuvre pour recueillir et analyser la littérature, les critères de sélection de cette évaluation comprenaient un examen des composantes d'évaluation de chaque étude, qui ne sont habituellement pas comprises dans les examens de la portée (Arksey, 2005).

### Stratégie de recherche

#### 1. Littérature publiée

Les bases de données suivantes ont été scrutées à l'aide d'une stratégie de recherche de base (pour MEDLINE) (voir l'appendice 7), qui a ensuite été modifiée pour chaque base de données ultérieure (Embase, PsycINFO, Healthstar, CINAHL, ERIC et Sociological Abstracts). Ensemble, ces bases de données constituent une source complète pour chercher toute la documentation publiée dans les domaines de la médecine, des sciences de la santé, de l'éducation, de l'économie et de la sociologie. Le nombre d'articles extraits a été limité par année, par langue et par origine géographique pour obtenir des articles publiés en anglais ou en français après 2000, et d'origine canadienne uniquement. Compte tenu de l'ampleur du sujet, le nombre d'articles extraits au cours de la première recherche a été particulièrement important (2344 articles identifiés avant l'élimination des doublons). Une recherche secondaire

a été effectuée pour repérer les examens effectués aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Les mêmes mots-clés et les mêmes critères de langue ont été utilisés. Cependant, seules les publications postérieures à 2008 ont été conservées, puisque les revues couvriraient des travaux de recherche antérieurs à cette année (1728 revues ont été trouvées avant l'élimination des doublons).

#### 2. Littérature grise

Une recherche systématique de la littérature grise a été effectuée à l'aide d'une stratégie en trois phases. Dans la première phase, l'équipe de recherche, les coprésidents et les membres du comité d'experts ont déterminé des sources de littérature grise de haute qualité pour cibler la recherche. Ces sources incluent des organisations de ressources humaines en santé au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, ainsi que des organisations ayant une vision mondiale (voir l'annexe 8). Au Canada, la Bibliothèque numérique canadienne et la bibliothèque du RCRHS ont produit la majorité de la littérature grise pertinente; les sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux ont donné peu de résultats, la grande majorité des résultats provenant de l'Ontario.

Au cours de la deuxième phase, des recherches ont été effectuées dans les bases de données, les sources et les sites ciblés à l'aide des mots-clés suivants, dérivés de la recherche documentaire révisée par des pairs et validés par notre bibliothécaire de recherche : « interprofessionnel<sup>†</sup> », « interdisciplinaire<sup>†</sup> », « multidisciplinaire<sup>†</sup> », « collaboratif<sup>†</sup> », « satisfaction emploi », « modèle organisationnel », « modèle de soins », « modèle », « champ d'exercice », « rôle professionnel », « déléguer<sup>†</sup> », « transfert de tâches », « réforme<sup>†</sup> », « changement<sup>†</sup> » et « transformer<sup>†</sup> » († indique les variations tronquées). Selon la source, des outils de recherche, des bases de données et des sites Web ont été choisis à partir de leurs capacités de recherche systématique respectives. Pour les sources de littérature grise comprenant moins d'articles (soit moins de 2000 articles uniques en général), une recherche approfondie a été menée par épuration selon les titres et résumés. Le nombre d'articles extraits lors de la seconde phase de recherche a été noté pour chaque source. Pour un résumé des résultats issus de la stratégie de recherche et de l'épuration, veuillez consulter l'appendice 9\*, qui présente la liste détaillée par source.

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

## Épuration, extraction et analyse

Après avoir recueilli toutes les publications potentiellement pertinentes, nous avons effectué une épuration à partir des titres et résumés pour déterminer les articles potentiellement admissibles. Comme indiqué dans les lignes directrices relatives à l'épuration (voir l'appendice 5\*), seuls les articles qui traitent au moins de l'un des trois domaines suivants ont été retenus : (1) les professions de la santé réglementée énoncées, (2) les rôles et les champs d'exercice, et (3) les mécanismes de changement liés aux modèles de soins de santé novateurs (p. ex., l'interprofessionnalisme, le transfert des tâches, les modèles de soins axés sur la collaboration, l'élargissement des champs d'exercice, ainsi que l'inclusion de renseignements concernant la méthodologie d'évaluation utilisée dans l'étude).

L'épuration de la littérature selon les titres et résumés a été menée par une équipe de cinq analystes. Les analystes ont ensuite discuté des divergences pour en arriver à une décision définitive. Une épuration en fonction des textes intégraux a été menée en parallèle au processus de recherche documentaire (décrit ci-dessous). Les articles qui comprenaient un élément d'évaluation et qui portaient sur au moins un des résultats au niveau des patients, des professionnels ou du système, comme indiqué dans les lignes directrices relatives à l'épuration, ont été classés comme source d'intérêt principal. Un total de 96 articles publiés et de 29 articles de littérature grise, soit **un total de 125 sources**, ont été entièrement extraits et synthétisés dans le présent rapport. Les références complètes sont fournies dans la section « Références ».

Nous avons ensuite créé un outil de recherche documentaire (voir l'appendice 10\*) afin de fournir un niveau de normalisation pour l'extraction des données à partir de ces documents. Cet outil a été établi à partir du cadre conceptuel (voir la figure 3). Les résultats extraits par les analystes ont été examinés sur une base régulière de manière à adopter une démarche normalisée. De plus, une analyse et un examen de fin de recherche documentaire ont également été entrepris, et certaines extractions ont été révisées en conséquence. Les résultats extraits par chaque analyste ont ensuite été rassemblés et analysés pour fournir des résumés descriptifs et thématiques. Cela a permis la création de tableaux résumant les colonnes de données extraites. Les données obtenues par l'entremise de l'outil de recherche documentaire ont été classées en fonction de trois critères principaux : l'éducation et la formation, l'aspect économique, et les aspects juridiques et

réglementaires, comme indiqué dans le cadre conceptuel. Les résumés de la littérature ont été complétés par les données extraites des entrevues auprès des répondants clés (ce dont nous discuterons plus en détail ci-dessous) et par les délibérations du comité d'experts.

### 3. Littérature et documents juridiques et réglementaires

Après avoir consulté divers bibliothécaires juridiques et mené un processus de recherche documentaire partielle, il était clair que l'information sur les aspects juridiques et réglementaires des champs d'exercice obtenue avec les méthodes de recherche existantes était rare. Nous avons donc commandé un processus distinct, mais intégré, pour accéder à cette littérature en travaillant avec une juriste spécialisée en droit de la santé et dans les champs d'exercice des professionnels de la santé (voir l'appendice 4\* pour la biographie de Nola Ries). La consultante juridique a effectué une recherche plus ciblée pour synthétiser toute la documentation pertinente concernant les aspects réglementaire et juridique ainsi que la jurisprudence.

Dans le cadre de ce processus, le site Web de l'Institut canadien d'information juridique (CanLII) ([www.canlii.org/fr](http://www.canlii.org/fr)) a été utilisé pour rechercher la législation et les décisions judiciaires pertinentes. Les lois et règlements relatifs aux professions de la santé ont été déterminés pour chaque province et pour chaque territoire. Les sites Web des ministères de la Santé des provinces et territoires ont également été consultés afin de mettre la main sur des rapports et mises à jour concernant la réforme réglementaire sur les professions de la santé. Les décisions judiciaires ont été identifiées à partir de combinaisons des mots-clés suivants : « soins de santé », « négligence », « équipe », « soins interdisciplinaires », « collaboration interprofessionnelle » et « champ d'exercice ». Les décisions ont été examinées en fonction de leur pertinence, et des exemples caractéristiques ont été sélectionnés. Les articles scientifiques et la littérature grise ont été choisis à l'aide de bases de données en ligne (PubMed, Google Scholar, Index to Legal Periodicals & Books, Index à la documentation juridique au Canada) à l'aide de combinaisons des mots-clés suivants : « profession de la santé », « réglementation », « champ d'exercice », « soins interdisciplinaires » et « collaboration interprofessionnelle ». L'ébauche du rapport a été distribuée à dix juristes et chercheurs du domaine du droit afin d'obtenir la rétroaction d'experts.

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

## Restrictions

En raison de la nature de la question de recherche et du volume de documentation pertinente obtenu, il a été nécessaire de procéder à une inclusion sélective. Les articles inclus dans l'analyse ont été priorisés en fonction de leur contenu : inclusion d'un mécanisme de changement concernant les champs d'exercice; inclusion d'une méthode d'évaluation; et résultats rapportés et impact. Il est important de rappeler que puisqu'il s'agissait d'un examen de la portée, les qualités méthodologiques individuelles des articles inclus n'ont pas été évaluées. Cependant, cette étape serait importante pour la suite du programme de recherche.

Un outil de recherche documentaire a été créé pour faciliter la démarche d'extraction systématique des données utilisables de la littérature. Étant donné que cinq analystes de recherche ont participé à cette étape, la communication des données aurait pu être incohérente. Ainsi, tout au long du processus d'examen, nous avons mené plusieurs contrôles dans le but de concilier les divergences potentielles.

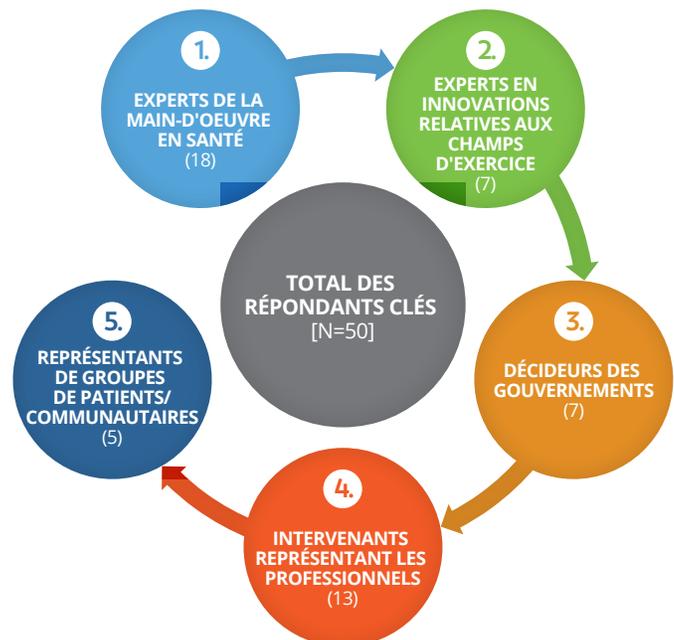
Par ailleurs, le manque de clarté relativement à la terminologie des champs d'exercice et des rôles professionnels a constitué un défi pour la recherche et l'analyse documentaires. En effet, la définition de termes tels que « transfert des tâches », « délégation » et « actes de substitution » n'est pas cohérente dans la littérature. De plus, la terminologie utilisée pour décrire les profils de compétences et les champs réglementés des professionnels de la santé varie grandement à l'extérieur du Canada, et des termes tels que « combinaison de compétences », « dose de compétences » et « mobilité des compétences » sont utilisés régulièrement, mais de manière incohérente. Cette hétérogénéité entraîne des défis sur le plan de l'examen des champs d'exercice, en particulier quant aux significations associées à des rôles nouveaux ou élargis.

Au cours du processus d'épuration, les articles qui répondaient aux critères d'inclusion, sans pour autant porter sur les résultats décrits, ont été identifiés. Ces articles ont été regroupés en deux catégories; ainsi, les *articles basés sur le processus* décrivaient les innovations et les mécanismes de mise en œuvre, et les *articles basés sur le contexte* décrivaient l'évolution d'un rôle ou de contextes d'éducation et de formation, économiques, ou juridiques et réglementaires particuliers<sup>11</sup>.

## Vue d'ensemble des entrevues auprès des répondants clés

Pour réduire les écarts de connaissances qui, nous l'avions prévu, demeurerait à la fin de l'examen de la portée, nous avons mené 50 entrevues auprès de répondants clés. L'approbation éthique a été réalisée par l'Université d'Ottawa pour ces entrevues (voir l'appendice 12\*). La démarche employée pour choisir et sélectionner les répondants clés était fondée sur l'objectif visé. D'abord, on a sélectionné des experts nationaux et internationaux en main-d'œuvre de la santé, des innovateurs en champ d'exercice et des décideurs gouvernementaux aux niveaux fédéral, provincial, local et régional. Ensuite, ce sont des représentants des intervenants professionnels, des groupes de patients et des associations communautaires qui ont été ciblés (voir la figure 4).

**FIGURE 4 : APERÇU DES PARTICIPANTS AUX ENTREVUES AUPRÈS DES RÉPONDANTS CLÉS**



11 Il est suggéré que ces articles soient soumis à un examen distinct pour fournir un contexte supplémentaire à l'analyse axée sur l'intervention incluse dans cette évaluation.

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

La liste des répondants clés a été créée à partir de diverses sources, dont l'examen de la portée, et par une stratégie d'échantillonnage en boule de neige, où les répondants clés ont suggéré d'autres personnes d'intérêt. Le but de la stratégie d'échantillonnage était de représenter la diversité des domaines de la santé et les diverses régions du Canada, et de les classer selon leur rôle respectif (c.-à.-d., expert ou intervenant). La stratégie de recrutement a fait l'objet d'une approche circulaire illustrée sur le diagramme. Les participants ont été recrutés par courriel et ont reçu une lettre d'information électronique et un formulaire de consentement pour l'étude (voir l'appendice 12\*).

Grâce à une série de guides d'entrevue semi-structurée adaptée au domaine d'expertise du répondant clé, les entrevues téléphoniques ont été réalisées par les membres de l'équipe de projet (Ivy Lynn Bourgeault, Gillian Mulvale ou Katelyn Merritt); elles ont été enregistrées numériquement, puis transcrites textuellement

et codées pour l'analyse thématique à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo (voir l'appendice 14\* pour le guide d'entrevue standard et l'appendice 15\* pour le schéma de codage). La structure du guide d'entrevue et le schéma de codage subséquent ont suivi les domaines thématiques déterminés dans le cadre conceptuel et par l'outil de recherche documentaire pour assurer la cohérence des résultats intégrés dans cette évaluation. Puisque la littérature présentait essentiellement des contributeurs au niveau micro, les entrevues auprès des répondants clés ont davantage mis l'accent sur les contributeurs aux niveaux moyen et macro. Bon nombre de ces entrevues ont été effectuées sous la forme de conversations peu structurées, permettant ainsi d'explorer au mieux des enjeux qui ne sont actuellement pas à l'étude. En raison des contraintes de temps, nous avons dû sélectionner stratégiquement les questions les plus pertinentes pour chaque répondant clé en fonction de son domaine d'expertise.

---

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

# 3. PRINCIPALES CONSTATATIONS

Dans l'ensemble, nous avons constaté que la littérature sur les interventions relatives aux champs d'exercice portait essentiellement sur :

- Des études descriptives mettant l'accent sur les méthodes d'enquête;
- Les soins primaires, tertiaires ainsi que les soins aux malades chroniques, y compris le chevauchement entre ces différents niveaux;
- Les professions de soins infirmiers, de la médecine et de la pharmacie;
- Les mécanismes de changement au niveau de la pratique; et
- Les résultats pour les professionnels de la santé, suivis par les résultats pour les patients et les résultats au niveau du système, dont la plupart ont été positifs<sup>12</sup>.

Nous avons déterminé que des biais généraux et les limites de la recherche ont affecté les éléments suivants :

- Nous avons constaté qu'il y avait une forte tendance de biais de déclaration en faveur de résultats positifs et relativement peu de discussions sur l'absence de changement après l'introduction d'une intervention. Ce biais a été remarqué de manière égale dans la littérature publiée et la littérature grise. Il est également important de considérer qu'il se pourrait que le travail de nombreux projets de RHS ne soit pas documenté. En effet, la publication scientifique pourrait ne pas avoir été une priorité pour l'équipe de projet; au contraire, les efforts ont pu être concentrés sur la mise en œuvre locale et sur le maintien de l'innovation, sans qu'il ait été nécessaire de documenter le travail ou de le promouvoir auprès d'un public plus large (Evans, Schneider et Barer, 2010).

- Par ailleurs, les résultats issus de la littérature étaient plutôt modestes, ce qui pourrait être le reflet de la nature généralement conservatrice du financement de la recherche et de la publication en lien avec l'innovation. À cet égard, très peu de recherches ont été extraites sur l'équité en santé et sur les questions de l'accessibilité disproportionnée pour les populations particulièrement marginalisées ou vulnérables, comme les immigrants, les Autochtones ou les sans-abri.
- Il est important de considérer les biais relatifs à la langue et à l'emplacement géographique, étant donné que les critères de l'évaluation n'incluaient que les publications en français et en anglais, ce qui pourrait avoir fait en sorte d'exclure en particulier certaines des revues internationales. Nous reconnaissons également qu'une importante proportion de la littérature axée sur les innovations a été mise de côté, puisque nous avons restreint les sources internationales au Royaume-Uni, aux États-Unis et à l'Australie. Toutefois, dans le cadre de cette étude, il était nécessaire de définir des limites et d'envisager les systèmes de soins de santé et les structures les plus proches du contexte canadien et les plus pertinents.

Il n'existe que peu d'études exhaustives qui établissent des résultats pouvant servir de cadre pour guider la refonte des futurs champs d'exercice des professionnels de la santé. Les entrevues auprès des répondants clés et les débats du comité d'experts ont fait passer les discussions à un autre niveau : d'abord axées sur les connaissances actuelles publiées dans la littérature, les discussions ont mené à un modèle de recommandations visant à guider le processus qui permettrait de mieux définir les champs d'exercice qui *soutiendront le plus efficacement les modèles novateurs à la base d'un système de soins de santé transformé apte à servir l'ensemble de la population du Canada.*

12 Des graphiques supplémentaires décrivant l'aperçu de la littérature sont présentés à l'appendice 16\*.

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

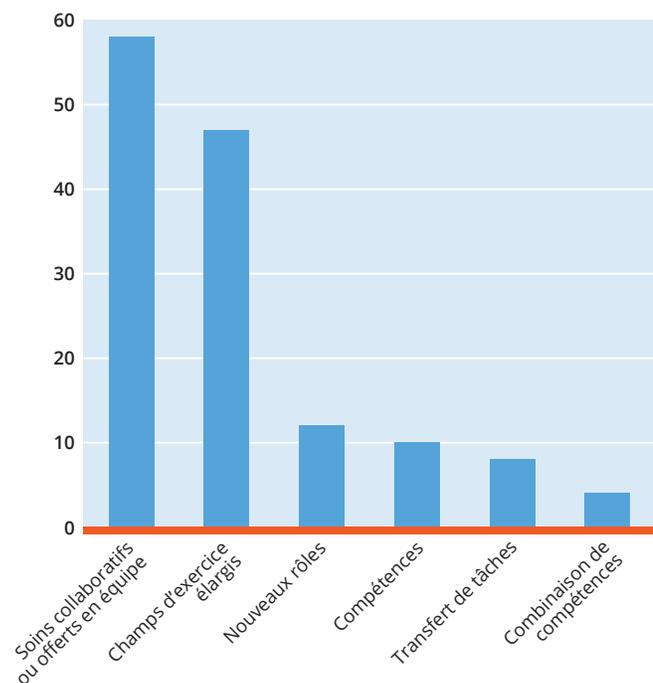
Nous présentons nos conclusions d'abord par contributeurs au niveau micro, puis aux niveaux moyen et macro pour les contextes d'éducation et de formation, économiques, et juridiques et réglementaires (voir la figure 3). De manière générale, le niveau micro est particulièrement dominant dans la littérature, couvrant près de la moitié des articles extraits. La deuxième catégorie d'articles en importance couvre les interventions éducatives; une minorité aborde les facteurs au niveau macro relatifs aux enjeux économiques et réglementaires/de responsabilité. À chacun de ces niveaux, nous déterminons les éléments suivants : les principales caractéristiques, les résultats déclarés et les catalyseurs ou obstacles associés à l'intervention. Les renseignements recueillis auprès des répondants clés sont ensuite présentés et utilisés pour établir des points de correspondance avec la littérature et pour combler les lacunes qui n'y sont pas abordées. Les encadrés récapitulatifs présentés à la fin de chaque section sont constitués à partir des données tirées de la littérature et des répondants clés, et des synthèses des réunions du comité d'experts. La dernière section présente les recommandations émises à partir de ces résumés.

## A. Interventions au niveau micro (pratique)

En 2010, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a reconnu que « la collaboration interprofessionnelle dans l'éducation et la pratique est une stratégie novatrice qui jouera un rôle important dans l'atténuation de la crise mondiale de la main-d'œuvre en santé » (OMS, *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, p. 7). La littérature analysée dans cet examen de la portée est conforme à cet énoncé, ce qui démontre le degré d'attention qui devrait être accordé aux modèles de soins axés sur la collaboration interprofessionnelle en tant que stratégie prometteuse pour améliorer la qualité des soins. Parmi les 125 sources identifiées dans l'examen de la portée, 58 abordaient un mécanisme de changement axé sur la collaboration interprofessionnelle basée sur les équipes. La classification de ces modèles a été guidée par la définition de la pratique collaborative de l'OMS : « la pratique collaborative existe lorsque

de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leur famille, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention » (OMS, *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, 2010, p. 7). En plus des mécanismes de changement collaboratifs ou offerts en équipe, d'autres démarches d'intervention au niveau de la pratique sont représentées à la figure 5 et sont décrites ci-dessous.

**FIGURE 5: APERÇU DU NOMBRE DE CITATIONS RELATIVES AUX INTERVENTIONS AU NIVEAU DE LA PRATIQUE ISSUES DE LA LITTÉRATURE<sup>13</sup>**



**Soins collaboratifs ou offerts en équipe :** Au moins deux professionnels de la santé ayant différentes formations travaillent ensemble pour répondre aux besoins des patients.

**Champs d'exercice élargis :** Des fournisseurs de soins de santé assument, dans le cadre de la pratique, une gamme plus vaste de tâches qui ne seraient normalement pas intégrées à leurs champs d'exercice traditionnels.

13 Les catégories ne s'excluent pas mutuellement.

**Nouveaux rôles :** Rôles ayant été introduits au cours de ces dernières années dans le système de soins de santé et qui n'ont pas été adoptés dans toutes les provinces et dans tous les territoires, et qui pourraient ne pas être encore formellement réglementés.

**Développement basé sur les compétences :**

Interventions conçues en fonction de l'amélioration des compétences des professionnels de la santé en vue d'améliorer la qualité des soins.

**Transfert de tâches :** Affectation d'une tâche de soins de santé à un autre professionnel de la santé de manière à utiliser les ressources professionnelles au plus haut niveau possible dans le cadre réglementaire des actes délégués.

**Combinaison de compétences :** Combinaison de compétences à la fois entre les professions et au sein des professions dans un contexte donné.

D'après la littérature, les caractéristiques clés efficacement associées aux **modèles de soins interprofessionnels, collaboratifs ou offerts en équipe** comprennent :

- Des protocoles de communication régulière, par exemple des réunions quotidiennes ou des consultations propres à un patient en particulier (Aziz, 2005; Carter, 2009; Eiser, 2008; Kates, 2002; Workforce Research & Evaluation, 2011; Howard, 2003; Lalonde, 2011; Sargeant 2011; Tomblin Murphy, 2010; Tomblin Murphy, 2012; Zwarenstein, 2009)
- Une équipe de gestion ou un rôle de coordonnateur désignés (Eiser, 2008; Kates, 2002; Kilner, 2010; Kisely, 2006; Moe, 2010; Tomblin Murphy, 2010; Tomblin Murphy, 2012; Trojan, 2009; Santé Québec, 2012)
- Un sens des responsabilités partagées; une prise de décision partagée (Bonin, 2012; Buckley, 2009; Irvine Doran, 2002; Isetts, 2012; Workforce Research & Evaluation, 2011); la clarification des rôles (D'Amour, 2008)
- Le développement des compétences en soins axés sur la collaboration (Boulet, 2008; Charles, 2011; Dumont, 2010; Gagliardi, 2007; Gaines, 2008; Conseil canadien de la santé, 2009; Johnston, 2000; Kenaszchuk, 2012; Laprise, 2012; MacDonald, 2008; Reeves, 2009; Suter, 2008; Suter, 2010; Wheeler, 2011)
- L'évaluation intégrée (Conseil canadien de la santé, 2009; MacPhee, 2012; Zwarenstein, 2009)

Les obstacles aux **modèles de soins en collaboration interprofessionnelle** étaient liés aux éléments suivants :

- Les cultures professionnelles, y compris l'incertitude quant aux rôles (Doran, 2009; Howard, 2003)
- Le respect d'une profession envers les autres ou la confiance dans les compétences relatives (Aziz, 2005; Besner, 2011; D'Amour, 2008; Farrell, 2008)
- Le protectionnisme des emplois (Kilner, 2010; Lalonde, 2011)
- Les contraintes liées à l'espace physique ou la négligence organisationnelle (Conseil canadien de la santé, ON, 2009; Kates, 2002; Trojan, 2009)
- Une rémunération appropriée (Blash, 2011; Tomblin Murphy, 2010)

En plus des sources abordant les modèles de soins en collaboration interprofessionnelle, 47 articles faisaient référence aux **champs d'exercice élargis**, et leur perspective était davantage axée sur une certaine profession de la santé plutôt que sur une équipe interprofessionnelle de soins de santé. Les articles abordant les champs d'exercice élargis visaient exclusivement les professions de la pharmacie, des soins infirmiers ou de la physiothérapie. Douze sources décrivaient de **nouveaux rôles**, qui comprenaient les intervenants-pivots, les cliniciens adjoints, les agents de liaison en santé mentale, les auxiliaires médicaux et d'autres rôles associés à des innovations technologiques. Sept sources décrivaient des modèles de **transfert des tâches**, qui présentaient une certaine forme de délégation régulière des tâches, généralement d'un médecin à un autre professionnel de la santé (dont les honoraires sont moins élevés). Toutes ces interventions au niveau de la pratique avaient des incidences sur les champs d'exercice des professionnels de la santé concernés, ainsi que sur le modèle de soins grâce auquel les services étaient rendus.

Le catalyseur le plus fréquemment rapporté dans le cadre de **l'élargissement des champs d'exercice** ou des **nouveaux rôles** concernait le respect des diverses professions et la compréhension des rôles respectifs parmi les autres professionnels de la santé (Browne, 2012; Farrell, 2008; Higuchi, 2006; Jensen, 2004). Fait intéressant, il s'agit également de l'obstacle le plus souvent associé à **l'élargissement des champs d'exercice** et aux **nouveaux rôles**

(Bryant, 2007; Farrell, 2008; Hoskins, 2011; Howard, 2003; Irvine, 2000; Musclow, 2002). Par ailleurs, les systèmes de rémunération appropriés et les compressions budgétaires (Inforoute Santé du Canada, 2013; Bonsall, 2008; Lalonde, 2008; Salgado, 2012), ainsi que les préoccupations relatives à la responsabilité (Bonsall, 2008; Hooker, 2010) ont également été mentionnés.

En plus de ces articles axés sur le Canada, deux revues systématiques effectuées sur les contextes internationaux étaient axées sur les interventions au niveau de la pratique. Celles-ci ont révélé des résultats peu concluants :

- De leur côté, Zwarenstein et coll. (2009) ont inclus cinq études qui examinaient l'effet d'interventions interprofessionnelles basées sur la pratique sur la satisfaction des patients et les processus de soins de santé; les résultats sur l'efficacité et l'efficience de l'approche n'étaient pas concluants.
- Kilner et coll. (2010) ont quant à eux examiné 14 études portant sur le rôle du travail d'équipe et de la communication dans les services d'urgence; les études ont démontré des niveaux élevés de satisfaction du personnel, mais ont fourni des données probantes de qualité moyenne quant au fait que l'introduction d'équipes multidisciplinaires aux services des urgences en ait amélioré l'accès.

De plus, une méta-analyse de cette catégorie fait état de résultats très positifs en matière de santé :

- Carter et coll. (2009) ont en effet examiné 37 études sur les interventions de soins offerts en équipe pour l'hypertension, où les infirmières ou les pharmaciens étaient intégrés aux soins primaires; les études ont montré des réductions significatives de la tension artérielle systolique.

Dans l'ensemble, les interventions ayant recours à des modèles de soins axés sur la collaboration, à l'élargissement des champs d'exercice, à de nouveaux rôles, au transfert des tâches et à des combinaisons de compétences étaient systématiquement associées à des résultats positifs. La majorité de ces résultats ont été signalés au niveau des professionnels, décrivant une collaboration

accrue et une meilleure satisfaction à l'égard de l'emploi; ce dernier point ayant été corrélé avec la baisse de charge de travail des médecins et un plus grand sentiment d'influence sur le bien-être du patient chez les professionnels non médecins (Lalonde, 2011). Plusieurs sources ont de plus signalé une augmentation de la satisfaction des patients, généralement attribuée à des professionnels de la santé dont le champ d'exercice était élargi ou à un nouveau rôle permettant de passer plus de temps avec le patient par rapport aux contextes de soins habituels, où les visites des médecins ou des spécialistes sont souvent décrites par les patients comme étant précipitées ou moins fréquentes (Bonsall, 2008; Dumont, 2009; Parrish, 2009).

En ce qui concerne les considérations économiques, bien que quelques études aient présenté des données probantes quant au rapport coût-efficacité, les résultats restent en général peu concluants. Il est important d'ajouter que toute interprétation du rapport coût-efficacité doit tenir compte du fait que les décideurs peuvent avoir différents objectifs qui concordent parfois, mais qui peuvent aussi se faire concurrence lors de l'introduction d'une intervention. Pour certains, l'objectif des interventions relatives aux champs d'exercice consiste principalement à améliorer l'efficacité d'un service pour obtenir un résultat particulier (p. ex., l'état de santé des patients ou la collaboration interprofessionnelle). Dans ces situations, l'intervention peut être plus coûteuse, mais elle reste malgré tout intéressante par rapport aux résultats associés. Dans d'autres cas, l'objectif des interventions relatives aux champs d'exercice peut consister à obtenir des économies de coûts pour un niveau d'efficacité déjà présent (ou pouvant être amélioré); on s'attend dans ce cas à un meilleur ratio coût-utilité et à une intervention qui serait moins chère à administrer que les soins standards. En ce qui concerne les interventions relatives aux champs d'exercice, les décideurs doivent tenir compte de la pondération relative accordée aux objectifs de contrôle des coûts et de l'amélioration des services dans leur contexte particulier, y compris de l'horizon prévisionnel au bout duquel ils aimeraient atteindre ces objectifs. Voilà pourquoi il est important d'interpréter les ratios coût-utilité relativement à une solution de rechange précise et à un ensemble d'objectifs établis.

## 1<sup>RE</sup> ÉTUDE DE CAS : ÉLARGISSEMENT DU CHAMP D'EXERCICE

### Modèle du triage par les physiothérapeutes

**Modèle de soins :** Dans ce modèle, les physiothérapeutes participent au processus de consultation afin de déterminer quels sont les protocoles de soins appropriés pour les patients présentant des troubles musculosquelettiques. Ces protocoles diffèrent des modèles de soins habituels, où le chirurgien orthopédiste effectue toutes les consultations musculosquelettiques, qui sont d'ailleurs de plus en plus en demande en raison du vieillissement de la population et de la prévalence de l'obésité. Le modèle du triage par les physiothérapeutes est conçu pour réduire les périodes d'attente de consultation et le nombre de chirurgies inutiles, et pour améliorer le rapport coût-efficacité au niveau du système en transférant les responsabilités de l'évaluation initiale d'un professionnel qui coûte plus cher à un professionnel qui coûte moins cher. Ce modèle a été exploré de façon sporadique dans tout le pays (notamment en Alberta, en Ontario et au Québec) depuis la fin des années 1990.

#### Implications pour les champs d'exercice :

- Dans un cas particulier au Québec, les physiothérapeutes en pratique avancée ont la responsabilité d'établir un diagnostic, de trier les candidats potentiels à un traitement chirurgical, de demander des examens d'imagerie médicale ou des essais en laboratoire et de prescrire des médicaments pour les patients souffrant de troubles musculosquelettiques.
- Les consultations musculosquelettiques générales menées par les physiothérapeutes touchent aux lésions médullaires, aux douleurs articulaires (en particulier aux genoux et aux hanches) et incluent les services faisant suite à une chirurgie orthopédique.
- Le champ d'exercice et la charge de travail des chirurgiens orthopédistes qui fournissaient ces services jusque-là ont donc été transférés.
- Une formation supplémentaire est exigée pour les physiothérapeutes en pratique avancée.

#### Catalyseurs :

- Soutien de la communauté ou de l'établissement
- Collaboration professionnelle entre les chirurgiens orthopédistes et les physiothérapeutes
- Initiatives de formation axées sur les compétences

**Points essentiels :** Les données probantes sont prometteuses en ce qui concerne la concordance des traitements entre les physiothérapeutes et les chirurgiens orthopédistes. Les physiothérapeutes ont tendance à passer plus de temps avec les patients, ce qui pourrait expliquer les niveaux de satisfaction plus élevés signalés par les patients.

*Desmeules, F., Toliopoulos, P., Roy, J-S., Woodhouse, L., Lacelle, M., Leroux, M., Girard, S., Feldman, D., Fernandes, J. (2013). Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. BMC Musculoskeletal Disorders, 14:162.*

*Bath, B., Grona, S., Janze, B. (2012). A Spinal Triage Programme Delivered by Physiotherapists in Collaboration with Orthopaedic Surgeons. Physiotherapy Canada, 64(4) : 356-366.*

## Entrevues auprès des répondants clés

Au cours des entrevues auprès des répondants clés, nous avons pris soin de questionner les répondants sur les *modèles de soins novateurs* et sur les *modifications apportées aux champs d'exercice* sans les entraîner dans une direction particulière. Comme dans la littérature, ce sont les modèles de soins en collaboration interprofessionnelle qui se sont démarqués comme étant le mécanisme de changement le plus courant. Un certain nombre de caractéristiques clés ont été soulevées :

- Les avantages de la collaboration pour les patients et pour les professionnels de la santé sont de plus en plus reconnus.

*« En ce qui concerne les modèles novateurs, il est tellement clair que nous devons avoir des équipes multidisciplinaires intégrées de manière fonctionnelle où les bons prestataires offrent le bon service au bon moment et au bon endroit. J'ajouterais aussi que la composition de ces équipes dépendra réellement des besoins de la population. »*

*« En fait, tous les professionnels de la santé croient que les soins offerts en collaboration jouent effectivement un rôle important dans l'obtention de meilleurs résultats pour la santé (ou de meilleurs résultats pour les patients), mais ils peuvent aussi améliorer l'efficacité et tous les autres avantages connus que les équipes [de soins interprofessionnels] peuvent offrir. »*

- Une compréhension claire des rôles et des compétences de chacun des professionnels de l'équipe de soins de santé est nécessaire pour que la collaboration de l'équipe soit efficace.

*« Se comprendre mutuellement, se respecter et apprécier ce que l'autre peut faire. »*

- Le leadership de l'équipe est d'une importance cruciale, et ce rôle ne doit pas nécessairement être tenu par le médecin dans une équipe interprofessionnelle.

*« Si j'avais un conseil à donner, ce serait de créer des structures compétentes de gestion et de leadership qui vont de l'équipe jusqu'aux cadres supérieurs et qui comprennent à la fois les médecins et les autres travailleurs de l'équipe de soins de santé. Tous ces intervenants – ou les leaders – devraient travailler en collaboration. Je ne pense pas qu'il sera possible d'obtenir de bons résultats sans un tel leadership et une telle gestion. »*

Quelques exemples de types de modèles de soins axés sur la collaboration ont été mis en évidence.

**Soins partagés :** *« Alors, au lieu de... par exemple, ce qu'on voit typiquement dans les soins de santé, ou ce qui arrive souvent... en fait, quand un patient est aiguillé vers un spécialiste, il peut arriver que ce spécialiste prenne également en charge les soins primaires, ce qui est un usage tout à fait inadéquat de son expertise... donc c'est le contraire de ce qu'on veut obtenir. Au fond, l'idée est que le spécialiste soutienne le médecin responsable des soins primaires pour offrir un meilleur niveau et une meilleure qualité de soins en aidant ce clinicien à démêler certains problèmes de diagnostic ou en lui apportant de l'aide pour la gestion des médicaments, par exemple, ou pour procurer des services internes avec le médecin, l'équipe de soins de santé, les infirmières, etc. »*

## 2<sup>E</sup> ÉTUDE DE CAS : MODÈLE DE SOINS PARTAGÉS

### Programme de santé mentale de la Hamilton Family Health Team (PSM-HFHT), Ontario

**Modèle de soins :** Depuis 1994, le PSM-HFHT a intégré des conseillers en santé mentale et des psychiatres à ses établissements de soins primaires. À travers plus de 80 cliniques de médecine familiale, ce modèle de soins partagés s'attaque au problème de mauvaise accessibilité et de faible disponibilité des services de santé mentale. Sa structure de pratique est unique en raison de son système d'aiguillage spécialisé, où les psychiatres voient de nouveaux cas et sélectionnent ceux qu'ils suivront, examinent des cas avec d'autres membres du personnel médical et leur fournissent un encadrement pédagogique, et où les médecins peuvent aiguiller les patients directement vers les conseillers disponibles sur place. Après l'admission initiale à la clinique, les patients peuvent continuer de voir un conseiller sur une base intermittente sans avoir besoin de prendre rendez-vous avec un médecin ou un psychiatre.

#### Implications pour les champs d'exercice :

- Le partage des responsabilités entre les psychiatres, les médecins et les conseillers en fonction des besoins des patients est facilité grâce à des séances de communication et à un système ouvert d'aiguillage vers les services appropriés.
- Un coordonnateur de programmes désigné est requis pour gérer les opérations de la clinique, les processus de ressources humaines, le suivi et l'évaluation.

#### Catalyseurs :

- Système de rémunération mixte basé sur la capitation
- Processus de communication régulière structurée entre les professionnels de la santé
- Équipe de coordination centrale
- Participation active des médecins de famille
- Solide réseau de soutien pour les conseillers (ateliers et accès direct aux services de santé)

**Points essentiels :** Ce programme a entraîné une amélioration des résultats pour la santé des patients, une meilleure coordination des soins, une réduction des temps d'attente, une diminution de la stigmatisation pour les personnes qui ont besoin de services, et une grande satisfaction rapportée par les patients et les professionnels de la santé participants. Nous considérons que ce modèle de soins est hautement transférable à d'autres contextes.

Kates, N., Crusstolo, A.M., Farrar, S., Nikolaou, L. (2002) *Counsellors in Primary Care: Benefits and Lessons Learned*. *Revue canadienne de psychiatrie*, 47(9) : 6.

**Site Web :** <http://hamiltonfht.ca/i-am-a-patient/mental-health>

**Soins primaires dirigés par des infirmières :**  
« Et dans la clinique dirigée par des infirmières praticiennes, peu importe le nombre de patients, vous commencez avec une équipe préétablie de travailleurs interprofessionnels dont l'objectif

était de comprendre comment accroître les soins offerts à ce patient... Cela les oblige à détailler ce que sont les besoins de la communauté et à déterminer comment une équipe pourrait mieux répondre aux besoins de la communauté. »

### 3<sup>E</sup> ÉTUDE DE CAS : MODÈLE DIRIGÉ PAR LES INFIRMIÈRES

#### 1. Cliniques de soins rapides, Manitoba

**Modèle de soins :** Les cliniques de soins rapides au Manitoba sont conçues pour répondre aux besoins de soins de santé primaires peu complexes, en s'attaquant dans la foulée aux problèmes de visites inutiles à l'urgence, de duplication des diagnostics, des essais et des demandes d'imagerie, et de pénurie de médecins de famille. Les cliniques de soins rapides fonctionnent sur le modèle de soins dirigés par les infirmières, ce qui signifie qu'aucun médecin n'est présent sur place; les visites des patients sont donc réalisées par des infirmières autorisées et par des infirmières praticiennes. Les services de base comprennent entre autres le traitement d'infections oculaires, d'éruptions cutanées et d'entorses, la prescription de contraceptifs et l'administration de vaccins. Les heures d'ouverture des cliniques sont prolongées, et les services sont offerts la fin de semaine, les soirs et les jours fériés. La clinique de soins rapides Steinbach a été la première de quatre cliniques à ouvrir au Manitoba en 2012.

**Implications pour les champs d'exercice :**

- Changements socioculturels associés au niveau d'autorité des infirmières en pratique avancée
- Soins coordonnés avec les médecins de famille; système d'aiguillage optimisé pour les besoins plus complexes
- Éducation et formation conçues pour les infirmières qui travaillent sans médecins à leurs côtés

**Catalyseurs :**

- Système de dossier médical électronique établi depuis le début
- Coordination avec les régies régionales de la santé
- Financement global
- Emplacement des cliniques centralisé pour une meilleure accessibilité
- Soutien de la province grâce au plan d'action du gouvernement visant à améliorer l'accès aux médecins de famille d'ici 2015

**Points essentiels :** Afin d'adapter l'offre des ressources humaines en santé aux besoins de la population en matière de santé, les programmes de formation doivent correspondre aux modèles de prestation de services actuels.

Source : communications personnelles.

En ce qui concerne les obstacles à l'introduction de changements au niveau de la pratique, chaque répondant clé a présenté des défis concurrents, ou plutôt multiplicatifs (liés à son domaine d'activité et à son expertise); ces défis portaient essentiellement sur les questions économiques, mais les répondants clés ont également reconnu le rôle de la responsabilité, de la réglementation et des contrats de travail.

*« C'est probablement le plus grand obstacle au changement : demander aux personnes de changer leurs méthodes de travail après avoir travaillé de la même manière si longtemps. »*

*« Dans les hôpitaux, le plus grand obstacle actuel [aux soins axés sur la collaboration]... est que les médecins sont de loin la main-d'œuvre la moins chère pour nous parce qu'ils ne facturent que l'ASO [Assurance-maladie de l'Ontario]... Le défi est la facturation. Ce n'est pas la loi qui permet l'accès, c'est la facturation. »*

*« C'est toujours un problème pour les médecins, car traditionnellement... le médecin est toujours le responsable ultime. »*

« La meilleure chose qu'ils pourraient faire serait de revoir les mesures incitatives pour qu'elles soient cohérentes. »

« Nous avons maintenant des processus intégrés à notre convention collective qui sapent réellement la possibilité de laisser les personnes exercer leur champ d'exercice complet si elles font autre chose que le rôle d'infirmière autorisée. »

Selon le contexte et le cadre, et comme indiqué dans le résumé des résultats issus de la littérature, certains de ces obstacles ont également été considérés comme des **catalyseurs**.

« Ainsi, ces modèles de législation peuvent entraîner un changement de la pratique ou constituer un énorme obstacle à un tel changement. »

Dans l'ensemble, les principaux obstacles mentionnés par les répondants clés comme ayant un impact sur les configurations au niveau de la pratique des professionnels de la santé et de leurs champs d'exercice concernaient les niveaux micro, moyen et macro. Cette constatation renforce donc la complexité de l'interaction des *contributeurs multiniveaux* et leur potentiel à servir à la fois de *catalyseurs* et d'*obstacles* (voir le cadre conceptuel de la figure 3 et le tableau 1, Obstacles et catalyseurs aux niveaux micro, moyen et macro). Les obstacles relevés portent sur la législation, l'agrément, la responsabilité, l'éducation et la formation, la transition vers la pratique, le protectionnisme sectoriel, les collèges et universités, les associations, les syndicats, la vision cohésive, le leadership, la surveillance, l'évaluation, les technologies de l'information, les cultures professionnelles, la tradition et la programmation durable. Ces éléments ont tous été soulevés dans la littérature (Blash, 2011; Doran, 2009), à l'exception des syndicats, qui ont été largement perçus comme des obstacles au changement (nous en parlerons dans la section suivante).

## RÉSUMÉ (A) : INTERVENTIONS AU NIVEAU MICRO (PRATIQUE)

**Caractéristique principale :** Les modèles de soins axés sur la collaboration sont largement acceptés en tant que caractéristiques essentielles des modèles de soins novateurs; ils soutiennent de plus les changements apportés aux champs d'exercice afin d'améliorer la prestation des soins de santé. Or, les modèles de soins axés sur la collaboration sont souvent associés à des **champs d'exercice élargis** pour certains professionnels de la santé et à la création de **nouveaux rôles**, deux éléments qui requièrent une nouvelle négociation des responsabilités, ce qui nécessite le transfert ou la délégation de tâches.

**Résultats :** Les résultats associés à ces interventions étaient invariablement positifs, en particulier pour les rapports sur la satisfaction des patients et des intervenants. On retrouve peu de données probantes sur les résultats au niveau du système, et il faudrait donc pousser les recherches méthodiques plus loin pour déterminer tout type de cause à effet.

### Catalyseurs :

- Une communication régulière et un espace prévu pour les pratiques de travail collaboratives
- Le leadership et la gestion de l'équipe désignée
- La sensibilisation aux rôles professionnels respectifs

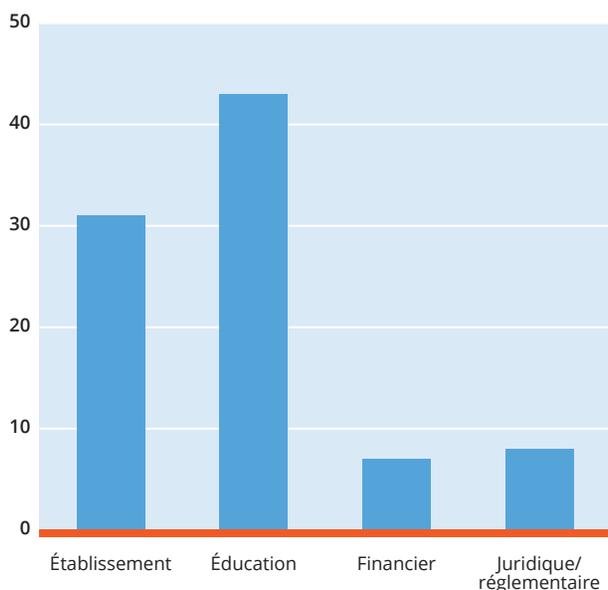
### Obstacles :

- Les cultures professionnelles et les hiérarchies traditionnelles
- Les syndicats et le protectionnisme professionnel
- Les systèmes de rémunération dissuasifs

\* L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la portée de la littérature et des entrevues auprès des répondants clés. Les points présentés ont été sélectionnés en fonction des thèmes et des discussions émergeant entre les membres du comité d'experts. Les encadrés récapitulatif tous les niveaux de résultats sont utilisés collectivement pour établir les recommandations.

Dans la section suivante, nous nous tournons vers les interventions aux niveaux moyen et macro, qui font l'objet de moins d'études. En ce qui concerne les processus permettant d'apporter des changements aux champs d'exercice et aux modèles de soins, les interventions relatives à l'éducation (niveau macro) ont été plus fréquemment étudiées (n = 43), et ce, à la fois pendant les phases précédant et suivant l'obtention du permis d'exercice, que les interventions relatives aux établissements (niveau moyen) (n = 31), juridiques et réglementaires (niveau macro) (n = 8) et économiques (niveau macro) (n = 7) (voir la figure 6 ci-dessous).

**FIGURE 6 : NOMBRE DE CITATIONS RELATIVES AU TYPE D'INTERVENTION ÉTUDIÉE DANS LA LITTÉRATURE SUR LES INTERVENTIONS**



## B. Interventions au niveau moyen (établissement)

Les contributeurs au niveau de l'établissement ou de l'organisation décrits dans la littérature incluent des interventions faisant référence aux systèmes de communication, aux systèmes de dossiers médicaux électroniques ou aux systèmes de dossiers de santé électroniques<sup>14</sup>, à l'agrément, et à la surveillance et à l'évaluation du rendement. Parmi les 125 sources extraites, nous avons relevé 9 articles dignes de mention qui décrivent l'intégration d'innovations technologiques, y compris les dossiers de santé électroniques, et 17 articles qui décrivent la surveillance et l'évaluation intégrées du rendement. Alors que de nombreux articles soutiennent la rhétorique entourant la nécessité d'axer les soins sur le patient, seules 3 sources détaillent exactement comment il a été possible de véritablement intégrer le patient au modèle.

Voici quelques exemples d'études décrivant des **innovations technologiques** prometteuses au niveau des établissements :

- Le partage des résultats d'analyses de laboratoire disponibles grâce à des programmes informatiques en réseau (Lalonde, 2008); et
- L'intégration de la télémédecine gérée par les infirmières, qui a entraîné des résultats mitigés, mais qui a souligné la nécessité d'harmoniser les structures, p. ex. de disposer de modèles de rémunération appropriés (Carter, 2012).

Les interventions qui incluaient une certaine forme de **surveillance et d'évaluation intégrées du rendement** ont permis d'évaluer les éléments suivants :

- La mesure de la composition et de la combinaison des compétences d'une équipe de soins de santé; le niveau perçu de collaboration de l'équipe interprofessionnelle; et les activités quotidiennes des membres de l'équipe interprofessionnelle (Lineker, 2009; Latimer, 2009; Orchard, 2012; Eiser, 2008; Lundon, 2009; Legault, 2012). L'intégration de la surveillance et de l'évaluation du rendement n'était pas liée à l'impact sur les résultats, mais était considérée comme un élément important du processus de changement de la pratique.

14 Notez que dans la littérature et dans les entrevues, on ne fait souvent aucune distinction entre les termes *dossiers médicaux électroniques* et *dossiers de santé électroniques*. Les *dossiers médicaux électroniques* sont considérés comme étant un remplacement des dossiers papier que tiennent les médecins sur les patients, notamment à des fins de suivi de diagnostic et de traitement. En revanche, les *dossiers de santé électroniques* sont considérés comme intégrant tous les types de dossiers de santé de tous les milieux et de tous les fournisseurs (Inforoute Santé du Canada, 2011). Idéalement, une personne disposerait d'un dossier de santé électronique intégrant tous ses antécédents de santé et tous ses soins. Tout au long de cette évaluation, nous utilisons davantage le terme *dossiers de santé électroniques*, mais nous employons également le terme *dossiers médicaux électroniques* pour faire référence de manière adéquate à des interventions particulières.

Les auteurs de l'une des études qui examinait un **modèle de participation des patients** ont constaté que :

- Les groupes de discussion de patients ont été un outil utile au cours des étapes de conception de modèles

de prestation de soins de santé; l'évaluation de l'étude a en effet montré une amélioration des résultats pour les patients lorsqu'on tenait compte de points de référence relatifs à la gestion du diabète (Isetts, 2012).

## 4<sup>E</sup> ÉTUDE DE CAS : INTÉGRATION DES DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES

### Le Centre de soins communautaires de Sault Ste. Marie, Ontario

**Modèle de soins :** Établi à l'origine en 1962, le Centre de soins communautaires a évolué pour devenir un organisme de soins de santé ambulatoires interdisciplinaires qui dessert maintenant plus de 70 000 résidents de Sault Ste. Marie et du district d'Algoma (soit 95 % de la population). Ce modèle de soins novateur s'attaque aux problèmes relatifs à l'accessibilité et à l'exhaustivité de la prestation des services de soins primaires en offrant des soins le jour même, ainsi qu'un soutien à long terme pour les soins aux malades chroniques. Des services de diagnostic et des laboratoires sont disponibles sur le site et sont également utilisés par d'autres services de soins primaires et secondaires. La caractéristique la plus distinctive de ce modèle est l'utilisation d'EPIC, un système de dossiers médicaux électroniques à grande échelle où chaque patient possède un seul dossier. Cela permet aux différents types de professionnels de la santé d'accéder au besoin aux données sur les patients, de les orienter en temps réel à des spécialistes, de générer des plans de traitement en fonction d'algorithmes, et de rassembler les données pour le suivi et l'évaluation au niveau de la population. Ce système permet également la participation du patient par l'intermédiaire d'un portail en ligne pour les patients.

#### Implications pour les champs d'exercice :

- Un éventail de professionnels de la santé se trouve sur place, y compris des médecins, des infirmières, des infirmières enseignantes, des physiothérapeutes, des optométristes, des kinésiothérapeutes, des diététistes et des techniciens de laboratoire, ce qui facilite la pratique collaborative au sein de l'organisation.

#### Catalyseurs :

- La structure de rémunération différente
- Le soutien du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Le système de dossiers médicaux électroniques
- Le suivi et l'évaluation continus

**Points essentiels :** Le Centre de soins communautaires de Sault Ste. Marie possède le plus grand système de dossiers médicaux électroniques de soins de santé primaires au Canada. Les améliorations apportées au niveau du système sur le plan de la continuité, de l'intégration et de l'exhaustivité des soins, ainsi que les résultats sur la santé des patients qui s'y rapportent sont en grande partie attribuables à la capacité de cette infrastructure électronique.

*Le Centre de soins communautaires de Sault Ste. Marie : un grand succès pour une petite collectivité, gouvernement de l'Ontario.*

*Shaw, N., Ward, A. (2011) Case Study: A look into the Group Health Centre's Electronic Medical Record Procurement Process*

**Site Web :** <http://www.ghc.on.ca/>

L'un des examens de la portée (Inforoute Santé du Canada, 2013) a évalué l'impact de l'innovation technologique propre aux **dossiers médicaux électroniques** dans l'ensemble du Canada. Par association, cet examen concernait également le suivi et l'évaluation du rendement, et même l'engagement des patients. L'examen a permis de démontrer que les dossiers médicaux électroniques étaient efficaces puisqu'ils permettaient de réduire le temps consacré à certaines tâches administratives, telles que la recherche des dossiers, la gestion des résultats d'analyses de laboratoire, la planification des rendez-vous, la facturation, la documentation clinique et l'entrée d'ordonnances. En ce qui concerne les résultats au niveau des patients et du système, les conclusions ont montré que les dossiers médicaux électroniques étaient considérés comme étant un catalyseur pour l'amélioration de la qualité des soins en favorisant la communication entre les professionnels de la santé, en garantissant la pertinence des tests de diagnostic, en améliorant la surveillance pour la gestion des maladies chroniques, en augmentant la satisfaction des patients, en soutenant la continuité des soins et en intégrant des modèles de participation des patients en ligne. Le principal obstacle mentionné en référence à la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques a été l'hésitation, en particulier chez les cliniciens, par rapport au rendement relatif des investissements vs le temps et les sommes consacrés pour la mise en œuvre et l'entretien. Cette hésitation était renforcée par le manque de données probantes montrant les avantages directs par rapport aux coûts. Cependant, les auteurs ont souligné l'importance d'avoir des attentes réalistes quant au moment où les investissements deviendraient rentables. Ils ont en effet reconnu qu'il faudrait potentiellement plusieurs années avant qu'un impact majeur sur le fonctionnement, et a fortiori sur les résultats chez les patients, ne soit constaté. L'intégration des dossiers médicaux électroniques ou des dossiers de santé électroniques a une incidence directe sur l'organisation des champs d'exercice, car elle permet aux professionnels de la santé (et, dans certains cas, aux patients eux-mêmes)

de partager l'information du patient plus facilement, en particulier entre les établissements de soins de santé.

Un deuxième examen de la portée a porté sur l'état actuel et sur l'impact estimé des **services de télésanté** partout au Canada (Gartner, 2011). Les nouveaux services cliniques dispensés par l'entremise d'initiatives de télésanté incluent la télépsychiatrie, la télécrise, la téléAVC, la téléophtalmologie, la télédermatologie, la téléoncologie, les télésoins à domicile et la télésurveillance (vidéoconférence en direct et « solutions de stockage et de retransmission » pour transmettre des images ou des vidéos à un clinicien spécialiste qui pourra les interpréter). Ces nouveaux services ont permis l'élargissement de capacités telles que la planification des rendez-vous, le partage des connaissances et les communications interprofessionnelles. Mais plus encore, les nouvelles approches de prestation de services ont prouvé qu'elles améliorent le temps d'accès aux soins et leur accessibilité. L'amélioration des résultats a été dépeinte par la capacité d'offrir un meilleur soutien pour la gestion des maladies chroniques, de permettre une meilleure coordination des soins entre les milieux, d'améliorer l'accessibilité équitable aux services cliniques spécialisés, en particulier pour les patients en milieu rural et autochtone, et de contenir à la fois l'escalade des coûts et les coûts inutiles pour le système de soins de santé et pour les patients. Bien que les services de télésanté soient considérés comme un *catalyseur* permettant de mener à d'autres pratiques novatrices, le plus grand obstacle à leur adoption à plus grande échelle serait l'absence de systèmes de dossiers de santé électroniques existants ou cohérents où ces services pourraient être intégrés. Le but du cadre conceptuel est ainsi réitéré : aucune des interventions considérées dans cet examen de la portée ne peut être évaluée de façon isolée.

## 5<sup>E</sup> ÉTUDE DE CAS : ÉVALUATION ET SURVEILLANCE INTÉGRÉES

### Clinique familiale Taber, Alberta

**Modèle de soins :** Créée en 1999 à Taber, en Alberta, la clinique Taber a été conçue pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux services de soins primaires. Grâce à un modèle de soins en équipe, la clinique familiale est en mesure de relier plus de 16 000 patients à un professionnel de la santé. Les principales caractéristiques offrant à cette clinique de plus vastes capacités comprennent l'amélioration des processus d'admission des patients afin que les données recueillies à chaque point de service puissent être utilisées pour établir les protocoles de soins appropriés et attribuer les bons professionnels de la santé. Cette collecte de données sur les patients permet également de générer des algorithmes de dépistage en fonction des profils des patients et de comparer globalement le fonctionnement de la clinique par rapport à des critères de santé de la population.

#### Implications pour les champs d'exercice :

- Les diététistes, les médecins, les éducateurs spécialisés en diabète, les équipes de lutte contre l'asthme, les infirmières en santé publique et les infirmières praticiennes exercent leurs activités sous un même toit pour créer un réseau centralisé d'information sur les patients.
- L'assistant de bureau de médecin joue un rôle clé en travaillant directement avec le médecin et en prenant certaines mesures standards chez les patients.

#### Catalyseurs :

- Le financement global pour une population fermée
- L'intégration au réseau Chinook Primary Care Network
- Le système de dossiers médicaux électroniques pour le partage de l'information des patients et pour la communication entre les fournisseurs
- Le suivi et l'évaluation continus

**Points essentiels :** La prestation efficace des services de soins primaires dans la clinique Taber a eu un effet positif sur les services de santé connexes, réduisant les visites inutiles ou évitables à l'urgence et aux services de soins de courte durée. Des possibilités d'expansion pourraient inclure des services de santé publique, de soins à domicile, de santé mentale, de traitement de la toxicomanie, des services pour la famille et des services communautaires.

*Tholl, B., Grimes, K. (2012). Strengthening Primary Health Care in Alberta through Family Care Clinics: From concept to reality. Part One: Issue Brief.*

**Site Web :** <http://www.chinookprimarycarenetwork.ab.ca/clinics/clinic.php?view=19>

Dans l'ensemble de la littérature, il est clair que les technologies de l'information telles que la mise en place de systèmes de dossiers médicaux électroniques et de services de télésanté sont de plus en plus fréquentes dans la prestation des soins de santé. Or, ces technologies de l'information ont des répercussions directes sur les champs d'exercice, car elles permettent l'utilisation de champs d'exercice élargis grâce à une amélioration des systèmes de communication (p. ex., lorsque les pharmaciens peuvent prendre plus de responsabilités envers les patients grâce à une communication plus directe avec les médecins de famille); grâce à de nouveaux champs d'exercice par l'offre de nouveaux services combinés (p. ex., la téléoncologie) et des compétences associées nécessaires; et grâce à une collaboration efficace dans les cas de chevauchement des champs d'exercice (p. ex., le partage des données des patients entre les fournisseurs et les établissements). Dans certains cas, ces technologies ont également été en mesure d'engager les patients dans la prestation de leurs propres soins de santé, comme par la création de portails en ligne pour les patients où ces derniers peuvent directement accéder à leur propre dossier médical. Ces exemples sont représentés au niveau moyen (établissement). Cependant, l'importante lacune propre à ces innovations technologiques est le manque de normalisation au sein des régions et entre les diverses régions. En effet, cette fragmentation a des conséquences sur la continuité des soins, en particulier pour les patients qui voyagent entre les établissements ruraux et urbains. Par ailleurs, le roulement du personnel a également affecté la durabilité des innovations.

Les caractéristiques relatives aux établissements qui n'ont pas été abordées dans le cadre de cette source de données comprennent l'agrément des établissements et le rôle des incitations, entre autres les incitations financières.

## Entrevues auprès des répondants clés

Au cours des entrevues, nous avons demandé aux répondants clés quels seraient les contributeurs qui faciliteraient au niveau de l'établissement la mise en place de modèles de soins novateurs et de champs d'exercice optimaux. Le rôle de la technologie a été souvent abordé par les répondants clés, qui ont indiqué que si la technologie est bien conçue, elle peut être favorable. Par contre, de nouveaux obstacles peuvent faire leur apparition si la technologie n'est pas intégrée à d'autres catalyseurs structurels ou si les utilisateurs de divers milieux ne participent pas à sa conception.

*« Un grand nombre d'organismes de soins de santé ont dépensé beaucoup d'argent pour la création de dossiers médicaux électroniques et de dossiers de santé électroniques. Et certains hôpitaux ont procédé à leur manière. Il y a donc d'énormes problèmes d'interopérabilité. Cependant, la plupart des ressources consacrées à ces systèmes ont été mises sur des programmes privés fermés. »*

Au-delà du problème de mise en œuvre efficace de la technologie, les répondants clés ont également reconnu le fait que s'ils ne sont pas contrôlés, les progrès technologiques peuvent également conduire à une nécessité supplémentaire de coordonner les rôles ou les champs d'exercice.

*« Je pense que les nouvelles technologies peuvent parfois créer une demande en amont pour un nouveau type de travailleur, et cette demande ne peut être satisfaite ni par un rôle existant, ni en formant et en améliorant un rôle existant. »*

**La surveillance et l'évaluation du rendement** ont été mentionnées par un certain nombre de répondants clés comme étant des éléments positifs en ce qui concerne la qualité, la sécurité et l'efficacité.

*« Utiliser la reddition de comptes ou la mesure du rendement, ou même investir [dans des systèmes de dossiers de santé électroniques], toutes ces autres choses que vous pouvez faire pour qu'au niveau de la gestion, le système ressemble davantage à un système où vous pouvez observer ce qui se passe pour les patients lorsqu'ils se déplacent entre les différentes parties du système, lorsque des choses passent à travers les mailles du filet, et vous pouvez alors commencer à résoudre les problèmes d'une manière intégrée. Je pense donc que c'est plus une question de gouvernance, d'administration et d'une certaine forme de reddition de comptes, qui comprend probablement une sorte de gestion du rendement ou au moins une sorte de suivi du rendement. »*

*« Je pense que la littérature est assez claire : quand on diffuse de l'information au public, ça ne change pas nécessairement beaucoup le comportement [des patients], mais ça change le comportement des professionnels de la santé, car ils savent que ce qui se passe sera rendu public. »*

Toutefois, l'impact des systèmes d'agrément et de gestion du rendement est souvent remis en question en raison de la mesurabilité des résultats sélectionnés, en particulier lorsque les délais de déclaration sont plus courts. Ce défi témoigne de l'importance de faire la distinction entre l'impact à court et à long terme par rapport à l'investissement initial.

*« L'une des choses qui se produisent est qu'il y a un réel problème si les choses ne sont pas facilement mesurables; elles se perdent alors dans la masse... À certains endroits, tout ne se passera pas non plus comme prévu... Nous avons constaté que certains éléments comme les transitions et les systèmes de soins disparaissent tout simplement en grande partie dans la matrice, parce qu'ils sont d'abord difficiles à mesurer et parce que les gens ne les contrôlent pas aussi bien. »*

Ce point est cohérent avec l'argument soulevé dans le rapport de l'ACSS sur les soins aux malades chroniques, qui souligne qu'« il est nécessaire de favoriser une culture de responsabilisation dans laquelle [...] toutes les professions de la santé reconnaissent l'importance de mesurer leur performance, de comparer cette dernière à celle de leurs pairs et de modifier leur comportement. Toutefois, [ces mesures comprennent] l'accessibilité aux bonnes données, la capacité de faire des analyses et des comparaisons relatives aux professionnels et aux résultats pertinents, et ultimement la capacité de modifier les pratiques. » (Nasmith et coll., 2010, p. 36).

Deux organismes d'agrément qui ont été mentionnés au cours des entrevues auprès des répondants clés sont l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

et Agrément Canada, la première en grande partie pour l'éducation et la seconde pour la pratique. L'AFMC couvre 17 facultés de médecine pour la formation médicale de premier cycle par l'entremise du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada et du Liaison Committee on Medical Education aux États-Unis. L'AFMC a également établi le processus d'examen intérimaire de l'agrément pour l'amélioration continue de la qualité ainsi que l'Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé (AFISS). Agrément Canada, qui se concentre davantage sur l'agrément de la pratique, est certifié en vertu de la Société internationale pour la qualité des soins de santé; la portée de l'organisme s'étend au-delà de la médecine, car Agrément Canada collabore avec les organismes de soins de santé qui choisissent de se soumettre au processus d'agrément. Il a été suggéré que l'AFMC et Agrément Canada sont deux organismes principaux à cibler pour obtenir un plus grand impact pancanadien en matière d'assurance de la qualité.

Malgré l'optimisme au sujet de l'impact réel ou potentiel de l'agrément, des mises en garde demeurent.

*« Maintenant, le problème avec l'agrément est que ce processus commence évidemment par mettre en place des limites définies par les champs d'exercice... Et une fois que l'agrément et la législation sont liés, on peut constater à quel point il est difficile de faire tomber ces murs. »*

Certains répondants clés ont émis des mises en garde concernant la potentielle association entre la mesure du rendement et les outils économiques. Il est en effet ressorti qu'il serait préférable de déployer ces outils sous forme de critiques constructives.

*« Puisque ce sont des personnes dynamiques, créatives et très compétentes (c'est de cette façon qu'elles ont obtenu les postes qu'elles occupent), elles sont intrinsèquement motivées. Alors vous devez trouver un moyen de capturer cette motivation intrinsèque et de l'amener à produire les résultats que vous voulez obtenir. »*

*« Lorsque vous mesurez le rendement des personnes et que vous leur donnez une rétroaction d'une manière non menaçante, elles s'améliorent. »*

Les **soins axés sur les patients** pour les patients vivant en établissement ont été mentionnés comme étant prometteurs.

*« Les patients peuvent grandement simplifier... en fait, ils peuvent faire connaître leurs demandes. Ils peuvent communiquer leur point de vue. Et dans certains cas, ils peuvent même mettre un terme à l'impasse. Donc, je dirais qu'utiliser une méthode plus formelle pour faire participer les patients et les regroupements de patients à l'élaboration des politiques et des services serait un très grand pas vers l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé. »*

Cependant, il y avait des préoccupations quant à l'ambiguïté du terme soins axés sur le patient, sur la façon dont le terme est défini et mesuré.

*« En fait, il n'existe aucune bonne définition pour le terme "soins axés sur le patient", et personne ne comprend ce qu'il signifie exactement. »*

*« Donc, si nous disons que nous offrons des soins axés sur le patient, le patient doit en être au centre. Mais nous ne mesurons pas les choses du point de vue du patient. Et comment savons-nous si ce que nous faisons correspond à ce que nous voulons obtenir? »*

Un autre facteur situé au niveau de l'établissement ayant été abordé par les répondants clés, mais qui ne ressort pas dans la littérature, est le rôle que jouent les syndicats

dans l'établissement des champs d'exercice. Lorsque ce rôle était mentionné, les répondants clés ont dans plusieurs cas expliqué que les **syndicats** représentaient un obstacle à l'évolution des champs d'exercice, potentiellement en raison de leurs hiérarchies traditionnelles et de leur propension naturelle à protéger la profession.

*« La plupart des syndicats sont occupés à protéger ce qu'ils ont plutôt que d'exiger la créativité, l'innovation et un avenir meilleur. Tout cela doit changer. Les gens doivent cesser de protéger et de favoriser le statu quo comme s'il s'agissait en quelque sorte de la bonne réponse, parce que ce n'est pas le cas. »*

*« Ainsi, la position de protection et de défense des syndicats et la position de protection et de défense des représentants des organismes de réglementation ne font que geler dans le temps ce que nous avons aujourd'hui en mettant des limites de plus en plus strictes sur la capacité à innover, à créer le changement et à améliorer les choses. »*

Les éléments qui ont été soulignés le plus souvent pour le niveau moyen (établissement) par les répondants clés, mais moins dans la littérature, comprennent le rôle de l'agrément des établissements et la gestion du rendement. Fait intéressant, il n'y a eu que peu de suggestions au sujet du lien entre les mesures incitatives et les processus d'agrément, par exemple le modèle de rémunération au rendement, qui est de plus en plus présent dans les organismes de soins de santé au Canada. Les syndicats ont également été reconnus comme des acteurs clés à engager dans la discussion, notamment pour l'amélioration de la flexibilité des champs d'exercice et des modèles de soins. Les mécanismes efficaces d'engagement n'ont pas été détaillés.

---

\* L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la portée de la littérature et des entrevues auprès des répondants clés. Les points présentés ont été sélectionnés en fonction des thèmes et des discussions émergeant entre les membres du comité d'experts. Les encadrés récapitulant tous les niveaux de résultats sont utilisés collectivement pour établir les recommandations.

## RÉSUMÉ (B) : INTERVENTIONS AU NIVEAU MOYEN (ÉTABLISSEMENT)

### Caractéristiques principales :

- Les infrastructures technologiques telles que les systèmes de dossiers médicaux électroniques et les services de télésanté deviennent de plus en plus présentes pour fournir des solutions en réponse aux obstacles à la création de modèles de soins axés sur la collaboration et à l'amélioration de l'accessibilité des services.
- L'agrément et la gestion du rendement génèrent des mécanismes permettant aux équipes de soins de santé et aux établissements d'être responsables de la prestation de soins de haute qualité.

### Résultats :

- On associe les dossiers médicaux électroniques à l'amélioration de l'efficacité puisqu'ils permettent de réduire le temps consacré à certaines tâches administratives et la duplication des services; et à l'amélioration de la qualité des soins grâce à une meilleure tenue des dossiers et au renforcement des capacités de collaboration.
- On a constaté que l'offre de services élargis par l'entremise de modèles de télésanté améliore l'accessibilité générale des soins.
- Bien que les processus d'agrément et la gestion du rendement soient considérés comme nécessaires pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients, leur impact n'est pas bien documenté.

### Catalyseurs :

- Les dossiers de santé électroniques, qui sont considérés comme un élément d'infrastructure essentiel des modèles de soins axés sur la collaboration.
- Les modèles de rémunération qui vont de pair avec les changements institutionnels (p. ex. créer des mécanismes de facturation appropriés pour les infirmières offrant des services de télésanté).

### Obstacles :

- La réticence des professionnels de la santé à passer des modes d'exploitation traditionnels à de nouveaux systèmes de communication et organisationnels.
- Dans certains cas, les conventions collectives et les intérêts internes.

*\* L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la portée de la littérature et des entrevues auprès des répondants clés. Les points présentés ont été sélectionnés en fonction des thèmes et des discussions émergeant entre les membres du comité d'experts. Les encadrés récapitulants tous les niveaux de résultats sont utilisés collectivement pour établir les recommandations.*

## C. Niveau macro (structure) : interventions éducatives

Les programmes de formation pour les professionnels de la santé ont le potentiel de soutenir l'évolution des champs d'exercice au niveau macro par la création et la mise en œuvre systématiques de curriculums et de compétences modifiés pour tenir compte des différents styles de pratique et de l'évolution des tendances épidémiologiques. Un certain nombre d'études citées (42 études sur les 125 sources) mentionnent les interventions éducatives, qui font invariablement référence aux initiatives d'*enseignement interprofessionnel* comme étant une priorité

pour préparer les nouveaux employés des soins de santé, ou pour poursuivre le développement professionnel de la main-d'œuvre existante en fonction des modèles de soins axés sur la collaboration. Il est important de noter que d'après le contenu de la littérature, les initiatives d'*enseignement interprofessionnel* sont utilisées de manière plus ou moins interchangeable avec des interventions éducatives plus globales pour cette section.

Parmi les interventions d'enseignement interprofessionnel, la majorité (n = 29) a porté sur les étapes suivant l'obtention du permis d'exercice et a évalué l'impact des ateliers et des programmes de formation continue et de perfectionnement professionnel. Ces études ont mis en évidence comment l'enseignement interprofessionnel peut :

- Être utile pour remodeler les attitudes et comprendre les rôles des autres professionnels de la santé (Eiser, 2008);
- Améliorer les aptitudes en communication pour accroître l'engagement dans de nouveaux modèles de soins (Sargeant, 2011); et
- Se produire grâce à une plate-forme d'apprentissage en ligne qui permet d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences puis de les transférer au milieu de travail (MacDonald, 2008).

D'autres interventions moins courantes (n = 13) concernent la formation et l'enseignement précédant l'obtention du permis d'exercice. Différents points de vue concernant le degré d'intégration dans les programmes existants ont été présentés; par exemple, l'exposition *obligatoire* des étudiants à une pratique en équipe, avant qu'ils n'établissent une solide identité professionnelle, est idéale pour façonner positivement l'attitude des étudiants en faveur de la pratique collaborative. Dans ce cas particulier, les étudiants ont été exposés à la pratique de soins axés sur la collaboration tout en travaillant avec des patients plus âgés souffrant de multimorbidités complexes, ce qui a également été efficace pour apaiser les appréhensions relatives au travail avec ce groupe de la population (Basran, 2012). Par ailleurs, une autre étude a montré que l'enseignement et la formation interprofessionnels qui ciblent les étudiants moins enclins à choisir une formation interprofessionnelle pourraient être plus efficaces qu'une approche universelle (Kenaszchuk, 2012).

La plupart des études indiquent que l'enseignement interprofessionnel entraîne des effets globalement positifs, en particulier en ce qui concerne le degré de collaboration entre les professionnels de la santé. À cet égard, une revue systématique Cochrane particulièrement intéressante de Reeves et coll. (2013) récemment mise à jour examine 15 études d'intervention sur l'enseignement interprofessionnel. Sept de ces études rapportent des corrélations positives dans les domaines suivants : « La qualité des soins aux diabétiques, la culture du service d'urgence et la satisfaction des patients; le comportement de l'équipe de collaboration et la réduction des taux d'erreurs cliniques pour les équipes des services d'urgence; et une amélioration des résultats liés au comportement de l'équipe de collaboration dans les salles d'opération; la gestion des soins dispensés dans les cas de violence familiale; et les compétences des professionnels de la santé mentale liées à la prestation des soins aux patients » (p. 2). Les autres études font état d'effets mitigés ou indiquent que les interventions n'ont aucune

incidence sur la pratique professionnelle ou sur les soins aux patients. Les auteurs de la revue ont conclu que, bien que les résultats globaux indiquent des résultats positifs, l'efficacité de l'enseignement interprofessionnel et ce qui en découle demeurent incertains.

Des recommandations utiles pour aller de l'avant avec l'enseignement interprofessionnel continu suggérées par Silver et coll. (2009) comprennent la création de facultés spécialisées dans l'enseignement interprofessionnel, ce qui nécessiterait « une évaluation approfondie des besoins, l'application d'une approche systémique [micro/moyen/macro] pour identifier le public cible des apprenants, l'incorporation des principes de l'apprentissage efficace, les méthodes d'enseignement multimodal, l'incorporation de programmes d'enseignement interprofessionnel et la conception des programmes axés sur les résultats » (p. 176).

La littérature a démontré le besoin de continuité et d'engagement tout au long du processus de changement, depuis les phases préalables à l'obtention du permis d'exercice aux stades plus avancés dans la carrière. Ces résultats sont conformes aux besoins et aux recommandations subséquentes décrites dans le document *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* de l'Organisation mondiale de la Santé (2010). Les études incluses portent essentiellement sur le point de transition entre le contexte de formation précédant l'obtention du permis d'exercice et le milieu de travail. Des questions précises ont été soulevées à propos du choc culturel vécu par les jeunes diplômés lorsque, en dépit de leur volonté d'exercer en collaboration, ils sont confrontés aux réalités des modèles de soins traditionnels cloisonnés. La littérature a identifié des obstacles clés, notamment des inquiétudes relatives aux compétences professionnelles, à l'acceptation par la population, à l'incertitude quant aux rôles, à la protection des emplois et à l'autonomie professionnelle. Les facteurs qui pourraient devenir des obstacles ou des catalyseurs dépendent du contexte de pratique. Par exemple, une mauvaise communication était considérée comme un obstacle dans certains cas, alors qu'une bonne communication était un catalyseur dans d'autres. De même, le manque de gestion organisationnelle était considéré comme un obstacle, alors que la présence d'une gestion du changement désignée était considérée comme un catalyseur. Les autres catalyseurs comprenaient l'existence de mentors affectés au personnel clinique, un leadership organisationnel favorable, et l'existence de ressources et de données probantes qui peuvent être mises à profit.

Dans l'ensemble, la littérature sur les interventions éducatives admet généralement que l'enseignement interprofessionnel avant ou après l'obtention du permis d'exercice est considéré comme un élément essentiel à l'amélioration des méthodes de prestation des soins de santé aux populations actuelles et futures. Pour les résultats au niveau professionnel, il existe des données probantes corrélationnelles positives entre les interventions d'enseignement interprofessionnel et l'amélioration des compétences de collaboration, ainsi qu'un plus grand respect et une meilleure compréhension des autres membres de l'équipe de soins de santé. Toutefois, l'impact de ces interventions sur les patients et les résultats pour le système demeure incertain.

## Entrevues auprès des répondants clés

Les conclusions des entrevues auprès des répondants clés correspondent à celles de la littérature. En effet, les répondants ont soulevé des questions importantes en ce qui concerne le **manque de cohérence entre l'enseignement et les milieux de pratique.**

*« Je pense que l'une des choses que nous devrions faire serait de relier le système d'éducation au système de prestation de services; la raison est simple : que vous modifiez ou non les champs d'exercice, ainsi que la législation et la réglementation qui y sont associées, vous devez fondamentalement enseigner aux gens à fonctionner différemment. »*

*« Au Canada, il existe encore des éducateurs qui ne comprennent pas le monde des employeurs, et vice versa. Ils ne font aucune planification conjointe. Ils ne préparent aucune stratégie ensemble. Alors, comment pouvons-nous savoir si ce qui est enseigné à la faculté ou en contexte de formation est acceptable pour les employeurs? Et comment pouvons-nous savoir si les étudiants seront en mesure de véritablement mettre en pratique ce que les éducateurs leur enseignent? »*

Un autre répondant clé a déploré le temps qu'il faudra aux nouveaux diplômés formés en enseignement interprofessionnel avant l'obtention du permis d'exercice pour changer le système.

*« Si nous nous concentrons uniquement sur le système de formation précédant l'obtention du permis d'exercice, il faudra toute une génération [pour parvenir à un changement], parce que les efforts ne sont alors pas axés sur les personnes qui font déjà partie de la main-d'œuvre, c'est-à-dire celles qui forment la grande majorité. Quand on regarde les chiffres, 90 % des professionnels de la santé sont sur le marché du travail, pas en formation. Proportionnellement, il n'y a qu'un petit nombre de personnes en formation. Donc lorsque vous parlez d'éducation, vous ne pouvez pas simplement dire "allons chercher la prochaine génération d'étudiants en soins infirmiers", car (a) cela vous prendra bien trop de temps et (b) ils ne disposeront pas des modèles dont ils ont besoin. Nous devons donc nous concentrer sur le changement de tous les professionnels de la santé à toutes les étapes de leur carrière. »*

Presque tous les répondants clés qui ont discuté des questions relatives à l'alignement du système d'éducation estiment que malgré que l'enseignement interprofessionnel puisse être **nécessaire, il est en soi insuffisant.**

*« Quand vous avez dans le milieu de pratique une majorité de personnes qui influencent les comportements de pratique des nouveaux diplômés, [vous constatez que les diplômés] adopteront toujours les comportements du groupe dominant, à savoir les cliniciens actuels. Donc, si nous n'investissons pas dans la formation continue, dans l'apprentissage sur le terrain pour les cliniciens actuels, nous n'arriverons jamais à changer le système. »*

D'autres répondants ont commenté l'importance des modes et des structures de prestation des initiatives de développement professionnel continu.

*« On constate que beaucoup de personnes ne participent jamais aux événements de formation en face à face. Elles ont tendance à faire tout leur [développement professionnel continu] en ligne et par l'entremise des webinaires, entre autres. Elles n'obtiennent donc pas les bienfaits du partage des connaissances et de l'apprentissage conjoint. »*

*« J'ai toujours quelques réticences quant à la formation continue vs l'éducation permanente, parce que si vous parlez aux chirurgiens, par exemple, de la formation continue, ils vous demanderont : "Combien de crédits [de formation continue] j'obtiendrai?" Mais la formation*

*continue n'a rien à voir avec cela quand on parle d'enseignement interprofessionnel. Il s'agit d'apprendre et de pratiquer en continu avec les autres professionnels. »*

Le concept d'éducation permanente a davantage été abordé au cours des entrevues auprès des répondants clés et des discussions avec les membres du comité d'experts que dans la littérature. On admet de façon générale qu'on assistera à des changements constants sur le plan des compétences professionnelles et des champs d'exercice en raison de l'évolution des intérêts professionnels, des compétences des autres professionnels de la santé et des besoins de la population. Ces changements, qui se produisent sur l'ensemble de la carrière professionnelle, doivent se refléter dans la façon dont l'enseignement et les titres de compétences sont livrés et reconnus après l'obtention du permis d'exercice. Il y a eu peu de discussions au sujet de la mise en place de boucles de rétroaction entre les critères d'agrément et les programmes d'enseignement.

## RÉSUMÉ (C) : NIVEAU MACRO (STRUCTURE) : INTERVENTIONS ÉDUCATIVES

**Caractéristiques principales :** L'enseignement interprofessionnel se produit lorsqu'au moins deux professionnels apprennent ensemble, que l'un d'eux enseigne ou qu'ils apprennent les uns des autres, avant ou après l'obtention du permis d'exercice; il s'agit d'un élément essentiel à l'amélioration des méthodes de prestation des soins de santé aux populations actuelles et futures.

**Résultats :** Il existe des données probantes corrélationnelles positives entre les interventions d'enseignement interprofessionnel et l'amélioration des compétences de collaboration, ainsi qu'un plus grand respect et une meilleure compréhension des autres membres de l'équipe de soins de santé. Toutefois, l'impact de ces interventions sur les patients et le système demeure incertain.

### Catalyseurs :

- Des mentors, des leaders et des ressources spécialement affectés à la poursuite du développement et de la promotion de l'enseignement interprofessionnel
- Des données probantes démontrant les effets positifs des interventions

### Obstacles :

- Le manque de communication entre les établissements qui offrent la formation avant l'obtention du permis d'exercice et le milieu de pratique concernant la composition de l'approvisionnement en ressources humaines et le développement des compétences appropriées
- Le manque de continuité dans l'enseignement interprofessionnel entre la formation en classe, les formations en résidence et en stage, et les milieux de pratique

\* L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la portée de la littérature et des entrevues auprès des répondants clés. Les points présentés ont été sélectionnés en fonction des thèmes et des discussions émergeant entre les membres du comité d'experts. Les encadrés récapitulants tous les niveaux de résultats sont utilisés collectivement pour établir les recommandations.

## D. Niveau macro (structure) : interventions économiques

Pour être sélectionnées dans cette évaluation, les interventions économiques provenant de la littérature devaient décrire une modification apportée à un financement (comment les fonds sont alloués aux organismes ou aux établissements de soins de santé) ou aux approches de rémunération (comment les organismes ou les établissements de soins de santé rémunèrent leur personnel de soins de santé), soit directement par l'autorité gouvernementale (d'une province ou d'un territoire du Canada) ou indirectement par l'intermédiaire d'allocations versées par l'autorité gouvernementale à une structure régionale, qui à son tour affecte les fonds à un organisme de soins de santé<sup>15</sup>. Pour être jugées pertinentes, ces modifications devaient donc être introduites en association avec un changement de champs d'exercice professionnels, par exemple les pharmaciens qui assument des tâches cliniques supplémentaires et qui obtiennent donc une charge de travail plus exigeante, ou elles devaient être introduites en association avec la refonte d'un modèle de soins, telle que l'introduction d'infirmières de la santé publique dans le cadre des soins primaires. Conformément à l'examen d'autres interventions aux niveaux micro, moyen et macro, cette section se concentre sur les *intrants* économiques (p. ex., les mécanismes d'allocation du financement et les processus de facturation) plutôt que sur les *extrants* économiques (p. ex., le rapport coût-efficacité). Lorsque des modifications sont apportées à la façon dont les fonds sont versés par l'autorité gouvernementale au fournisseur (p. ex., un gouvernement provincial qui paye les médecins directement selon une rémunération à l'acte en association avec le régime public d'assurance-maladie) afin de soutenir des modifications apportées aux champs d'exercice, il s'agit d'une intervention directe au niveau macro qui a un impact sur la prestation des soins au niveau micro.

Sur les 125 articles extraits, seuls cinq fournissaient des explications sur la façon dont les changements apportés aux modèles de rémunération ont été introduits dans le milieu de pratique. En général, les articles ne fournissaient aucun détail sur les structures de financement aux niveaux moyen et macro dans lesquelles ces modifications ont été apportées. Aux fins de cet examen, ces modifications sont considérées comme des *interventions économiques* et sont brièvement résumées ici :

- Un système de rémunération de remplacement basé sur un mode de **financement global**<sup>16</sup> a été mis en place parallèlement à la création d'une équipe multidisciplinaire de réanimation néonatale. Ce système de rémunération contraste avec le modèle traditionnel de rémunération à l'acte et a été considéré comme un catalyseur pour la participation d'autres professionnels non médecins (Aziz, 2005).
- Une équipe de soins de santé primaires (composée d'un conseiller en toxicomanie, d'une nutritionniste communautaire, de personnel administratif, d'une équipe de direction, de travailleurs de la santé mentale, de psychiatres, d'infirmières, d'infirmières praticiennes, de médecins, de travailleurs sociaux et de bénévoles de la communauté) a été en mesure de payer ses professionnels paramédicaux par l'intermédiaire de **fonds supplémentaires** obtenus par des partenariats privés, par les services de soins respiratoires et ambulatoires, et par la santé publique (CCS, Nouvelle-Écosse, 2009).
- Avec l'élargissement du champ d'exercice des pharmaciens, un **mécanisme de facturation supplémentaire** a été introduit où l'on tient compte des changements sur le plan des pratiques de prescription. Les *coûts des services professionnels de base du pharmacien* ont été complétés par de nouveaux *coûts d'adaptation* pour refléter la nouvelle offre de services de prescription (Marra, 2012). (Ce modèle pourrait également être considéré comme une incitation financière à améliorer la gestion des médicaments par les pharmaciens.)
- Une équipe de soins préventifs a été créée où les médecins de famille étaient rémunérés par l'entremise d'un **système de capitation** et tous les autres professionnels de la santé (notamment, les infirmières praticiennes et les pharmaciens) étaient **salariés** (Legault, 2012).
- De même, on a formé une équipe de soins de santé mentale constituée de médecins de famille, de conseillers et de psychiatres travaillant en contexte de soins primaires, tous payés par un **système de capitation** (par le Programme des autres modes de paiement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et par le financement d'un programme supplémentaire pour les services de santé mentale et de nutrition) (Kates, 2002).

15 Voir l'appendice 17\* pour les types de mécanismes de financement

16 Des budgets annuels négociés pour un groupe de médecins, généralement associés à un centre médical universitaire (ICIS, 2005; p. ii).

\* Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>

Parmi les cinq sources citées, les interventions économiques décrivent des défis relatifs principalement à l'absence de mise en application, de durabilité et de soutien administratif (Marra, 2012; CCS, Nouvelle-Écosse, 2009).

En ce qui concerne les catalyseurs, les interventions économiques incluses ont été rendues possibles grâce à la mise en œuvre concurrente de contributeurs aux niveaux micro, moyen et macro. En voici quelques exemples :

- Les conditions préalables à la mise en œuvre du modèle multidisciplinaire intensif de soins néonataux et à son mode de financement de remplacement incluait une réglementation provinciale et de l'hôpital favorable, des politiques pour les unités, la formation du personnel, le recrutement du personnel, les stratégies de communication et la réévaluation des rôles professionnels (Aziz, 2005).
- En Nouvelle-Écosse, le soutien politique du gouvernement provincial a contribué à permettre le paiement de tous les membres de l'équipe de soins de santé (CCS, Nouvelle-Écosse, 2009).
- Pour déterminer la rémunération supplémentaire appropriée associée aux services de prescription des pharmaciens de la Colombie-Britannique, il a fallu obtenir des renseignements précis pour calculer les coûts liés au travail et à l'investissement supplémentaires, en plus d'établir les changements juridiques à apporter aux champs d'exercice (Marra, 2012).
- Des délais réalistes devaient être fixés pour la transition vers les nouveaux champs d'exercice et les nouveaux systèmes de rémunération, pour l'adaptation du personnel et pour la saisie des résultats associés (Legault, 2010).
- Il était considéré comme essentiel d'assurer l'engagement des professionnels de la santé mentale en tant que partie intégrante de l'équipe de coordination centrale pour faciliter la résolution de problèmes relatifs à l'allocation des ressources appropriées (Kates, 2002).

La seule intervention économique qui a également indiqué des résultats en matière de coûts a été le mécanisme de facturation supplémentaire pour l'élargissement du champ d'exercice des pharmaciens. Bien que cette intervention se soit révélée plus coûteuse que les soins habituels, elle a été considérée comme utile pour améliorer les résultats sur la santé des patients et pour promouvoir l'efficacité du système (Marra, 2012). Ce point rappelle à quel point il est important de définir le terme *rapport coût-efficacité* et de valider les analyses de rendement du capital investi<sup>17</sup> pour supprimer les impacts à court et à long terme. Les derniers articles de cette section traitent de la corrélation entre les structures économiques favorables et les améliorations en matière d'efficacité et de collaboration des ressources humaines en santé.

Dans l'ensemble, les modes de rémunération de remplacement ont été considérés comme étant des *catalyseurs* pour soutenir les champs d'exercice élargis et les modèles de soins axés sur la collaboration, mais ces modes dépendaient de leur conformité à d'autres facteurs organisationnels et technologiques. Plus précisément, tous les autres modèles de rémunération proposés dans la littérature comprenaient des changements par rapport au modèle traditionnel de rémunération à l'acte pour les services des médecins.

## Entrevues auprès des répondants clés

Les entrevues auprès des répondants clés ont porté sur le rôle d'obstacles et de catalyseurs que joue une gamme de facteurs économiques dans l'optimisation des champs d'exercice et dans la création de modèles de soins novateurs. Les répondants ont précisé que le financement public en vertu de la Loi canadienne sur la santé<sup>18</sup> met l'accent sur les services des médecins et hospitaliers, mais pas sur le reste de la prestation des soins de santé. En conséquence, la rémunération est liée à certains types de professionnels de la santé en particulier (p. ex., les médecins) ou à certains contextes (p. ex., les hôpitaux) plutôt qu'à d'autres, ce qui peut empêcher la collaboration entre les professions et les milieux de prestation de services.

17 Pour guider les évaluations à l'aide d'une structure de rendement du capital investi, l'Académie canadienne des sciences de la santé a publié en 2009 le rapport *Créer un impact : les indicateurs et approches à privilégier pour mesurer le rendement des investissements consentis en recherche en santé* (groupe d'experts sur le rendement des investissements en recherche en santé) et depuis lors, l'Institut sur la gouvernance a mis à profit ce rapport dans la préparation de son document *The Return on Investment in Team: Return on investment analysis framework, indicators and data for interprofessional care and interprofessional education in health* en 2013, qui est extrêmement pertinent pour ce qui a trait aux modèles de collaboration et à l'évolution des champs d'exercice (Nason).

18 La Loi canadienne sur la santé, adoptée en 1984, définit les normes du gouvernement fédéral auxquelles les programmes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent se conformer pour recevoir les paiements de transfert pour toutes les personnes assurées. Les cinq conditions d'octroi sont les suivantes : (1) la gestion publique – le régime d'assurance-santé est géré sans but lucratif; (2) l'intégralité – couverture de tous les services de santé assurés; (3) l'universalité – cent pour cent des assurés ont droit aux services de santé assurés prévus; (4) la transférabilité – les assurés sont couverts à l'extérieur de leur province ou territoire de résidence; et (5) l'accessibilité – « offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne [fait] pas obstacle, directement ou indirectement [tous ces éléments sont assujettis à des conditions] » (Manore, 2005).

« Je trouve que cette question est à peu près la plus frustrante de tout ce qui concerne la politique canadienne des soins de santé. Nous avons tous les outils à notre disposition, à une exception près, et voilà précisément ce que je ferais si je devais faire quelque chose : je déplacerais les médecins à l'intérieur de la tente [autrement dit, il faudrait les inclure dans la même enveloppe de financement que les autres professionnels de la santé]... pour moi, c'est ce qui doit absolument changer avant que quoi que ce soit puisse se produire. »

« Ça inhibe la capacité d'optimiser les champs d'exercice; peut-être que c'est moins cher pour l'hôpital, mais ça finit par coûter plus cher lorsqu'on analyse le budget global des dépenses publiques en soins de santé. »

Lorsque le financement des médecins se fait directement par rémunération à l'acte, le manque de financement public pour les autres professions de la santé est un obstacle majeur à la collaboration.

« Avec la rémunération à l'acte, les frais ne sont payés que si le service est fourni par un médecin. Même une pratique bien intentionnée n'embauchera pas un professionnel paramédical pour faire le travail parce qu'il s'agit d'un coût pour la pratique sans flux de revenus associés. »

« Nous avons donc élargi les champs d'exercice pour un certain nombre d'entre eux. Nous avons même créé de nouvelles professions dans certains cas. Mais nous n'avons aucun moyen de les payer. »

Conformément à la littérature, on observe un consensus parmi les répondants clés sur la nécessité de s'éloigner des structures exclusives de rémunération à l'acte.

« Il faut mettre un terme à la rémunération à l'acte pour les médecins (mais cette condition n'est pas suffisante) pour mieux permettre aux membres d'autres professions de prodiguer les soins, ou encore permettre une meilleure collaboration avec les autres professions. Si la pratique est financée par capitation, par salaire ou par financement global, alors les sommes nécessaires pour répondre aux besoins de la population sont octroyées, et la bonne combinaison de professionnels de la santé est embauchée. »

On observe un consensus chez les répondants clés, avec certaines réserves, sur le fait que les approches de financement de remplacement conçues pour optimiser les champs d'exercice et promouvoir la collaboration sont généralement associées à un système fermé dans lequel un organisme de soins de santé a la responsabilité d'offrir des soins à toute une population.

« Je pense que les meilleures chances de succès, si on parle de pratiques novatrices et de l'utilisation efficace [des ressources humaines en santé], sont associées aux systèmes fermés. Et je pense en particulier à l'organisme Group Health Cooperative, à Kaiser et à l'association des anciens combattants, dans une certaine mesure. Donc, ce sont les endroits... encore une fois, c'est cette population définie, la responsabilité d'une population donnée et la responsabilité de la continuité des soins. »

Les répondants clés ont noté qu'il est nécessaire d'avoir un budget fixe dans un système fermé; les attentes de la population en matière de qualité et de besoins devraient être explicites, et le financement devrait alors permettre aux pratiques d'expérimenter diverses approches et de faire évoluer le système au fil du temps. Cette approche permettra d'améliorer les innovations.

*« Dans la mesure où vous obtenez un financement intégré, la discussion relative aux champs [d'exercice] et aux rôles devient beaucoup plus facile. »*

Les autres modèles de rémunération émergents comprennent les paiements groupés qui couvrent les soins fournis dans tous les milieux. Des travaux sont en cours à ce sujet en Ontario, en Alberta et aux États-Unis.

*« Si nous analysons les modèles relatifs à la chirurgie qui innovent en Alberta, nous constatons que certains d'entre eux font appel aux auxiliaires médicaux et à une approche d'admission plus coordonnée... Et la principale innovation semble être le mode de rémunération, qui n'est pas vraiment lié aux personnes qui réalisent chacune des étapes précises du protocole de soins. Ils paient davantage de l'entrée à la sortie sur l'ensemble du protocole de soins. »*

Une autre recommandation encore plus radicale consiste à ne pas lier le financement à un fournisseur ou à un milieu en particulier, mais bien aux besoins de la population.

*« Réfléchissez aux recommandations qui préconisent de payer pour les services dont les gens ont besoin plutôt que pour les services fournis par un groupe particulier dans un endroit particulier... comme les médecins et les centres faisant appel à des sources de financement privées, qui ont tendance à être moins précises quant à la personne qui doit fournir un service particulier et à la raison pour laquelle ce service doit être offert. Pensez plutôt à la forme la plus générique d'une allocation de dépenses flexible. »*

Certains répondants clés ont également fait remarquer la limite des interventions économiques indépendantes qui ne sont accompagnées d'aucune contribution coordonnée.

*« Ne présumez pas que vous pouvez changer le mode de prestation des soins de santé en changeant simplement les incitations financières proposées à des groupes de professionnels de la santé individuels. Les mesures incitatives [proposées aux médecins omnipraticiens] et celles pensées entre autres pour la gestion des soins aux malades chroniques ne changent rien à la structure fondamentale du système ou aux moyens par lesquels les professionnels de la santé et les différents organismes sont censés interagir les uns avec les autres. Les incitations financières individuelles ne changeront pas la structure ou l'organisation de base de votre système de soins de santé. »*

Il a par ailleurs été mentionné que lier les incitations financières aux mesures du rendement pourrait faire en sorte d'améliorer la qualité des soins de santé.

*« La meilleure chose qu'ils pourraient faire serait de revoir les mesures incitatives pour qu'elles soient cohérentes. » De cette manière, les gens ne seront pas invités à faire quelque chose ou à apporter un changement qui n'est pas soutenu par les rémunérations et les avantages financiers et professionnels existants. »*

Les stratégies relatives aux incitatifs basés sur le rendement (qui comprennent le modèle de rémunération au rendement) n'ont pas été discutées en détail; cependant, les répondants clés ont émis des réserves quant à l'impact sur les inégalités existantes en matière de santé et quant à la création d'incitatifs aux effets pervers.

*« Je pense qu'il faut faire attention à ce petit jeu... Depuis qu'on a commencé à obtenir des mesures incitatives pour traiter les diabétiques, toutes les personnes en marge ont été classées comme étant diabétiques. En fait, la plupart des milieux qui ont utilisé ces mesures ont constaté qu'elles entraînaient des effets pervers. »*

« On constate une complication supplémentaire liée au fait qu'un système universel ne convient pas à tous. Et l'une des choses que je n'ai pas vraiment constatées dans les comptes-rendus, c'est la différence entre les divers types de patients, car certains patients sont beaucoup plus malades et ont besoin de beaucoup plus de soins. Mais ce n'est pas le cas de tous les patients. Alors un modèle qui fonctionnera pour une population en relativement bonne santé peut ne pas être identique au modèle qui fonctionnera pour une population malade. »

« L'argent est un motivateur extrinsèque. Faire du bon travail, être fier de son travail, vouloir produire aujourd'hui quelque chose de mieux qu'hier, c'est une motivation intrinsèque. Et il s'avère que dans toutes les recherches et tous les secteurs qui ont analysé cela, on constate que tous les milieux qui réussissent réellement et qui obtiennent des rendements exceptionnels au fil du temps comprennent comment mettre à profit la fierté des gens et les motivateurs intrinsèques. Et dès que vous commencez à mettre en place des listes de contrôle pour calculer un score qui vous procurera par exemple un certain bonus ou que vous reprenez une partie du salaire si les objectifs ne sont pas atteints, alors les gens essaient de satisfaire aux exigences pour obtenir l'argent qu'ils croyaient déjà mériter, ce qui rend les gens tout sauf professionnels. »

« L'argent entraîne des effets pervers. Le système actuel incite les gens à ne faire qu'une seule chose à chaque visite. Il crée beaucoup de sous-groupes différents qui sont séparés les uns des autres. Il décourage l'intégration, la coordination et le travail d'équipe. Et on constate que le système est de plus en plus basé sur les motivateurs extrinsèques quand on observe la façon dont l'argent et les mesures incitatives sont gérés. »

Les entrevues auprès des répondants clés ont établi des parallèles avec la littérature en ce qui concerne l'accent mis sur le financement et la rémunération et, en particulier, la manière dont les différents modes de rémunération des médecins, par rapport à ceux des autres professionnels de la santé, inhibent souvent directement l'optimisation des champs d'exercice et les modèles de soins novateurs. Or, cela semblait être le cas même lorsque d'autres modifications ont été apportées sur les plans juridique et réglementaire.

Les éléments qui n'ont pas été abordés dans la littérature comprennent des suggestions pour *sortir des sentiers battus* en matière de modes de financement. Les idées de financement intégré et de paiements groupés ont été suggérées, car elles ne limitent pas les ressources à une profession de la santé ou à un établissement en particulier, mais favorisent plutôt le soutien des professionnels de la santé dans tous les contextes de soins. Il y a aussi eu une suggestion de financement basé sur un système fermé, pour lequel un montant forfaitaire permettrait de s'occuper des patients de la zone desservie, ce qui assurerait théoriquement une plus grande souplesse pour répondre aux besoins de la population. Nous avons constaté des préoccupations importantes concernant les incitatifs économiques externes utilisés pour favoriser des initiatives d'amélioration de la qualité. En effet, les autres conséquences de la hausse des coûts et de ce que les répondants ont appelé *l'écrémage* ont été mentionnées. Des discussions supplémentaires ont porté sur la façon d'établir d'autres mesures incitatives dans la rémunération des fournisseurs de soins de santé.

Ultimement, aucun modèle économique parfait n'a émané de nos recherches; chaque modèle doit en réalité être adapté aux besoins particuliers d'une communauté ou d'une population (c.-à.-d. que certains modèles qui fonctionnent pour une population en relativement bonne santé peuvent ne pas être appropriés pour des patients qui souffrent de plusieurs maladies chroniques). En outre, les facteurs économiques ne sont qu'une partie de la solution; seuls, ils ne sont pas suffisants pour changer la structure de prestation dans le système de soins de santé.

## RÉSUMÉ (D) : INTERVENTIONS ÉCONOMIQUES AU NIVEAU MACRO (STRUCTURE)

**Caractéristiques principales :** Des modes de rémunération de remplacement ont été considérés comme un élément essentiel pour soutenir l'optimisation des champs d'exercice et les modèles de soins novateurs. Dans cette optique, nous avons constaté un consensus sur la nécessité de s'éloigner plus particulièrement du modèle de rémunération à l'acte traditionnel.

### Résultats :

- Corrélation positive entre les structures économiques de soutien et les améliorations en matière d'efficacité et de collaboration des ressources humaines en santé.
- Données probantes corrélationnelles limitées entre les changements apportés aux intrants économiques relatifs à la structure et l'impact sur le coût au niveau du système.
- Rôle et impact incertains des incitations financières externes.

### Catalyseurs :

- Les paiements groupés pour toutes les professions de la santé dans tous les contextes de soins.
- Un système fermé pour la population ciblée (et non lié au fournisseur).
- L'alignement avec d'autres contributeurs organisationnels et technologiques, y compris un soutien accru des provinces ou territoires.

### Obstacles :

- Le manque de durabilité au-delà des modalités de financement par projet.
- Le manque de soutien administratif pour gérer les changements de système.

\* L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la portée de la littérature et des entrevues auprès des répondants clés. Les points présentés ont été sélectionnés en fonction des thèmes et des discussions émergeant entre les membres du comité d'experts. Les encadrés récapitulant tous les niveaux de résultats sont utilisés collectivement pour établir les recommandations.

## E. Niveau macro (structure) : Interventions juridiques et réglementaires

L'un des obstacles les plus fréquemment cités (ou perçus) à la modification des champs d'exercice des professionnels de la santé concerne les aspects juridiques et réglementaires. Autrement dit, comment les organismes dirigeants peuvent-ils assurer la sécurité du patient et la responsabilité du professionnel de la santé lorsque les champs d'exercice changent ou se chevauchent, ou lorsqu'il y a des incertitudes chez les professionnels de la santé quant à leur rôle ou à leurs compétences? Par conséquent, il est intéressant de constater que sur les 125 articles extraits, aucun n'évalue explicitement les interventions juridiques ou réglementaires. C'est-à-dire que si une mesure juridique ou réglementaire était décrite dans un article, elle n'était pas présentée comme

une intervention, mais comme un facteur contextuel associé à des changements organisationnels. Une explication possible de cette lacune dans la littérature est la nature du *système adaptatif réglementaire complexe*, qui rend la conception linéaire de *l'intervention et du résultat* moins applicable au contexte juridique.

Sur les 125 articles, huit études décrivaient la façon dont le contexte des changements juridiques et réglementaires a formé la toile de fond pour l'analyse des impacts des autres interventions concernées (p. ex., Marra, 2012; Parrish, 2009). Parmi ces huit études, quatre portaient sur les changements au niveau législatif, deux sur les changements au niveau de la réglementation provinciale, une sur les changements au niveau de la réglementation régionale et une sur les changements au niveau de la réglementation des établissements. Un thème récurrent était l'importance de la capacité juridique de permettre l'expansion des rôles, par exemple ceux des infirmières et des pharmaciens en pratique avancée.

Les articles qui abordaient les résultats des interventions réglementaires (p. ex., les récents changements réglementaires permettant aux pharmaciens de faire des prescriptions) soulignaient que même s'il y avait davantage d'implications immédiates pour la pratique professionnelle, comme l'établissement d'une rémunération appropriée pour les nouvelles tâches, il était trop tôt pour se prononcer sur l'impact sur les patients et le grand public (p. ex., Marra, 2012). Dans un examen de la portée sur les auxiliaires médicaux aux États-Unis, qui englobait des interventions juridiques et réglementaires antérieures, Hooker et coll. (2012) soulignent ceci : « Il existe quatre principaux éléments de risque de faute professionnelle pour les médecins qui supervisent un auxiliaire médical : (1) le manque de supervision adéquate, (2) l'aiguillage vers un consultant au mauvais moment ou l'absence d'aiguillage vers un consultant par un auxiliaire médical, (3) l'incapacité d'un auxiliaire médical à poser le bon diagnostic sur l'état du patient, et (4) l'examen inadéquat d'un patient par un auxiliaire médical. Une analyse menée sur vingt ans a permis de valider que les auxiliaires médicaux n'augmentent pas les risques de la pratique médicale, mais qu'au contraire, ils peuvent les réduire. » (p. 75-76).

## Analyse de la jurisprudence et des modèles de réglementation partout au Canada

Comme indiqué dans la section sur la méthodologie, nous avons commandé une analyse ciblée de la législation affectant les champs d'exercice et des questions de responsabilité juridique dans la jurisprudence. Voici ci-dessous les renseignements clés recueillis grâce à cette analyse.

## La législation affectant les champs d'exercice et les modèles de soins axés sur la collaboration

Une tendance importante en matière de réglementation des professions de la santé au Canada consiste à se diriger vers un cadre législatif commun pour les professions de la santé réglementées dans chaque province ou territoire. Cette tendance vers une *loi-cadre* fait en sorte de modifier les énoncés des champs d'exercice et de fournir des descriptions non exclusives des activités de chacune des

professions réglementées, qui peuvent inclure des champs d'exercice partagés ou qui se chevauchent. Les pratiques restreintes ou contrôlées demeurent, mais seulement dans le cas d'activités à risque plus élevé et étroitement définies. Une loi-cadre constituée de champs d'exercice plus souples offre une base possible pour les modèles de soins axés sur la collaboration. Les cadres réglementaires et les cultures de pratique qu'ils influencent sont « l'un des déterminants de la transition vers une culture de la réglementation interprofessionnelle » (Lahey et Currie, 2005, p. 198). Les lois relatives aux professions de la santé de certaines provinces énoncent qu'un ordre professionnel a le devoir de collaborer avec d'autres professions et de promouvoir la pratique collaborative parmi les professionnels réglementés.

## Des cadres juridiques à la pratique des professions de la santé : questions à considérer

- Les changements aux seuls textes réglementaires ne permettront pas de transformer les hiérarchies traditionnelles et les silos propres à la pratique des soins de santé. La législation énonce des principes généraux, mais ces principes sont interprétés par des organismes de santé et par des professionnels qui peuvent être en conflit d'intérêts.
- Les différends relatifs aux territoires professionnels sont un obstacle au changement, en particulier si les leaders de la profession de la santé se concentrent sur les « litiges [propres aux champs d'exercice] et sur le protectionnisme sectoriel plutôt que sur l'exploration d'approches collaboratives et interdisciplinaires » (Jansen, 2008, p. 222).
- Alors que les lois sur les professions de la santé peuvent être réformées pour promouvoir des champs d'exercice plus larges dans les modèles de collaboration, les lois plus anciennes peuvent structurer les environnements de soins de santé d'une manière qui va à l'encontre de cette approche moderne (p. ex., des règles plus anciennes qui nécessitent l'ordonnance médicale d'un médecin pour certaines procédures de soins de santé, tandis que les nouvelles lois autorisent les infirmières à exécuter plus de tâches sans ordonnance de médecins)<sup>19</sup>.

19 Voir par exemple S. Regan et coll. Policy Analysis of Interprofessional Collaborative Requirements under Bill 171 and Bill 179: Final Report (février 2013).

## Responsabilité juridique, collaboration interprofessionnelle et pratique du champ d'exercice complet

Les principes généraux de la négligence dans le contexte des soins de santé sont bien établis dans la loi canadienne. Pour obtenir gain de cause dans une action pour négligence, un patient doit établir les éléments suivants : (1) le fournisseur de soins de santé<sup>20</sup> avait un devoir de diligence envers le patient; (2) le professionnel de la santé a manqué à son devoir de diligence; (3) le patient a subi des préjudices; et (4) le manquement à l'obligation du fournisseur de soins de santé a causé le préjudice au patient (Picard et Robertson, 2007).

Une fois que la relation entre le professionnel de la santé et le patient est établie, le professionnel de la santé a l'obligation juridique de fournir des soins appropriés. Un manquement à l'obligation de fournir des soins se produit quand un professionnel de la santé n'atteint pas une norme de soins raisonnable. La loi exige de la part d'un professionnel de la santé qu'il atteigne la même norme de « prudence et de diligence » que tout autre professionnel de la santé de la même profession<sup>21</sup>. Un tribunal détermine la norme de soins et confirme si elle a été respectée ou non dans un cas particulier en se basant sur les preuves avancées par des experts. Ces preuves sont fournies pour les besoins du litige à l'oral ou par écrit par des personnes présentées au tribunal et reconnues comme des experts.

## Responsabilité juridique, soins de collaboration et pratique du champ d'exercice optimal

Les modèles de soins en collaboration, souvent structurés en équipe, exigent le recours à tous les professionnels de la santé qui travaillent dans leur champ d'exercice et selon la norme appropriée. Les tribunaux reconnaissent que les professionnels de la santé doivent être en mesure de compter sur d'autres professionnels pour s'acquitter de leurs fonctions selon des normes acceptables : « Le système de santé canadien prescrit aux professionnels de

la santé de travailler en équipe, chaque personne ayant un rôle à jouer dans la prestation de soins au [patient]. Chaque personne doit s'acquitter de son rôle selon la norme de soins appropriée, et chacun de ces professionnels est en droit de compter sur les autres (et doit compter sur eux) pour s'acquitter de ses responsabilités individuelles respectives<sup>22</sup>. »

**Impact d'une structure d'équipe :** La structure d'équipe adoptée dans un contexte de soins de santé peut être pertinente pour l'interprétation de la norme de soins attendue d'un professionnel de la santé. Par exemple, la politique d'un hôpital peut exiger qu'un professionnel soit nommé au rôle de « principal médecin responsable », qui comporte des obligations supplémentaires, mais qui ne signifie pas que la personne sera nécessairement tenue responsable du comportement de ses collègues qui travaillent en équipe pour dispenser des soins au patient<sup>23</sup>.

**Délégation et responsabilité :** La délégation des tâches d'un membre d'une profession de la santé réglementée à une autre personne peut soulever des questions quant à la personne qui doit assumer la responsabilité, en particulier si la personne qui est invitée à effectuer une tâche l'effectue à un niveau inférieur aux normes. Il est important de faire la distinction entre les situations impliquant des règles relatives à la délégation et les situations où les cliniciens travaillent en collaboration alors que leurs champs d'exercice leur permettent le partage des responsabilités pour certaines tâches. Le recours raisonnable à un collègue pour mener à bien une tâche pour laquelle ce collègue est qualifié et légalement autorisé à exécuter ne devrait pas remettre en cause la responsabilité<sup>24</sup>. Un membre d'une profession régie par des règles spécifiques relatives à la délégation ne doit pas déléguer de tâches en violation à l'une de ces règles<sup>25</sup>.

**« Responsabilité ultime » :** Dans un contexte de collaboration, ou plus précisément dans un contexte d'équipe, certains professionnels de la santé, en particulier les médecins, expriment leurs inquiétudes concernant le fait qu'ils sont « ultimement responsables » des actions des autres professionnels. La loi canadienne ne soutient pas l'idée que sur la seule base du champ d'exercice prévu

20 Notez que selon les pays, différents termes sont utilisés pour décrire un travailleur de la santé qui fournit des soins à un patient. À des fins de clarté de la terminologie utilisée à l'échelle internationale, nous utilisons le terme *professionnel de la santé* tout au long de cette évaluation. Cependant, les documents juridiques canadiens emploient plus souvent le terme *fournisseur de soins de santé*. Pour cette section juridique et réglementaire, ces deux termes sont donc utilisés de manière interchangeable, conformément à ce qui se fait dans le contexte canadien.

21 *terNeuzen c. Korn*, [1995] 3 S.C.R. 674, au par. 33. Voir aussi *Crits c. Sylvester*, [1956] O.R. 132 (CA) à 143; affilié [1956] S.C.R. 991.

22 *Bauer c. Seager* et coll., 2000, MBQB 113.

23 Pour plus de détails sur la discussion, voir p. ex. *Manary c. le Dr Martin Strban* et coll., 2011, ONSC 176, par. 37.

24 *Kielley c. General Hospital Corp* (1997) 150 Nfld et PEIR 163; *Percy c. Kieser*, (2005)54 Alta LR (4th) 329.

25 *Roberts c., College of Dental Surgeons (Colombie-Britannique)* 1997, BCJ 1125.

par la loi, un médecin soit légalement responsable des actes des autres professions réglementées (à l'exception des situations décrites ci-dessus où un médecin a des obligations juridiques particulières en tant qu'employeur) (Kielley, 1997).

### **Assurance responsabilité professionnelle :**

La législation, les lignes directrices de pratique et les énoncés de politique des professions exigent tous que les membres d'une profession de la santé réglementée détiennent une assurance responsabilité professionnelle adéquate. Cette assurance offre une protection aux cliniciens et aux patients lorsque des situations de négligence surviennent.

En résumé, voici ce que la littérature présente à propos du contexte juridique et réglementaire des interventions relatives aux champs d'exercice :

- Plusieurs provinces et territoires ont un cadre législatif commun pour les professions de la santé, ou ils se dirigent vers un tel cadre. Une loi-cadre constituée de champs d'exercice plus souples offre une base possible pour les modèles de soins axés sur la collaboration, mais elle est en soi insuffisante.
- Selon les précédents de la jurisprudence canadienne, un professionnel de la santé n'est pas obligé d'atteindre une norme qui est applicable à un autre groupe de professionnels de la santé lorsque ce clinicien a fait preuve de diligence raisonnable dans le cadre de son propre champ d'exercice.
- Dans certains cas, les risques de responsabilité accrue dans les modèles de soins axés sur la collaboration pourraient être dus à des « tribunaux répartissant mal la responsabilité entre les membres des équipes interprofessionnelles (en l'attribuant parfois aux médecins et parfois à d'autres professions), en grande partie en raison du recours continu aux définitions traditionnelles de la répartition du travail et de la responsabilité parmi les professionnels de la santé » (Lahey et Currie, 2005).

## **Entrevues auprès des répondants clés**

Les entrevues auprès des répondants clés ont essentiellement porté sur les obstacles que dresse la législation relativement à la création de champs d'exercice optimaux et plus souples plutôt que sur ses effets catalyseurs. Ces obstacles sont d'autant plus présents lorsque les autorités sont distinctes pour chaque profession.

*« Ce que ces règlements font essentiellement... [est de] geler ce qui est en place aujourd'hui, car cette législation ne favorise pas l'innovation, la créativité, la redéfinition des rôles et la création de nouveaux modes de relations entre les gens pour les systèmes de soins de santé au fil du temps. »*

Nous avons également constaté des préoccupations en rapport à la promesse non tenue sur la loi-cadre.

*« Je pense que ce mécanisme n'a pas été exploité... parce que dès que nous avons créé la loi, tous ces petits ordres professionnels se sont alors confortablement installés et ont déclaré : "Parfait, maintenant nous sommes couverts par la loi". Mais il n'y a aucune conversation entre eux. Ils sont tout simplement là. »*

Un lien clair a été établi entre la responsabilité et les préoccupations relatives aux préjudices, et les réponses réglementaires typiques.

*« Les statistiques démontrent toutes les façons par lesquelles nous portons préjudice et comment les établissements de soins de santé peuvent vraiment être des endroits dangereux, sans oublier les erreurs qui s'y produisent. Et ainsi, en réaction, les gens responsables des politiques et de la réglementation veulent tenter différentes choses pour assurer la sécurité. Alors ils imposent des limites. Ils déclarent que telle catégorie de personnes peut faire ceci, mais que telle autre catégorie ne peut pas faire cela. Et nous trouvons cette situation terriblement négative puisqu'il y a des règlements qui établissent ce à quoi votre équipe de soins doit ressembler plutôt que d'établir les compétences, les capacités et les fonctions qui entraîneraient votre équipe de soins vers ce à quoi elle pourrait ressembler et ce qu'elle pourrait accomplir. »*

*« Je pense que l'un des faux obstacles les plus courants concerne la responsabilité. »*

Plutôt que d'attendre des changements à la législation ou à la réglementation, d'autres répondants clés ont discuté de méthodes pour contourner les obstacles qui empêchent une plus grande flexibilité des champs d'exercice.

*« Montrez-moi des résultats de qualité et l'absence de préjudices au niveau du système, puis laissez-moi contrôler à l'intérieur du système la gestion des rôles et des responsabilités et la façon d'organiser la prestation des soins. »*

*« Ce que je pense que nous devons comprendre, c'est qu'il y a souvent une solution de rechange, sans oublier que la réglementation et la législation comportent souvent des éléments qui n'ont pas été optimisés. Ce que je veux dire, c'est que nous devons travailler plus fort pour reconnaître les avantages de la législation en vigueur. »*

*« La législation et la réglementation, comme je l'ai déjà dit, sont beaucoup plus difficiles à changer. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas s'y attaquer, mais ce sera plus difficile, et les possibilités seront plus rares et les délais, plus longs. Je crois que les gens ont besoin de passer plus de temps à penser à la façon d'exploiter la législation et la réglementation en vigueur, mais en trouvant de nouvelles méthodes... car la législation et la réglementation actuelles offrent sans aucun doute de nombreuses possibilités. »*

Ces dernières déclarations correspondent à la plupart des innovations que nous avons étudiées et elles sont mises en évidence dans les études de cas. Les modèles à petite échelle, généralement employés dans des groupes

de population fermés, ont démontré qu'il est possible d'adopter des changements en travaillant sur les obstacles législatifs ou réglementaires plutôt que d'attendre que les environnements favorables souhaités soient créés. Afin de permettre au mieux le développement et l'application à grande échelle de ces types d'innovations, la législation doit créer les conditions nécessaires pour faciliter l'optimisation des champs d'exercice et pour en assurer la flexibilité. Nous aborderons directement ce point dans les recommandations.

La sécurité des patients a également été soulevée comme moyen d'harmoniser les objectifs visionnaires dans les divers organismes de réglementation. Si des données probantes appropriées permettent de soutenir l'harmonisation (p. ex., les modèles de soins partagés qui améliorent les résultats pour les patients sans compromettre les normes de sécurité), alors elles peuvent être considérées comme un outil qui permettra la promotion d'un mouvement vers l'autoréglementation collaborative (Conference Board du Canada, 2007; Institute of Medicine, 2001; Groupe de travail sur la réglementation de la main-d'œuvre en soins de santé, 1995).

Au cours de leurs discussions, les répondants clés et le comité d'experts ont généralement considéré que les concepts juridiques et réglementaires relatifs aux champs d'exercice inhibaient les possibilités d'amélioration de la flexibilité des rôles professionnels. Si l'on considère l'analyse juridique présentée ci-dessus, il existe un certain niveau d'optimisme en ce qui concerne la manière dont le droit de la santé commence à changer en fonction des défis de la pratique contemporaine. L'adoption des tâches déléguées et d'une loi-cadre dans certaines provinces et dans certains territoires illustre comment des champs d'exercice qui se chevauchent sont de plus en plus reconnus pour contribuer à la flexibilité nécessaire pour répondre aux besoins de la communauté et de la population. De plus, certains cas de jurisprudence révèlent que les tribunaux commencent à interpréter les normes de soins, les champs d'exercice et la responsabilité d'une manière qui démontre une compréhension des objectifs de soins axés sur la collaboration et des champs d'exercice élargis.

## RÉSUMÉ (E) : NIVEAU MACRO (STRUCTURE) : INTERVENTIONS JURIDIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

**Caractéristiques principales :** Les tendances tirées de la littérature démontrent des mouvements vers des environnements plus flexibles pour les modèles de soins novateurs et vers l'optimisation des champs d'exercice grâce à la reconnaissance officielle du fait que les professionnels de la santé ne travaillent plus en silos.

### Résultats :

- On ne sait pas précisément comment les changements à la législation et à la réglementation conçus pour accroître la flexibilité des champs d'exercice et des modèles de soins se comparent par rapport aux initiatives qui contournent le système.
- Les conséquences d'une plus grande flexibilité en matière de champs d'exercice dépendent de l'harmonisation des champs d'exercice à d'autres intrants éducatifs et économiques.

### Catalyseurs :

- La loi-cadre, qui autorise la description non exclusive des activités de chaque profession réglementée, créant une flexibilité en ce qui concerne les champs d'exercice qui se chevauchent.
- Les lois relatives aux professions de la santé, qui favorisent la collaboration entre les professions réglementées (présentes dans certaines provinces).
- L'identification de la sécurité des patients comme objectif commun à tous les organismes de réglementation.
- La communication au sein des organismes de réglementation et entre eux.

### Obstacles :

- Les différends relatifs aux territoires professionnels.
- Les lois plus anciennes qui continuent de donner la priorité aux ordonnances des médecins sans reconnaître les autres professionnels qualifiés ou les champs d'exercice qui se chevauchent.
- Les préoccupations professionnelles relatives à la responsabilité dans les contextes de groupe.
- La protection des intérêts des ordres professionnels.

*\* L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la portée de la littérature, d'analyses juridiques supplémentaires et des entrevues auprès des répondants clés. Les points présentés ont été sélectionnés en fonction des thèmes et des discussions émergeant entre les membres du comité d'experts. Les encadrés récapitulant tous les niveaux de résultats sont utilisés collectivement pour établir les recommandations.*

## Résumé des principales constatations

Il est clair que la littérature qui couvre les champs d'exercice se concentre davantage sur les interventions au niveau micro que sur les interventions aux niveaux moyen et macro, ce qui est également vrai pour la littérature qui porte sur les services de santé et sur la recherche sur les politiques en général. Bien qu'il existe d'importantes leçons à tirer de la littérature pour le niveau micro, il était stratégiquement important pour nous de mettre l'accent sur certains des facteurs fondamentaux des niveaux moyen et macro au cours des entrevues auprès des répondants clés et des discussions avec les membres du comité d'experts.

Voici les principales conclusions tirées de ces diverses sources de données probantes.

### Au niveau micro (pratique)

Voici nos conclusions :

- La collaboration est largement acceptée comme un élément essentiel à l'amélioration de la prestation des soins de santé. Par ailleurs, il a été démontré que la collaboration améliore la satisfaction des patients et la satisfaction des professionnels de la santé à l'égard de leur emploi grâce à une charge de travail partagée et à un impact positif sur le bien-être des patients.

- Les catalyseurs clés qui soutiennent les modèles de soins axés sur la collaboration pour optimiser les champs d'exercice incluent les mesures suivantes : (a) veiller à ce que tous les professionnels de la santé soient conscients du rôle des autres professionnels de la santé; (b) employer une personne désignée à la supervision des processus de gestion du changement ou désignée responsable de la gestion de l'équipe de soins de santé et de la coordination de l'ensemble des soins; (c) institutionnaliser des structures de communication régulière; et (d) fournir un espace commun aux différents types de professionnels de la santé pour qu'ils travaillent physiquement au même endroit.
- Les champs d'exercice devraient être définis en fonction des besoins des patients et de la composition de l'équipe de soins de santé, et ils devraient être directement intégrés à la réforme des programmes d'enseignement avant et après l'obtention du permis d'exercice en fonction des exigences basées sur les compétences.
- Il existe des lacunes dans la littérature concernant l'impact de l'agrément des professionnels de la santé et de la certification propre à des champs d'exercice modifiés. Or, il pourrait s'agir d'une stratégie clé pour favoriser un processus plus dynamique et mieux structuré qui prendrait en compte les aptitudes et les compétences requises par les systèmes éducatifs (l'offre) et les besoins d'une population et d'un milieu de pratique (la demande).

### Au niveau moyen (établissement)

Voici nos conclusions :

- Les modèles novateurs couronnés de succès intègrent des technologies de l'information et des communications et des systèmes de dossiers de santé électroniques.
- L'agrément de la mesure du rendement et l'évaluation pourraient jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité et dans la reddition de comptes.
- Tous les intervenants doivent s'harmoniser à tous les niveaux, en particulier pour amener les associations professionnelles et les syndicats à discuter de la meilleure façon de répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population.

### Au niveau macro (structure) : contexte d'éducation et de formation

Voici nos conclusions :

- Il a été démontré que l'enseignement interprofessionnel améliore les compétences et la collaboration entre les professionnels de la santé qui travaillent en contexte interprofessionnel, mais peu d'études ont fait le rapprochement entre l'enseignement interprofessionnel et les résultats au niveau des patients ou du système.
- L'enseignement interprofessionnel doit aller au-delà de la salle de classe et du niveau débutant, de sorte que les programmes de développement professionnel continu reflètent les changements associés à l'évolution des besoins de la population, les meilleures pratiques et les compétences et intérêts professionnels au fil du temps.

### Au niveau macro (structure) : contexte économique

Voici nos conclusions :

- La rémunération des médecins (principalement régie par des systèmes de rémunération à l'acte) effectuée de manière dissociée de celle des autres professionnels de la santé (qui sont payés par les hôpitaux ou par d'autres groupes de services de soins de santé) dissuade les approches collaboratives de soins conçues pour optimiser les champs d'exercice.
- Des solutions de rechange prometteuses aux modèles traditionnels de rémunération à l'acte comprennent des modèles de financement intégré qui ne sont pas liés à certains professionnels de la santé ou à certains contextes. Ces modèles pourraient faire appel à des paiements groupés sur l'ensemble du continuum des soins, ou à un financement en système fermé des services offerts à toute une population, ou encore à des combinaisons de diverses incitations non financières, telles que les possibilités de perfectionnement professionnel dans le but de récompenser le rendement.
- Le financement axé sur les résultats, par opposition au financement basé sur les activités, est de plus en plus fréquent dans certaines provinces et dans certains territoires. Toutefois, des réserves demeurent quant aux incitatifs aux effets pervers qui créent une *situation d'écrémage* où les populations en meilleure santé reçoivent de meilleurs soins que les populations malades, sans oublier les questions liées à la définition de mesures de résultats valides et fiables.

## Au niveau macro (structure) : contextes juridique et réglementaire

Voici nos conclusions :

- Selon l'examen de la jurisprudence, les inquiétudes quant à la portée selon laquelle la question de la responsabilité entrave la pratique collaborative pourraient être disproportionnées.
- Plusieurs provinces et territoires ont un cadre législatif commun pour les professions de la santé, ou ils se dirigent vers un tel cadre. La loi-cadre offre une plus

grande flexibilité aux champs d'exercice élargis ou qui se chevauchent.

Nous résumons dans le tableau 1 ci-dessous les obstacles perçus et comment, avec le bon plan d'action, ils peuvent devenir des catalyseurs pour l'optimisation des champs d'exercice et les modèles de soins novateurs qui y sont associés. Compte tenu de la fluidité de ces éléments, le tableau distingue les niveaux micro, moyen et macro pour décrire comment les obstacles identifiés peuvent devenir des catalyseurs en modifiant ou en contournant la structure ou la fonction.

**TABEAU 1 : OBSTACLES ET CATALYSEURS POUR LES CHAMPS D'EXERCICE OPTIMAUX DANS DES CONFIGURATIONS DE SOINS AXÉS SUR LA COLLABORATION AUX NIVEAUX MICRO, MOYEN ET MACRO**

	OBSTACLES	CATALYSEURS
MACRO	<i>Préoccupations relatives à la reddition de comptes/responsabilité des professionnels de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Éduquer les professionnels et les tribunaux</b> au sujet des changements législatifs qui tiennent compte des principes des modèles de soins partagés</li> </ul>
	<i>Besoins et exigences en matière d'éducation qui empêchent les professionnels de travailler sur un champ d'exercice complet ou optimal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Établir des stages et des résidences</b> qui favorisent les compétences interprofessionnelles</li> <li>• <b>Délivrer des titres après l'obtention du permis d'exercice</b> pour favoriser le développement continu des compétences tout au long de la carrière</li> </ul>
	Législation et règlements rigides	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Élargir l'adoption de cadres législatifs plus souples</b> qui peuvent être interprétés dans le contexte local</li> </ul>
	<i>Modèles de rémunération qui soutiennent les changements apportés aux champs d'exercice</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proposer des modes de financement de remplacement</b> (p. ex., des modes de rémunération groupés ou mixtes) pour inclure tous les professionnels de la santé et s'aligner sur les résultats escomptés</li> </ul>
MOYEN	<i>Communication entre plusieurs milieux de soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre et entretenir les <b>dossiers médicaux électroniques</b> essentiels à tous les professionnels de la santé (et aux patients) pour avoir accès en temps opportun à l'information la plus à jour sur le traitement et l'état de santé du patient</li> </ul>
	<i>Protectionnisme professionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représenter les intérêts des professions en contexte de modalités de soins axés sur la collaboration et de <b>normes interprofessionnelles/champs d'exercice qui se chevauchent</b></li> </ul>
	<i>Reddition de comptes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre plus largement en pratique des mesures du rendement collectif et une structure globale d'assurance de la qualité grâce à la participation d'<b>organismes d'agrément</b></li> </ul>
	<i>Existence de données probantes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer un suivi et une évaluation systématiques (en mettant l'accent sur les intrants et les extrants) pour estimer les coûts associés à l'introduction du changement, ainsi que le <b>rendement à long terme du capital investi</b></li> </ul>
MICRO	<i>Hiérarchies professionnelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Changer l'équipe de direction</b> : un rôle doit être désigné pour gérer les changements apportés aux champs d'exercice et aux modèles de soins</li> </ul>
	<i>Cultures professionnelles (manque de confiance et de clarté des rôles, protectionnisme des emplois, guerres de territoire, escalade des tâches)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurer le développement professionnel continu</b> pour cultiver la pensée d'équipe et établir des niveaux de confiance en ce qui concerne les compétences relatives</li> <li>• <b>Établir la vision de l'équipe</b> pour renforcer le fait que le but ultime est l'amélioration du bien-être du patient; peu importe qui fournit les soins, la qualité et l'accessibilité des services fournis priment</li> <li>• <b>Inculquer la mentalité de groupe</b> : internalisation des responsabilités partagées entre les professions de la santé</li> </ul>
	<i>Communication entre les professionnels de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmer des <b>réunions régulières</b> pour que les membres de l'équipe de soins de santé se consultent sur les stratégies de soins appropriées et sur les stratégies adéquates de résolution de problèmes; intégrer les <b>technologies de l'information et des communications</b></li> <li>• <b>Prévoir des co-occupations</b> pour que différents types de professionnels de la santé et différents services de soins de santé travaillent dans un espace partagé</li> </ul>

\* L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la portée de la littérature et des entrevues auprès des répondants clés. Les points présentés ont été sélectionnés en fonction des thèmes et des discussions émergeant entre les membres du comité d'experts.

Au-delà de la question de la transformation d'obstacles en catalyseurs, notre analyse des innovations clés liées aux champs d'exercice a révélé qu'elles ont une caractéristique commune, à savoir qu'elles contournent largement les obstacles structurels au niveau macro. Cette constatation appuie notre choix de nous concentrer d'entrée de jeu sur le contexte élargi des champs d'exercice des professionnels de la santé qui pourraient être en mesure de mieux répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population en matière de santé. Ainsi, il faut faire plus que simplement mettre en évidence ces innovations liées aux champs d'exercice. D'autres ont noté que « même si on percevait quelques lueurs d'espoir ici et là dans le système, on

observe toujours un écart important entre les améliorations potentielles et réelles » (Evans, Schneider et Barer, 2010, p. 1). De façon similaire, David Blumenthal, président du Fonds du Commonwealth, a fait valoir que « nous ne pouvons pas effectuer la réforme des soins de santé sur le dos de héros », en référence aux premiers innovateurs qui font preuve d'excellence dans un contexte qui rend généralement cette excellence difficile à atteindre. Ce qui manque dans ces exemples d'innovation, qu'ils aient été étudiés ou non dans la littérature, c'est un contexte structurel pour soutenir l'application à grande échelle des innovations à travers le pays dans le système principal de soins de santé. (Voir la 6<sup>e</sup> étude de cas, qui fournit un exemple.)

## 6<sup>E</sup> ÉTUDE DE CAS : APPLICATION À GRANDE ÉCHELLE DES INNOVATIONS

### Centres d'urgence collaboratifs (CEC), Nouvelle-Écosse

**Modèle de soins :** Dans le cadre du plan Better Care Sooner mis en place en Nouvelle-Écosse, le premier centre d'urgence collaboratif (CEC) a ouvert ses portes à Parrsboro en juillet 2011. Il y a désormais un total de huit CEC dans la province, et d'autres extensions sont en cours en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Ce modèle de soins novateur est conçu pour élargir l'accès aux services de soins de santé primaires. Les équipes de soins de santé sont composées de médecins, d'infirmières praticiennes, d'infirmières autorisées et d'ambulanciers. La structure de la pratique est unique dans sa capacité à offrir des rendez-vous le jour même ou le lendemain pour les cas urgents, des heures de travail prolongées et des services élargis, tels que les services de télésanté dirigés par des infirmières autorisées et un accès 24 heures par jour, 7 jours par semaine à des soins d'urgence.

#### Implications pour les champs d'exercice :

- En jumelant les services de soins aux besoins des patients plutôt qu'à la disponibilité des fournisseurs de soins de santé, une plus grande coordination des rôles et des processus de communication est requise entre tous les membres de l'équipe de soins de santé.

#### Catalyseurs :

- Soutien financier du gouvernement provincial.
- Appui politique conforme aux priorités globales de la province (Ross, 2010; Better Care Sooner: The plan to improve emergency care. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.)
- Infrastructures améliorées (p. ex. les systèmes de communication, les équipements médicaux, les tables d'examen et les aires d'attente).

**Points essentiels :** L'introduction des services de télésanté a été un élément clé pour résoudre la pénurie de médecins, en particulier dans les régions rurales. Au téléphone, les infirmières sont en mesure d'offrir le soutien et l'éducation nécessaires concernant les prochaines étapes à suivre pour obtenir des soins, ce qui diminue le nombre de visites de soins formelles inutiles, principalement aux services d'urgence.

Hayden, J., Babineau, J., Killian, L., Martin-Misener, R., Carter, A., Jensen, J., Zygmunt, A. (2012) Collaborative Emergency Centres: Rapid Knowledge Synthesis. Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse; Centre de ressources Cochrane de la Nouvelle-Écosse.

# Lacunes dans la recherche

Bien que nous ayons pu établir quelques conclusions probantes grâce à cet examen de la portée, celui-ci a également révélé quelques importantes lacunes en matière de recherche. Si ces lacunes étaient systématiquement étudiées en profondeur, il serait alors possible de fournir des données plus probantes aux décideurs et aux intervenants. Ces lacunes sont présentées dans l'encart ci-dessous.

## LACUNES CLÉS EN MATIÈRE DE RECHERCHE

**Au niveau micro**, nous devons en apprendre davantage sur :

- *Les analyses coûts-avantages et le rendement des investissements par rapport aux différents types de modèles de soins et de champs d'exercice exploités au niveau de la pratique; et*
- *L'impact direct des changements apportés à la pratique sur les résultats pour le patient par un examen plus rigoureux sur le plan méthodologique.*

**Au niveau moyen**, nous devons en apprendre davantage sur :

- *Les façons dont les interventions technologiques soutiennent l'optimisation des champs d'exercice et les modèles de soins novateurs et leurs conséquences longitudinales sur l'efficacité de la communication, le rapport coût-efficacité, l'accessibilité et la qualité de transition des soins; et*
- *Les approches d'évaluation et d'agrément efficaces pour déterminer les types de mesures de rendement qui fournissent au niveau de la pratique les indicateurs les plus appropriés en matière d'optimisation des champs d'exercice.*

**Au niveau macro**, nous devons en apprendre davantage sur :

- *Les contributeurs en lien avec les procédures permettant l'introduction des interventions éducatives qui optimisent les champs d'exercice avant et après l'obtention du permis d'exercice;*
- *L'impact des systèmes de rémunération de remplacement sur la situation socio-économique, le secteur de la santé et les ressources humaines; et*
- *L'impact à long terme des différents types de cadres législatifs sur les champs d'exercice optimaux et flexibles.*

Dans l'ensemble, nous avons constaté l'émergence d'un consensus sur le fait que l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé en conformité avec des modèles de soins novateurs constitue une stratégie de ressources humaines en santé prometteuse pour la transformation du système de soins de santé vers une prestation de soins collaboratifs axés sur le patient. Dans ce modèle de soins, la vision de la collaboration est axée sur le patient, et est soutenue par la communication et le développement professionnel continu. Des éléments essentiels à ce modèle sont la combinaison de la responsabilité individuelle et de celle de l'équipe de collaboration, ainsi que l'équilibre correspondant entre l'autoréglementation et l'agrément des contextes de soins de collaboration. Des rôles doivent être clairement définis au sein de l'équipe en fonction des besoins du service et de l'éventail des capacités, de la formation et de l'expérience des membres de l'équipe. Le principe fondamental en jeu consiste à harmoniser les champs d'exercice aux contextes de soins de collaboration de manière à atteindre les objectifs collectifs de l'équipe. Cette approche nécessitera une certaine flexibilité sur le plan des rôles et des champs d'exercice

des fournisseurs de soins afin que ces derniers puissent répondre aux besoins des communautés en fonction des ressources financières, des tâches et des résultats mis à la disposition de l'équipe. Les cliniciens devront être agréés et réglementés; cependant, c'est le développement des compétences qui doit être mis en avant, de sorte que les membres de l'équipe puissent effectuer des tâches pour lesquelles ils ont suivi une formation précise et pour lesquelles ils sont agréés. De même, il faudra reconnaître que bon nombre des tâches essentielles requises pour offrir des soins complets axés sur le patient n'ont pas besoin d'être effectuées par des professionnels de la santé; les patients, leur famille, les préposés aux services de soutien à la personne, les intervenants-pivots, les conseillers, les éducateurs et les défenseurs des droits des patients doivent tous jouer un rôle important.

Pour progresser vers l'objectif qui consiste à optimiser les champs d'exercice en tant que stratégie visant à améliorer les soins de santé et l'efficacité du système, nous présentons ici un ensemble de recommandations. Celles-ci ont pour but de guider les actions des décideurs, des planificateurs de soins de santé et des professionnels de la santé.

## 4. RECOMMANDATIONS

*Le comité d'experts a identifié six principaux partis qui devront collaborer pour faciliter les changements nécessaires à l'optimisation des champs d'exercice dans le but d'atteindre l'objectif de transformation du système de soins de santé. Nous proposons un système intégré de stratégies générales et de recommandations précises visant chacun des principaux partis (voir les tableaux 2 et 3 ci-dessous). Les recommandations identifient les actions qui mèneront à la création d'environnements plus flexibles et permettront ainsi l'application à grande échelle d'initiatives prometteuses relativement aux champs d'exercice optimaux et aux modèles de soins novateurs. En général, les recommandations issues de cette évaluation exigent de la part des intervenants respectifs la mise en œuvre des structures nécessaires pour soutenir les équipes de soins de santé, les établissements et les administrations régionales au cours de la transformation des systèmes actuels cloisonnés et axés sur le fournisseur vers des systèmes de soins flexibles et axés sur le patient et sur la collaboration. Bien que le cadre conceptuel et les différentes sources de données synthétisées dans cette évaluation tiennent compte des contributeurs multiniveaux, les recommandations portent explicitement sur les changements à apporter au niveau de la structure/au niveau macro pour orienter la transformation d'une manière visionnaire, à la fois systématique et flexible, de manière à ce que les besoins du patient et de la population soient à la base de modèles de soins qui optimisent l'éventail des champs d'exercice.*

Les recommandations ont été pensées pour jeter les bases d'un cadre intégratif ou d'un plan détaillé qui tient compte que (a) dans plusieurs provinces et territoires, des sommes sont déjà investies dans le but de mettre en œuvre les stratégies présentées; (b) aucune recommandation unique ne sera suffisante pour déclencher et soutenir la transformation; (c) ces changements, et a fortiori leur impact mesurable, ne se produiront pas du jour au lendemain; et (d) ces recommandations doivent être appliquées dans le cadre d'un système complexe.

Par conséquent, les recommandations doivent :

- S'appuyer sur les efforts existants ou provoquer les premiers changements là où rien n'a encore été accompli;
- Être interprétées de façon synergique entre les disciplines, les territoires administratifs et les organismes;
- Engager à la fois des actions immédiates et à long terme; et
- Refléter le fait que leur application est itérative et qu'elle devra être adaptée au fil du temps.

Le tableau 2 présente les six principales stratégies de haut niveau. Celles-ci sont ensuite détaillées au tableau 3 avec une référence aux groupes d'intervenants clés qui doivent veiller à la mise en œuvre de ces recommandations.

**TABLEAU 2 : STRATÉGIES DE HAUT NIVEAU POUR DES CHAMPS D'EXERCICE OPTIMAUX**

A.	B.	C.	D.	E.	F.
Offrir le leadership et le soutien nécessaires pour encourager l'élargissement des modèles de soins axés sur la collaboration et l'évolution des champs d'exercice, en fonction des données probantes.	Créer des systèmes de subvention, de financement, de rémunération et d'évaluation qui sont axés sur les résultats pour le patient et qui permettent la mise en œuvre de modèles de soins en collaboration.	Harmoniser les organismes de réglementation pour permettre aux professionnels de travailler en collaboration en ayant des champs d'exercice qui se chevauchent.	Établir la responsabilité grâce aux systèmes d'agrément et de mesure du rendement, qui comprennent la surveillance du rendement des investissements, au niveau de l'équipe ou de l'établissement.	Accélérer le développement de pratiques de formation avant et après l'obtention du permis d'exercice qui favorisent les soins axés sur la collaboration et qui reflètent la nature changeante des compétences requises.	Offrir le leadership nécessaire pour soutenir que la pratique axée sur la collaboration est dans l'intérêt supérieur des différentes professions représentées et que c'est dans ce contexte que travaillent la plupart des membres.

**TABLEAU 3 : STRATÉGIES DÉTAILLÉES ET RECOMMANDATIONS AUX PARTIS RESPONSABLES**

PRINCIPAL PARTI RESPONSABLE	STRATÉGIE	RECOMMANDATIONS	AUTRES INTERVENANTS/PARTENAIRES
<b>A.</b> Gouvernement fédéral	Offrir le leadership et le soutien nécessaires pour encourager l'élargissement des modèles de soins axés sur la collaboration et l'évolution des champs d'exercice, en fonction des données probantes.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un sommet national dans le but de réunir tous les intervenants pour élaborer un plan d'action sur les champs d'exercice.</li> <li>2. Concevoir une infrastructure indépendante qui fournit des données probantes (c.-à.-d. un organisme pancanadien chargé des politiques et de la planification relatives à la main-d'œuvre en santé).</li> <li>3. Allouer des fonds de recherche pour combler les lacunes en matière de données probantes dans la littérature.</li> <li>4. Mettre en place un ensemble de lignes directrices nationales et de normes de qualité pour les champs d'exercice qui se chevauchent.</li> <li>5. Promouvoir les meilleures pratiques et faciliter ultérieurement l'application à grande échelle et la durabilité des initiatives partout au pays.</li> <li>6. Soutenir le développement et la mise en œuvre continue d'une loi-cadre sur les professionnels de la santé dans les provinces et territoires.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituts de recherche en santé du Canada</li> <li>• Santé Canada</li> <li>• Comités fédéraux, provinciaux, territoriaux sur la main-d'œuvre en santé</li> <li>• Institut canadien d'information sur la santé</li> <li>• Groupes de patients</li> </ul>
<b>B.</b> Gouvernements des provinces et des territoires	Créer des systèmes de subvention, de financement, de rémunération et d'évaluation qui sont axés sur les résultats pour le patient et qui permettent la mise en œuvre de modèles de soins en collaboration.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adopter des structures de financement de remplacement pour couvrir tous les professionnels de la santé dans tous les contextes et secteurs.</li> <li>2. Entreprendre un examen des conventions collectives professionnelles et syndicales pour examiner leur impact sur les champs d'exercice des professions de la santé et pour élaborer des recommandations politiques dans le but de guider la négociation collective dans le secteur des soins de santé.</li> <li>3. Assurer la reddition de comptes en ce qui concerne les soins collaboratifs axés sur le patient par l'intermédiaire de l'agrément.</li> <li>4. Concevoir des mécanismes qui soutiennent une démarche menant à la responsabilisation de l'équipe ou de l'établissement.</li> <li>5. Soutenir à l'échelle du système l'adoption de technologies de l'information qui favorisent des champs d'exercice optimaux.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseaux locaux d'intégration des services de santé et régies régionales de la santé</li> <li>• Établissements de soins de santé</li> </ul>

PRINCIPAL PARTI RESPONSABLE	STRATÉGIE	RECOMMANDATIONS	AUTRES INTERVENANTS/ PARTENAIRES
<b>C.</b> <b>Ordres professionnels</b>	Harmoniser les organismes de réglementation pour permettre aux professionnels de travailler en collaboration en ayant des champs d'exercice qui se chevauchent.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Travailler avec les organismes nationaux d'agrément pour créer des normes nationales et des cadres de compétences qui reconnaissent la formation et les processus de renouvellement de la certification dans les domaines où les champs d'exercice se chevauchent ou évoluent.</li> <li>2. Reconnaître les certificats de compétences de pratique interprofessionnelle qui autorisent des champs d'exercice élargis. Ceux-ci sont régis par le <i>Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme</i> et par le travail du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes nationaux de certification</li> <li>• Fédérations et consortiums de réglementation pancanadiens</li> <li>• Organismes d'enseignement</li> </ul>
<b>D.</b> <b>Organismes d'agrément et Conseils de la qualité</b>	Établir la responsabilité grâce aux systèmes d'agrément et de mesure du rendement, qui comprennent la surveillance du rendement des investissements, au niveau de l'équipe ou de l'établissement.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Travailler avec les organismes nationaux d'agrément pour créer des normes nationales et des cadres de compétences qui reconnaissent la formation et les processus de renouvellement de la certification dans les domaines où les champs d'exercice se chevauchent ou évoluent.</li> <li>2. S'appuyer sur les mesures de rendement normalisées existantes pour établir des modèles de soins axés sur la collaboration.</li> <li>3. S'appuyer sur les mesures existantes pour orienter l'apprentissage continu et le développement des compétences de collaboration pour les cliniciens avant et après l'obtention du permis d'exercice.</li> <li>4. Étendre l'agrément à d'autres niveaux de prestation de services de soins de santé pour inclure des modèles de soins axés sur la collaboration. Rendre obligatoire l'agrément pour tous les organismes de prestation de services de soins de santé</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de réglementation professionnelle</li> <li>• Associations professionnelles et syndicats</li> <li>• Agrément Canada</li> <li>• Groupes de patients (Patient Voices Network)</li> <li>• Institut canadien pour la sécurité des patients</li> </ul>
<b>E.</b> <b>Organismes pour la formation avant l'obtention du permis d'exercice et la formation professionnelle continue</b>	Accélérer le développement de pratiques de formation avant et après l'obtention du permis d'exercice qui favorisent les soins axés sur la collaboration et qui reflètent la nature changeante des compétences requises.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendre obligatoire et intégrer à toutes les professions une formation interprofessionnelle basée sur les compétences de sorte que l'interprofessionnalisme soit une compétence essentielle (plutôt qu'une compétence supplémentaire ou supérieure aux compétences de débutant).</li> <li>2. Mettre au point des certificats pour les compétences avancées de pratique axée sur la collaboration.</li> <li>3. Soutenir l'apprentissage continu en vue de développer et d'améliorer les compétences en soins axés sur la collaboration.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé</li> <li>• Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé</li> <li>• Organismes de réglementation</li> </ul>
<b>F.</b> <b>Associations professionnelles et syndicats</b>	Offrir le leadership nécessaire pour soutenir que la pratique axée sur la collaboration est dans l'intérêt supérieur des différentes professions représentées et que c'est dans ce contexte que travaillent la plupart des membres.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contribuer à l'établissement de lignes directrices basées sur des données probantes pour les modèles de soins axés sur la collaboration auxquels les membres participent.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de réglementation</li> <li>• Employeurs du secteur de la santé</li> <li>• Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux</li> </ul>

Fondamentalement, nous recommandons l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé pour permettre la responsabilité collective de soins partagés qui répondent aux besoins des patients, des communautés et de la population en matière de santé. Cette stratégie permettra de garantir que le bon fournisseur offre les meilleurs soins, et que l'équipe ou l'établissement de soins de santé sont responsables de l'attribution des champs d'exercice appropriés et optimaux au sein d'une structure réglementée.

Les recommandations ci-dessus fournissent un plan d'action pour soutenir le leadership et mettre en place les champions requis pour transformer la pratique des soins de santé et améliorer les résultats dans l'ensemble du système de santé.

\* \* \*

En conclusion, sur la base de l'information recueillie auprès des répondants clés et des données probantes issues de la littérature, cette évaluation présente des arguments convaincants en faveur d'un changement de paradigme visant l'optimisation des champs d'exercice et la transformation de la façon dont les soins de santé sont fournis au Canada. Ce changement permettra de déplacer les besoins des patients au premier plan de la planification des soins de santé; d'harmoniser les contributeurs éducatifs, économiques, juridiques et réglementaires aux résultats souhaités; de récompenser les équipes et les établissements de soins de santé pour l'amélioration des processus et des résultats, tout en les

tenant responsables des rendements sous-optimaux; et de prioriser les données probantes pour éclairer la prise de décision. Les tendances épidémiologiques actuelles et la demande pour une transformation du système de soins de santé donnent au Canada l'occasion de devenir un chef de file mondial en matière d'innovation en soins de santé par l'optimisation des champs d'exercice. Nous avons confiance que les recommandations présentées dans cette évaluation fourniront une approche globale qui permettra de provoquer ce changement et ultimement d'améliorer la prestation des soins de santé pour *toute* la population canadienne.



# RÉFÉRENCES

## Références citées

- Alberta Ministry of Health. *Collaborative Practice and Education Framework for Change*, Government of Alberta, 2012. Adresse URL : <http://www.health.alberta.ca/documents/PHC-FCC-CPE-Framework.pdf>.
- Alberta Health and Wellness. *Health Professions Act: A new law for regulated health care professionals*, 2002. Adresse URL : <http://www.health.alberta.ca/documents/Health-Professions-Act.pdf>.
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
- Baranek, P. *Tour d'horizon des champs d'exercice des professions de la santé au Canada : Une question d'équilibre*, Toronto, Canada, Conseil canadien de la santé, 2005.
- Batalden P, Leah D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. At the Intersection of Health, Health Care and Policy: General Competencies and Accreditation In Graduate Medical Education. *Health Affairs*. 2002;21(5):103-111.
- Batalden P, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*. 2007;16(1):2-3.
- Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Quarterly*. 2012;90(3):421-456.
- Bourgeault I, Mulvale G. Collaborative health care teams in Canada and the USA: Confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review*. 2006;15(5):481-495.
- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(1):254-258.
- Buchan J, O'May F. *Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals*, Edinburgh, United Kingdom, Queen Margaret University College, 2000. Adresse URL : [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_4\\_2\\_07.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_07.pdf).
- Canada Health Infoway. *EMR, HER, and PHR—Why all the confusion?*, 2011. Adresse URL : <http://infowayconnects.infoway-inforoute.ca/blog/electronic-health-records/374-emr-ehr-and-phr-%E2%80%93-why-all-the-confusion/>.
- Canadian Association for People-Centred Health. 2013. Adresse URL : <http://www.capch.org/about/about-capch/#people>.
- Association canadienne des soins de santé. *Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration*, 2009. Adresse URL : [http://www.cha.ca/wp-content/uploads/2012/11/Home\\_Care\\_in\\_Canada\\_From\\_the\\_Margins\\_to\\_the\\_Mainstream\\_web.pdf](http://www.cha.ca/wp-content/uploads/2012/11/Home_Care_in_Canada_From_the_Margins_to_the_Mainstream_web.pdf).
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. *A National Interprofessional Competence Framework*, Vancouver, Canada, 2010. Adresse URL : [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf).
- Canadian Medical Association (CMA). *Roles of Physicians and Scope of Medical Practice: Future Prospects and Challenges*, 2000.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. *L'infirmière praticienne : énoncé de position*, 2006. Adresse URL : [http://www.nurseone.ca/docs/NurseOne/CNAPrimaryCareToolkit/PS\\_Nurse\\_Practitioner\\_f.pdf](http://www.nurseone.ca/docs/NurseOne/CNAPrimaryCareToolkit/PS_Nurse_Practitioner_f.pdf).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*, 2011. Adresse URL : [http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20fr/rn\\_framework\\_practice\\_2007\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20fr/rn_framework_practice_2007_f.pdf).

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Collaboration interprofessionnelle*, 2013. Adresse URL : <http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleurs-soins/collaboration-interprofessionnelle>.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Les médecins au Canada: État des programmes relatifs aux autres modes de paiement*, 2005-2006.
- College of Medical Laboratory Technologists of Ontario. *Authorized Acts*, 2013. Adresse URL : [http://www.cmlto.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1205&Itemid=658](http://www.cmlto.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1205&Itemid=658).
- College of Licensed Practical Nurses of Manitoba. *Understanding Scope of Practice*, 2011. Adresse URL : <http://www.clpnm.ca/docs/scope.pdf>.
- College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Delegation of Controlled Acts*, 2012. Adresse URL : <http://www.cpso.on.ca/policies/policies/default.aspx?ID=1554>.
- College of Registered Nurses of British Columbia. *Glossary: Scope of Practice*, 2013. Adresse URL : <https://www.crnbc.ca/Glossary/Pages/Default.aspx>.
- Conference Board of Canada. *Achieving Public Protection through Collaborative Self-regulation: Reflections for a New Paradigm*, 2007.
- Dickinson WP, Miller BF. Comprehensiveness and continuity of care and the inseparability of mental and behavior health from the patient-centred medical home. *Fam Syst Health*. 2010;28(4):348-55.
- Dinh, T., F. Bounajm. *Improving Primary Health Care through Collaboration: Briefing 3- Measuring the Missed Opportunity*, The Conference Board of Canada, 2013. Adresse URL : <http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5479>.
- Doll, R. *Patient Navigation in Cancer Care: Final Report*, Sociobehavioural Research Centre, BC Cancer Agency, 2005.
- Duckett S, Kempton A. Canadian's views and health system performance. *Healthcare Policy*. 2012;7(3):85-96.
- Evans, R., D. Schneider, M. Barer. *Productivité des ressources humaines dans le domaine de la santé : définition, mesure, importance de la mesure et public cible*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2010.
- Ordres de réglementation des professionnels de la santé de l'Ontario. *Interprofessional Collaboration*, 2013. Adresse URL : <http://www.regulatedhealthprofessions.on.ca/WHOWEARE-FRE/default.asp>.
- Gilbert JE, Green E, Lankshear S, Hughes E, Burkoski V, Sawka C. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design. *Eur J Cancer Care*. 2011;20(2):228-36.
- Hadad S, Hadad Y, Simon-Tuval T. Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries. *Eur J Health Econ*. 2013;14(2):253-265.
- Santé Canada. *Questions de soins infirmiers : Infirmières et infirmiers praticiens des soins de santé primaires*, Bureau de la politique des soins infirmiers, 2006. Adresse URL : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/nurs-infirm/2006-np-ip-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/nurs-infirm/2006-np-ip-fra.pdf).
- Conseil canadien de la santé. *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada*, Toronto, Canada, 2013.
- Professions Santé Ontario. *Modèles de programmes de formation interprofessionnelle à l'intention des fournisseurs de soins de santé de l'Ontario : examen de la portée des programmes de formation interprofessionnelle (continue ou postuniversitaire) offerts après l'inscription et présentés dans la littérature*, 2009. Adresse URL : <https://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolymakersResearchers/scoping-review-postregistration-ipc-edu-2009-fr.pdf>.
- Health Professions Council. *Scope of Practice Review*, British Columbia Ministry of Health, 2004. Adresse URL : <http://www.health.gov.bc.ca/professional-regulation/hpc/review/part-i/scope-review.html>.
- HLWI International. *Allied health professionals*, 2013. Adresse URL : [http://hlwiki.slais.ubc.ca/index.php/Allied\\_health\\_professionals](http://hlwiki.slais.ubc.ca/index.php/Allied_health_professionals).
- Health Professions Regulatory Advisory Council. *Review of a professional scope of practice under the Regulated Health Professions Act*, 2007.
- Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, 2001.

- Institute of Medicine. *Patients Charting the Course: Citizen Engagement in the Learning Health System – Workshop Summary*, Washington, United States, The National Academies Press, 2011.
- Jansen L. Collaborative and interdisciplinary health care teams: ready or not? *J Prof Nurs*. 2008;24(4):218-227.
- Kilbourne AM, Neumann MS, Pincus HA, Bauer MS, Stall R. Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. *Implement Sci*. 2007;2:42.
- Kodner, D. *ECCO—A Disruptive Health-Care Innovation Whose Time Has Come*, 2012.
- Lahey W, Currie R. Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):197-223.
- Manore, O. *La Loi canadienne sur la santé : Aperçu et options*, Parlement du Canada, Division de l'économie, 2005, CIR 94-4F.
- Mendel P, Meredith LS, Schoenbaum M, Sherbourne CD, Wells KB. Interventions in organizational and community context: a framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Adm Policy Ment Health*. 2008;35(1-2):21-37.
- Mulvale G, Bourgeault IL. Finding the right mix: How do contextual factors affect collaborative mental health care in Ontario? *Canadian Public Policy*. 2007;33(Supplement):49-64.
- Nasmith, L., P. Ballem, R. Baxter, H. Bergman, D. Colin-Thomé, C. Herbert, N. Keating, R. Lessard, R. Lyons, D. McMurchy, P. Ratner, P. Rosenbaum, R. Tamblyn, E. Wagner, et B. Zimmerman. *Comment transformer les soins offerts aux canadiens souffrant de maladie chronique : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats*, Ottawa, Canada, Académie canadienne des sciences de la santé, 2010.
- Nason, E. *The ROI in Team: Return on investment analysis framework, indicators and data for IPC and IPE*, Ottawa, Canada, Institute on Governance, 2013.
- O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. **Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health**. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(1):56-64.
- Groupe d'experts sur le rendement des investissements consentis en recherche en santé. *Créer un impact : Les Indicateurs et approches à privilégier pour mesurer le rendement des investissements consentis en recherche en santé*, Ottawa, Canada, Académie canadienne des sciences de la santé, 2009.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-140.
- Picard, E., G. B. Robertson. *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, 4<sup>th</sup> Ed., Toronto, Carswell, 2007.
- Ross, J. *Better Care Sooner: The plan to improve emergency care*, Government of Nova Scotia, 2010.
- Sidani S, Manojlovich M, Covell C. Nurse Dose: Validation and Refinement of a Concept. *Res Theory Nurs Pract*. 2010;24(3):159-71.
- Silver IL, Leslie K. Faculty Development for Continuing Interprofessional Education and Collaborative Practice. *J Contin Edu Health Prof*. 2009;29(3):172-177.
- Soroka, S. *Perceptions du public et couverture médiatique du système de santé canadien : Une synthèse*, Ottawa, Ontario, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2011.
- Taskforce on Health Care Workforce Regulation. *Reforming Health Care Workforce Regulation: Policy Considerations for the 21st Century*, Report of the New Health Professions Commission, 1995.
- Murphy GT, MacKenzie A. Using evidence to meet population health care needs: successes and challenges. *Healthc Pap*. 2013;13(2). Adresse URL : <http://www.longwoods.com/publications/healthcarepapers/23519>.
- Vancouver Island Health Authority. *Care Delivery Model Redesign (CDMR)—Phase 1 Implementation Project Plan*, Victoria, BC, Canada, VIHA, 2009.

- WA Health Networks. *Model of Care Overview and Guidelines: Ensuring people get the right care, at the right time, by the right team, and at the right place*, Government of Western Australia, 2007. Adresse URL : [http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/publications/docs/070626\\_WA\\_Health\\_Model\\_of\\_Care-overview\\_and\\_guidelines.pdf](http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/publications/docs/070626_WA_Health_Model_of_Care-overview_and_guidelines.pdf).
- Wright, J. *Checking in with Canadians and checking up on how they view their healthcare system*. Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI) 7<sup>th</sup> Annual CEO Forum 2013, Montreal, Canada.
- Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, Suisse, 2000. Adresse URL : [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf).
- World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, Geneva, Switzerland, Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health, 2010.
- World Health Organization. *Health Impact Assessment*, 2013a. Adresse URL : <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>.
- Organisation mondiale de la Santé. *Systèmes de santé : Équité*, 2013b. Adresse URL : <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>.
4. Barry A, McCarthy L, Nelson C, Pearson G. An evaluation of teaching physical examination to pharmacists. *Canadian Pharmacists Journal*. 2012;145(4):174-9.
  5. Basran JFS, Dal Bello-Haas V, Walker D, MacLeod P, Allen B, D'Eon M, et al. The Longitudinal Elderly Person Shadowing Program: Outcomes From an Interprofessional Senior Partner Mentoring Program. *Gerontology and Geriatrics Education*. 2012;33(3):302-23.
  6. Bonsall K, Cheater FM. What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(7):1090-102.
  7. Boulet LP, Dorval E, Labrecque M, Turgeon M, Montague T, Thivierge RL. Towards Excellence in Asthma Management: final report of an eight-year program aimed at reducing care gaps in asthma management in Quebec. *Can Respir J*. 2008;15(6):302-10.
  8. Brinkman K, Hunks D, Bruggencate G, Clelland S. Evaluation of a new mental health liaison role in a rural health centre in Rocky Mountain House, Alberta: a Canadian story. *Int J Ment Health Nurs*. 2009;18(1):42-52.
  9. Brown L, Tucker C, Domokos T. Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community. *Health and Social Care in the Community*. 2003;11(2):85-94.
  10. Bryant-Lukosius D, Green E, Fitch M, Macartney G, Robb-Blenderman L, McFarlane S, et al. A survey of oncology advanced practice nurses in Ontario: profile and predictors of job satisfaction. *Nurs Leadersh*. 2007;20(2):50-68.
  11. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *Clin Hypertens*. 2012;14(1):51-65.
  12. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2009;169(19):1748-55.

## Références – Littérature publiée

1. Armor BL, Britton ML, Dennis VC, Letassy NA. A review of pharmacist contributions to diabetes care in the United States. *J Pharm Pract*. 2010;23(3):250-64.
2. Aziz K, Chadwick M, Downton G, Baker M, Andrews W. The development and implementation of a multidisciplinary neonatal resuscitation team in a Canadian perinatal centre. *Resuscitation*. 2005 Jul;66(1):45-51.
3. Ball C, Cox CL. Part one: Restoring patients to health outcomes and indicators of advanced nursing practice in adult critical care. *Int J Nurs Pract*. 2003;9(6):356-67.

13. Charles G, Barring V, Lake S. What's in it for us? Making the Case for Interprofessional Field Education Experiences for Social Work Students. *Journal of Teaching in Social Work*. 2011;31(5):579-93.
14. Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care*. 2010;48(10):923-33.
15. Courtenay M, Carey N. The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2008;17(15):2001-13.
16. Cummings GG, Fraser K, Tarlier DS. Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care—An evaluation of organizational change. *Journal of Nursing Administration*. 2003;33(3):139-45.
17. D'Amour D, Goulet L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008;(8):9.
18. Djukic M, Kovner CT. Overlap of registered nurse and physician practice: implications for U.S. health care reform. *Policy Polit Nurs Pract*. 2010;11(1):13-22.
19. Dumont E, Fortin B, Jacquemet N, Shearer B. Physicians' multitasking and incentives: Empirical evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*. 2008;27(6):1436-50.
20. Dumont S, Briere N, Morin D, Houle N, Iloko-Fundi M. Implementing an interfaculty series of courses on interprofessional collaboration in prelicensure health science curriculums. *Educ Health*. 2010;23(1):395.
21. Eiser AR, Connaughton-Storey J. Experiential learning of systems-based practice: a hands-on experience for first-year medical residents. *Acad Med*. 2008;83(10):916-23.
22. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res*. 2005;54(2):74-84.
23. Farrell B, Pottie K, Haydt S, Kennie N, Sellors C, Dolovich L. Integrating into family practice: The experiences of pharmacists in Ontario, Canada. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2008;16(5):309-15.
24. Fillion L, de Serres M, Lapointe-Goupil R, Bairati I, Gagnon P, Deschamps M, et al. Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Can Oncol Nurs J*. 2006;16(1):11-7, 5-0.
25. Fry M. Literature review of the impact of nurse practitioners in critical care services. *NursCrit Care*. 2011;16(2):58-66.
26. Gable KN, Stunson MJ. Clinical pharmacist interventions on an assertive community treatment team. *Community Ment Health J*. 2010;46(4):351-5.
27. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science and Medicine*. 2009;69(5):707-15.
28. Gagliardi A, Wright F, Anderson M, Davis D. The role of collegial interaction in continuing professional development. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2007;27(4):214-9.
29. Gaines R, Missiuna C, Egan M, McLean J. Educational outreach and collaborative care enhances physician's perceived knowledge about Developmental Coordination Disorder. *Bmc Health Services Research*. 2008;24;8.
30. Harris C, Shannon R. An innovative enterostomal therapy nurse model of community wound care delivery: a retrospective cost-effectiveness analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008;35(2):169-83; discussion 84-5.

31. Hayden, J., J. Babineau, L. Killian, R. Martin-Misener, A. Carter, J. Jensen, A. Zygmunt. *Collaborative Emergency Centres: Rapid Knowledge Synthesis*, Nova Scotia Health Research Foundation, Nova Scotia Cochrane Resource Centre, 2012.
32. Hendershot E, Murphy C, Doyle S, Van-Cleaf J, Lowry J, Honeyford L. Outpatient chemotherapy administration: decreasing wait times for patients and families. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2005;22(1):31-7.
33. Higuchi KA, Hagen B, Brown S, Zieber MP. A new role for advanced practice nurses in Canada: bridging the gap in health services for rural older adults. *J Gerontol Nurs*. 2006;32(7):49-55.
34. Hooker RS, Klocko DJ, Larkin GL. Physician assistants in emergency medicine: the impact of their role. *Acad Emerg Med*. 2011;18(1):72-7.
35. Hoskins R. Evaluating new roles within emergency care: a literature review. *Int Emerg Nurs*. 2011;19(3):125-40.
36. Howard M, Trim K, Woodward C, Dolovich L, Sellors C, Kaczorowski J, et al. Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial. *J Am Pharm Assoc*. 2003;43(5):566-72.
37. Humbert J, Legault F, Dahrouge S, Halabisky B, Boyce G, Hogg W, et al. Integration of nurse practitioners into a family health network. *Can Nurse*. 2007;103(9):30-4.
38. Huston P, Hogg W, Martin C, Soto E, Newbury A. A process evaluation of an intervention to improve respiratory infection control practices in family physician offices. *Can J Public Health*. 2006;97(6):475-9.
39. Irvine D, Sidani S, Porter H, O'Brien-Pallas L, Simpson B, McGillis Hall L, et al. Organizational factors influencing nurse practitioners' role implementation in acute care settings. *Can J Nurs Leadersh*. 2000;13(3):28-35.
40. Irvine Doran DM, Baker GR, Murray M, Bohnen J, Zahn C, Sidani S, et al. Achieving clinical improvement: an interdisciplinary intervention. *Health Care Manage Rev*. 2002;27(4):42-56.
41. Isetts BJ, Brummel AR, de Oliveira DR, Moen DW. Managing drug-related morbidity and mortality in the patient-centered medical home. *Med Care*. 2012;50(11):997-1001.
42. Jensen L, Scherr K. Impact of the nurse practitioner role in cardiothoracic surgery. *Dynamics*. 2004;15(3):14-9.
43. Johnston G, Banks S. Interprofessional learning modules at Dalhousie University. *J Health Adm Educ*. 2000;18(4):407-27.
44. Kates N, Crusstolo AM, Farrar S, Nikolaou L. Counsellors in Primary Care: Benefits and Lessons Learned. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;47(9):6.
45. Kelley ML, Habjan S, Aegard J. Building capacity to provide palliative care in rural and remote communities: does education make a difference? *J Palliat Care*. 2004;20(4):308-15.
46. Kenaszchuk C, Rykhoff M, Collins L, McPhail S, van Soeren M. Positive and null effects of interprofessional education on attitudes toward interprofessional learning and collaboration. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2012;17(5):651-69.
47. Kennedy DM, Robarts S, Woodhouse L. Patients are satisfied with advanced practice physiotherapists in a role traditionally performed by orthopaedic surgeons. *Physiother Can*. 2010;62(4):298-305.
48. Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs*. 2010;18(3):127-37.
49. Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Ritchie JA, Lamothe L, Doran D. Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *J Adv Nurs*. 2012;68(7):1504-15.

50. Kisely S, Duerden D, Shaddick S, Jayabarathan A. Collaboration between primary care and psychiatric services: does it help family physicians? *Can Fam Physician*. 2006;52:876-7.
51. Kleinpell RM, Ely EW, Grabenkort R. Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review. *Crit Care Med*. 2008;36(10):2888-97.
52. Koshman SL, Charrois TL, Simpson SH, McAlister FA, Tsuyuki RT. Pharmacist care of patients with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Arch Intern Med*. 2008;168(7):687-94.
53. Kyrios M, Moulding R, Jones B. Obsessive compulsive disorder: integration of cognitive-behaviour therapy and clinical psychology care into the primary care context. *Aust J Prim Health*. 2010;16(2):167-73.
54. Lalonde L, Hudon E, Goudreau J, Belanger D, Villeneuve J, Perreault S, et al. Physician-pharmacist collaborative care in dyslipidemia management: the perception of clinicians and patients. *Res Social Adm Pharm*. 2011;7(3):233-45.
55. Lalonde L, Martineau J, Blais N, Montigny M, Ginsberg J, Fournier M, et al. Is long-term pharmacist-managed anticoagulation service efficient? A pragmatic randomized controlled trial. *Am Heart J*. 2008;156(1):148-54.
56. Laprise R, Thivierge R. Using speed dating sessions to foster collaboration in continuing interdisciplinary education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2012;32(1):24-30.
57. Latimer MA, Johnston CC, Ritchie JA, Clarke SP, Gilin D. Factors affecting delivery of evidence-based procedural pain care in hospitalized neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(2):182-94.
58. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001271.
59. Lee L, Hillier L, Stolee P, Heckman G, Gagnon M, McAiney C, et al. Enhancing dementia care: A primary care-based memory clinic. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(11):2197-204.
60. Legault F, Humbert J, Amos S, Hogg W, Ward N, Dahrouge S, et al. Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(2):168-76.
61. Lehoux P, Richard L, Pineault R, Saint-Arnaud J. Delivery of high-tech home care by hospital-based nursing units in Quebec: clinical and technical challenges. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2006;19(1):44-55.
62. Lineker SC, Bell MJ, Boyle J, Badley EM, Flakstad L, Fleming J, et al. Implementing arthritis clinical practice guidelines in primary care. *Med Teach*. 2009;31(3):230-7.
63. Lundon K, Shupak R, Reeves S, Schneider R, Mclroy JH. The Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care program: an interprofessional model for transfer of knowledge for advanced practice practitioners. *J Interprof Care*. 2009;23(2):198-200.
64. Macdonald CJ, Archibald D, Stodel EJ, Chambers LW, Hall P. Knowledge translation of interprofessional collaborative patient-oriented practice: The Working Together Project experience. *McGillJournal of Education*. 2008;43(3):26.
65. MacKay C, Davis AM, Mahomed N, Badley EM. Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *J Eval Clin Pract*. 2009;15 (1):178-83.
66. Macphee M, Suryaprakash N. First-line nurse leaders' health-care change management initiatives. *J NursManag*. 2012;20(2):249-59.
67. Malone ML, Vollbrecht M, Stephenson J, Burke L, Pagel P, Goodwin JS. Acute Care for Elders (ACE) tracker and e-Geriatrician: methods to disseminate ACE concepts to hospitals with no geriatricians on staff. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(1):161-7.

68. Manojlovich M, Sidani S, Covell CL, Antonakos CL. Nurse dose: linking staffing variables to adverse patient outcomes. *Nurs Res*. 2011;60(4):214-20.
69. Marra CA, Lynd LD, Grindrod KA, Joshi P, Isakovic A. Evaluating the labour costs associated with pharmacy adaptation services in British Columbia. *Can Pharm J (Ott)*. 2012;145(2):78-82.
70. McCulloch P, Rathbone J, Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *Br J Surg*. 2011;98(4):469-79.
71. McGillis Hall L. Nursing staff mix models and outcomes. *J Adv Nurs*. 2003;44(2):217-26.
72. McPherson K, Kersten P, George S, Lattimer V, Breton A, Ellis B, et al. A systematic review of evidence about extended roles for allied health care professionals. *J Health Serv Res Policy*. 2006;11(4):240-7.
73. Minore B, Hill ME, Kurm MJ, Vergidis D. Knowledgeable, consistent, competent care: meeting the challenges of delivering quality cancer care in remote northern communities. *Int J Circumpolar Health*. 2001;60(2):196-204.
74. Moe JS, Bailey AL, Kroeker S, Moe G. An interprofessional collaborative practice model: primary-care clinical associates at the family practice setting. *Healthc Manage Forum*. 2010;23(4):159-63.
75. Molzahn AE, Hibbert MP, Gaudet D, Starzomski R, Barrett B, Morgan J. Managing chronic kidney disease in a nurse-run, physician-monitored clinic: the CanPREVENT experience. *Can J Nurs Res*. 2008;40(3):96-112.
76. Musclow SL, Sawhney M, Watt-Watson J. The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada. *Clin Nurse Spec*. 2002;16(2):63-7.
77. Overend A, Khoo K, Delorme M, Krause V, Avanessian A, Saltman D. Evaluation of a nurse-led telephone follow-up clinic for patients with indolent and chronic hematological malignancies: a pilot study. *Can Oncol Nurs J*. 2008;18(2):64-73.
78. Parrish E, Peden A. Clinical outcomes of depressed clients: a review of current literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2009;30(1):51-60.
79. Patwardhan A, Duncan I, Murphy P, Pegus C. The value of pharmacists in health care. *Popul Health Manag*. 2012;15(3):157-62.
80. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD002213.
81. Roy D, Sylvain H. Nursing practice in family medicine groups and its interdisciplinary context. *Perspect Infirm*. 2004;2(1):16-20, 2-4, 6.
82. Rozdilsky J, Alecxu A. Saskatchewan: improving patient, nursing and organizational outcomes utilizing formal nurse-patient ratios. *NursLeadersh (Tor Ont)*. 2012;25:103-13.
83. Salgado TM, Moles R, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F. Pharmacists' interventions in the management of patients with chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27(1):276-92.
84. Sargeant J, MacLeod T, Murray A. An interprofessional approach to teaching communication skills. *J Contin Educ Health Prof*. 2011;31(4):265-7.
85. Sears NA. Design and application of a theory-based case/care management model for home care: advanced practice for nurses as care managers. *Care Manag J*. 2002;3(4):166-71.
86. Senior PA, MacNair L, Jindal K. Delivery of multifactorial interventions by nurse and dietitian teams in a community setting to prevent diabetic complications: a quality-improvement report. *Am J Kidney Dis*. 2008;51 (3):425-34.
87. Simpson SH, Johnson JA, Biggs RS, Tsuyuki RT, Investigators S. Greater effect of enhanced pharmacist care on cholesterol management in patients with diabetes mellitus: a planned subgroup analysis of the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Pharmacotherapy*. 2004;24(3):389-94.

88. Strout TD, Lancaster K, Schultz AA. Development and implementation of an inductive model for evidence-based practice: A grassroots approach for building evidence-based practice capacity in staff nurses. *Nurs Clin North Am*. 2009;44(1):93-102, xi.
89. Sullivan-Bentz M, Humbert J, Cragg B, Legault F, Laflamme C, Bailey PH, et al. Supporting primary health care nurse practitioners' transition to practice. *Can Fam Physician*. 2010;56(11):1176-82.
90. Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Adler R, Cruickshank C. Evaluation of a changed model of care delivery in a Canadian Province using outcome mapping. *Int J Health Plann Mgmt*. 2012.
91. Thompson P, Lang L, Annells M. A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. *J Clin Nurs*. 2008;17(11):1419-27.
92. vanSoeren MH, Micevski V. Success indicators and barriers to acute nurse practitioner role implementation in four Ontario hospitals. *AACN Clin Issues*. 2001;12(3):424-37.
93. Wakefield DS, Ward MM, Loes JL, O'Brien J, Sperry L. Implementation of a telepharmacy service to provide round-the-clock medication order review by pharmacists. *Am J Health Syst Pharm*. 2010;67(23):2052-7.
94. Wheeler D, Stoller J. Teamwork, teambuilding and leadership in respiratory and health care. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*. 2011;47(1):6-11.
95. Wilson S, Bremner A, Hauck Y, Finn J. The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc*. 2011;9(2):97-125.
96. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD000072.

## Références – Littérature grise

97. Beazoglou, T., J. Brown, S. Ray, L. Chen, V. Lazar. *An economic study of expanded duties of dental auxiliaries in Colorado*, 2009.
98. Besner, J., J. Drummond, N. D. Oelke, R. McKim, R. Carter. *Optimizing the practice of registered nurses in the context of an interprofessional team in primary care*, 2011.
99. Besner, J., J. Lait. *Creating enticing environments for teaching & learning*, 2011.
100. Blash, L., C. Dower, S. Chapman. *Southcentral Foundation—Nuka Model for Care Provides Career Growth for Frontline Staff*, Centre for the Health Professions at UCSF, 2011.
101. Blash, L., S. Chapman, C. Dower. *DFD Russell Medical Centers—Engaging Medical Assistants in Quality Improvement Efforts*, 2011.
102. Bonin, J.-P., M. Lavoie-Tremblay, A. Lesage, N. Ricard, C. Briand, M. Perreault, M. Piat, H. Racine, F. Dubé, H. Fradet, D. Bastien, A. Delorme, A. Lemieux, A. Luyet, D. Gauthier, D. Forti. *Optimisation de la collaboration avec les familles et les organismes communautaires au sein des transformations en santé mentale*, 2012.
103. Bridging Relationships Across Interprofessional Domains (BRAID). *Final BRAID project report*, 2009.
104. British Columbia Academic Health Council. *Seamless care: An interprofessional education project for innovative team-based transition care*, 2008.
105. Browne, G., S. Birch, L. Thabane. *De meilleurs soins: une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé*, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012.
106. Buckley, M., J. Laursen, V. Otarola. *Strengthening physician-nurse partnerships to improve quality and patient safety*, 2009.

107. Canada Health Infoway. *The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care*, 2013.
108. Davidson, L., A. Aiken, C. Donnelly. *Learning about Patient Safety through an Interprofessional Lens*. Canadian Patient Safety Institute, 2008.
109. Doran, D., L. O'Brien-Pallas, J. Hiroz, D. Laporte. *An evaluation of communication practices in Ontario family health teams (FHT)*, 2009.
110. Gartner, Inc. *Telehealth Benefits and Adoption Connecting People and Health care professionals Across Canada*, 2011.
- 111-113. Conseil canadien de la santé. *Bien faire les choses : Études de cas de bonne gestion des maladies chroniques par des équipes de soins de santé primaires*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2009.
114. Health Systems and Workforce Research Unit of Alberta Health Services. *Creating collaborative practice & learning environments (CP&LE Project)*, 2011.
115. Johnston, J., E. Tata, J. Medves, J. Van Dijk, M. Saxe-Braithwaite, M. Edgelow. *Formation interprofessionnelle en Ontario (automne 2008 – hiver 2009)*, 2009.
116. Kerr, M. S., G. L. Rodger, H. Laschinger, G. Hepburn, M. M. Leclerc, J. Gilbert, G. Murray, L. O'Brien-Pallas. *Adopting a common nursing practice model across a recently merged multi-site hospital*, 2011.
117. Newhouse, R. P., J. Stanik-Hutt, K. M. White, M. Johantgen, E. B. Bass, G. Zangaro, R. F. Wilson, L. Fountain, D. M. Steinwachs, L. Heindel, J. P. Weiner. *Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: A systematic review*, 2011.
118. Professions Santé Ontario. *Le point sur le Projet pilote des infirmières autorisées – premiers assistants en chirurgie*, 2009.
119. Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. « Réorganiser le travail pour rendre à la population les services dont elle a besoin », *Santé Québec*, 2012.
120. Suter, E., L. Taylor, N. Arthur, M. Clinton. *Creating an interprofessional learning environment through communities of practice: An alternative to traditional preceptorship—Final report*, 2008.
121. Suter, E., S. Deuschlander. *Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions?*, 2010.
122. Tomblin Murphy, G., R. Alder, A. MacKenzie, J. Rigby. *Model of care initiative in Nova Scotia (MOCINS): Final evaluation report*, 2010.
123. Tomblin Murphy, G., A. Mackenzie. *Using Evidence to Meet Population Health Care Needs: Successes and Challenges*, 2013.
124. Trojan, L., G. D. Armitage. *Evaluation report: System-wide case management*, 2009.
125. White, D., K. Jackson, J. Besner, E. Suter, D. Doran, L. M. Hall, K. Parent. *Enhancing nursing role effectiveness through job redesign*, 2009.



# APPENDICES

## Appendice 1 : Liste des acronymes

<b>AFMC</b>	Association des facultés de médecine du Canada	<b>MO</b>	Médecin omnipraticien
<b>AFISS</b>	Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé	<b>CCS</b>	Conseil canadien de la santé
<b>ACSS</b>	Académie canadienne des sciences de la santé	<b>RHS</b>	Ressources humaines en santé
<b>ACRSPS</b>	Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé	<b>CCRPS</b>	Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
<b>BVCS</b>	Bibliothèque virtuelle canadienne de la santé	<b>TIC</b>	Technologies de l'information et des communications
<b>FCSII</b>	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers	<b>CIP</b>	Collaboration interprofessionnelle
<b>RCRHS</b>	Réseau canadien sur les ressources humaines en santé	<b>FIP</b>	Formation interprofessionnelle
<b>FCRSS</b>	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	<b>IAA</b>	Infirmière auxiliaire autorisée
<b>ICIS</b>	Institut canadien d'information sur la santé	<b>MSSLD</b>	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
<b>IRSC</b>	Instituts de recherche en santé du Canada	<b>TRM</b>	Technologue en radiation médicale
<b>CINAHL</b>	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature	<b>IP</b>	Infirmière praticienne
<b>AMC</b>	Association médicale canadienne	<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>AIIC</b>	Association des infirmières et infirmiers du Canada	<b>AM</b>	Auxiliaire médical
<b>DPC</b>	Développement professionnel continu	<b>IA</b>	Infirmière autorisée
<b>OMCO</b>	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	<b>RNAO</b>	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
<b>ERIC</b>	Educational Resources Education Center	<b>IPA</b>	Infirmière psychiatrique autorisée
		<b>CE</b>	Champ d'exercice

**Appendices** – Tous les autres appendices sont accessibles dans le site Web de l'ACSS au <http://www.caahs-acss.ca/fr/completed-projects/>