



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

RÉSUMÉ

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).

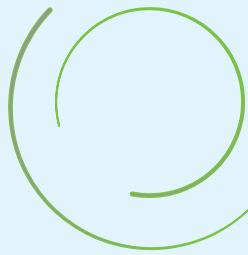
Publié en 2014 par l'Académie canadienne
des sciences de la santé,
180, rue Elgin, bureau 1403,
Ottawa (Ontario) K2P 2K3 Canada

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'Institute of Medicine 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^r J. Lloyd Michener, Professeur et président, Département de santé communautaire et de médecine familiale, et professeur clinique, École de sciences infirmières, Université Duke

D^{re} 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^{re} 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^r Richard Reznick, Doyen, Faculté des sciences de la santé, Université Queen's

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 & 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 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

Université McGill



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 de l'évaluation 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 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 l'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 examinateurs 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

THE CANADIAN ACADEMY OF HEALTH SCIENCES	IV
EXECUTIVE SUMMARY	3
INTRODUCTION	12
Outline of the Assessment Report.....	18
1. WHY FOCUS ON SCOPES OF PRACTICE?	19
What is the problem we are trying to address?.....	19
Rationale for Investigating Scopes of Practice.....	19
The Various Meanings of <i>Scope of Practice</i>	21
The Politics of Scopes of Practice.....	26
Conceptual Framework.....	28
2. METHODOLOGICAL APPROACH	31
Overview of the Scoping Review Process.....	32
Overview of the Key Informant Interviews.....	35
3. KEY FINDINGS	37
A. Micro (Practice) Level Interventions.....	38
B. Meso (Institution) Level Interventions.....	49
C. Macro (Structure) Level: Educational Interventions.....	58
D. Macro (Structure) Level: Economic Interventions.....	62
E. Macro (Structure) Level: Legal and Regulatory Interventions.....	68
4. RECOMMENDATIONS	84
APPENDICES	100
FUTURE OF CANADA'S HEALTHCARE SYSTEM – QUESTION TO BE ADDRESSED	102
THE SITUATION	102
POTENTIAL SCOPE	104
TENTATIVE WORKPLAN	105

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.....	0
Étude de cas 2 : Modèle de soins partagés, Programme de santé mentale de la Hamilton Family Health Team (PSM-HFHT); Ontario.....	0
Étude de cas 3 : « Modèle dirigé par les infirmières », cliniques de soins rapides; Manitoba	0
Étude de cas 4 : Intégration des dossiers médicaux électroniques, Group Health Centre de Sault Ste. Marie; Ontario	0
Étude de cas 5 : Évaluation et surveillance intégrées, Clinique familiale Taber; Alberta	0
Étude de cas 6 : Mise en application à grande échelle des innovations, centres d'urgence collaboratifs (CEC); Nouvelle-Écosse.....	0

Figures

Figure 1 : Modèle <i>Triple Aim</i> (objectif triple)	0
Figure 2 : Relation entre les champs d'exercice et les modèles de soins	0
Figure 3 : Cadre conceptuel	0
Figure 4 : Aperçu des participants aux entrevues avec les répondants clés	0
Figure 5 : Aperçu des interventions issues de la littérature.....	0
Figure 6 : Type d'intervention étudiée dans la littérature sur l'intervention.....	0
Figure 7 : Méthodologie des études dans la littérature sur l'intervention.....	0
Figure 8 : Littérature sur l'intervention selon le secteur de soins.....	0
Figure 9 : Littérature sur l'intervention selon la profession	0
Figure 10 : Résultats au niveau des patients.....	0
Figure 11 : Résultats au niveau des professionnels de la santé.....	0
Figure 12 : Résultats au niveau du système	0

Tableaux

Tableau 1 : Obstacles et catalyseurs aux niveaux micro, moyen et macro	0
Tableau 2 : Stratégies de haut niveau pour des champs d'exercice optimaux.....	0
Tableau 3 : Stratégies et recommandations détaillées selon les intervenants.....	0

Appendices

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 1 : Liste des acronymes.....	0
Appendice 2 : Prospectus original.....	0
Appendice 3 : Glossaire.....	0
Appendice 4 : Biographies de l'équipe d'évaluation.....	0
Appendice 5 : Lignes directrices concernant l'épuration	0
Appendice 6 : Professions de la santé incluses	0
Appendice 7 : Stratégie de recherche	0
Appendice 8 : Liste des organisations ciblées pour la recherche de littérature grise.....	0
Appendice 9 : Tableau résumé de la recherche documentaire	0
Appendice 10 : Outil de recherche documentaire	0
Appendice 11 : Liste des répondants clés.....	0
Appendice 12 : Approbation éthique de l'Université d'Ottawa	0
Appendice 13 : Lettre d'information et formulaire de consentement pour les entrevues auprès des répondants clés.....	0
Appendice 14 : Guide sur les entrevues semi-structurées auprès des répondants clés.....	0
Appendice 15 : Schéma de codage NVivo	0
Appendice 16 : Aperçu de la littérature sur les interventions relatives aux champs d'exercice.....	0
Appendice 17 : Types de mécanismes de financement.....	0



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

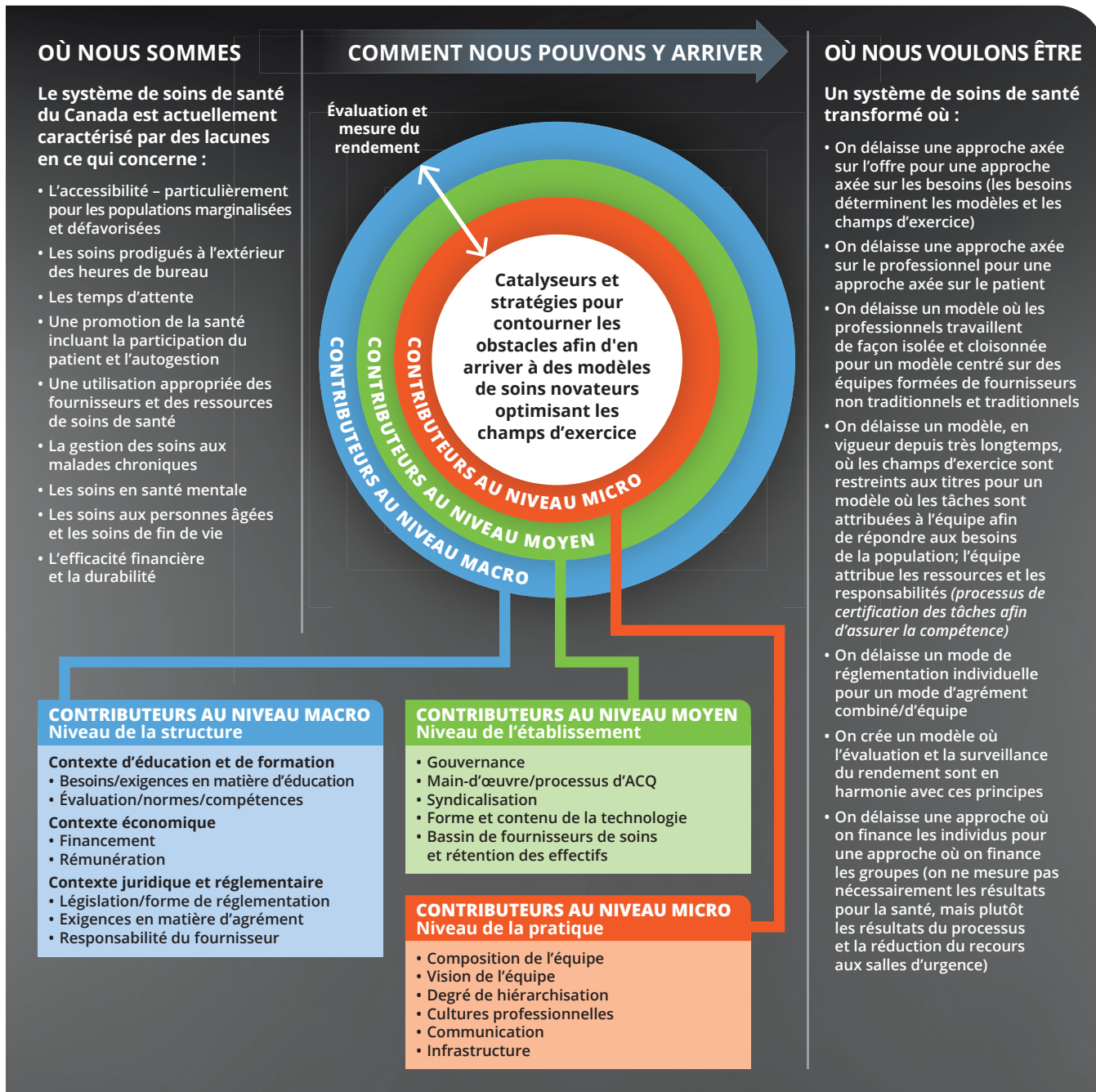
En se basant sur le modèle *Triple Aim Plus* (objectif triple) du Conseil canadien de la santé, qui englobe une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur dans une optique d'équité en santé, l'équipe du projet a entrepris un processus systématique visant à déterminer des approches prometteuses liées à 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 de l'évaluation permettant de définir systématiquement la littérature existante liée aux champs d'exercice et provenant de sources publiées et non publiées, (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 des moyens par lesquels 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 des champs d'exercice appropriés et optimaux au sein d'une structure réglementée.

Les conclusions de l'examen de la portée de l'évaluation 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 l'appui de 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 responsabilité des professionnels de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Éduquer les professionnels et les tribunaux au sujet des changements législatifs qui reconnaissent les principes des modèles de soins partagés
	<i>Besoins et exigences en matière d'éducation</i> qui empêchent les professionnels de travailler sur un champ d'exercice complet ou optimal	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des stages et des résidences qui favorisent les compétences interprofessionnelles • Délivrer des titres après l'obtention du permis d'exercice pour favoriser le développement continu des compétences tout au long de la carrière
	Législation et règlements rigides	<ul style="list-style-type: none"> • Élargir l'adoption de cadres législatifs plus souples qui peuvent être interprétés dans le contexte local
	<i>Modèles de paiement qui ne supportent pas les changements dans les champs de pratique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer des modes de financement de remplacement (p. ex., des modes de rémunération groupés ou mixtes) pour inclure tous les professionnels de la santé et être en harmonie avec les résultats escomptés
MOYEN	<i>Communication entre plusieurs milieux de soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre et entretenir les dossiers médicaux électroniques 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
	<i>Protectionnisme professionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Représenter les intérêts des professions en contexte de modalités de soins axés sur la collaboration et de normes interprofessionnelles/champs d'exercice qui se chevauchent
	<i>Responsabilité</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre plus largement en pratique des mesures du rendement collectif et une structure globale d'assurance de la qualité grâce à la participation d'organismes d'agrément
	<i>Existence de données probantes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 rendement à long terme du capital investi
MICRO	<i>Hiérarchies professionnelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Changer l'équipe de direction : un rôle doit être désigné pour gérer les changements apportés aux champs d'exercice et aux modèles de soins
	<i>Cultures professionnelles</i> (manque de confiance et de clarté des rôles, protectionnisme des emplois, guerres de territoire, escalade des tâches)	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le développement professionnel continu pour cultiver la pensée d'équipe et établir des niveaux de confiance autour des compétences relatives • Établir la vision de l'équipe 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 • Inculquer la mentalité de groupe : internalisation des responsabilités partagées entre les professions de la santé
	<i>Communication entre les professionnels de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Programmer des réunions régulières 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 technologies de l'information et des communications • Prévoir des co-occupations pour que différents types de professionnels de la santé et différents services de soins de santé fonctionnent dans un espace partagé

*L'encadré récapitulatif ci-dessus a été préparé à partir des données issues de l'examen de la littérature sur la portée de l'évaluation 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 autour de champs d'exercice optimaux et de modèles de soins novateurs. Au-delà de la question de la transformation d'obstacles en catalyseurs, notre analyse des innovations liées aux champs d'exercice a révélé une caractéristique commune de ces 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 des données probantes et 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 reconnaît 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 responsabilité interreliés : d'une part, un modèle de réglementation qui assure la compétence du professionnel de la santé et d'autre part, un modèle

de responsabilisation 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. Affecter 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 législation réglementaire 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 en harmonie avec les besoins des patients.

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 responsabilisation 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 responsabilisation 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 les modèles de pratique de soins axés sur la collaboration qui peuvent répondre aux besoins des professions représentées (changement dans la structure originale) 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 autour des champs d'exercice et des 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 responsabilité 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 responsabilité 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.