



CIRANO

Allier savoir et décision

UNE MEILLEURE RÉPARTITION DES ACTIVITÉS ENTRE LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ : ÉTAT DE LA SITUATION, CONTRAINTES ET FACILITANTS

Roxane Borgès Da Silva
Marie-Claire Ishimo
Régis Blais
Marjolaine Hamel
Carl-Ardy Dubois

2021RP-22
RAPPORT DE PROJET



Les rapports de projet (RP) sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not destined for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires corporatifs – Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Énergir
Hydro-Québec
Innovation, Sciences et Développement économique Canada
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie Canada
Ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation
Ministère des finances du Québec
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Rio Tinto
Ville de Montréal

Partenaires universitaires – Academic Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web. CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.

© Avril 2021. Roxane Borgès Da Silva, Marie-Claire Ishimo, Régis Blais, Marjolaine Hamel, Carl-Ardy Dubois. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not necessarily represent the positions of CIRANO or its partners.*

UNE MEILLEURE RÉPARTITION DES ACTIVITÉS ENTRE LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ : ÉTAT DE LA SITUATION, CONTRAINTES ET FACILITANTS

Roxane Borgès Da Silva¹, Marie-Claire Ishimo², Régis Blais³, Marjolaine Hamel⁴ et Carl-
Ardy Dubois⁵

RÉSUMÉ

L'organisation des services de santé québécois repose sur un ensemble de travailleurs de la santé appelés à collaborer pour répondre aux besoins de santé de la population. Le partage d'activités relatives aux soins et une meilleure utilisation des ressources sont vus par plusieurs comme faisant partie de la solution pour remédier aux problèmes d'efficience des systèmes de soins.

S'appuyant sur des entrevues avec des intervenants clés, l'étude que nous avons réalisée fait le point sur l'état actuel du partage d'activités relatives aux soins entre les médecins, les infirmières et les préposés aux bénéficiaires et en dégage les facteurs environnementaux qui influencent la répartition des activités entre eux. Les résultats démontrent que, malgré des avancées majeures ces dernières années, le partage d'activités entre ces travailleurs de la santé présente des lacunes et que le déploiement des pratiques infirmières n'est pas optimal. Les principales contraintes organisationnelles se situent au niveau des rôles, des structures et de la nomenclature complexe pour la profession infirmière, de la méconnaissance des compétences associées aux différents types de travailleurs, des difficultés d'intégration de certaines ressources et d'un manque d'encadrement et de soutien à réaliser les activités à partager.

L'étude cerne également les activités relatives aux soins ayant le potentiel d'être transférées ou déléguées dans le contexte actuel des milieux de soins qui vivent des pénuries relatives de main d'œuvre, ainsi que les conditions et les stratégies favorisant l'implantation de ces façons de faire. Finalement, elle apporte des éléments de réflexion sur la portée et les gains pour le système de santé des nouveaux scénarios organisationnels associés à un partage d'activités plus efficient. Les bénéfices se situent principalement (1) au niveau des travailleurs de la santé, accroissant leur motivation et satisfaction, (2) au niveau organisationnel en favorisant la collaboration

¹ PhD, Professeure agrégée Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique Université de Montréal, CIRANO

² PhD, Professionnelle de recherche, CIRANO

³ PhD, Professeur titulaire Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique, Université de Montréal

⁴ Professionnelle de recherche, CIRANO

⁵ PhD, Professeur titulaire Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique, Université de Montréal, CIRANO

interdisciplinaire et en optimisant les ressources en place, (3) au niveau des soins en augmentant la complémentarité, l'accessibilité et la continuité et, (4) au niveau du système en le rendant plus performant dans sa capacité de répondre aux besoins des patients.

Mots clés : Travailleurs de la santé, partage d'activités, compétences, champ d'exercice

Codes JEL : I110

ABSTRACT

The organization of Quebec's health care services is based on a group of health care workers called upon to collaborate in order to meet the health needs of the population. Sharing care activities and making better use of resources are seen by many as part of the solution to the problems of efficiency in the health care system.

Based on interviews with key stakeholders, this study examines the current state of shared care activities among physicians, nurses and orderlies and identifies the environmental factors that influence the distribution of activities among them. The results show that, despite major advances in recent years, there are gaps in the sharing of activities between these health care workers and that the deployment of nursing practices is not optimal. The main organizational constraints are related to the roles, structures and complex nomenclature of the nursing profession, the lack of knowledge of the competencies associated with the different types of workers, difficulties in integrating certain resources, and a lack of supervision and support to carry out the shared activities.

The study also identifies the care-related activities that have the potential to be transferred or delegated in the current context of care environments experiencing relative labour shortages, as well as the conditions and strategies that promote the implementation of these ways of doing things. Finally, it provides elements for reflection on the scope and gains for the health system of new organizational scenarios associated with more efficient activity sharing. The benefits are mainly at the level of (1) healthcare workers, increasing their motivation and satisfaction, (2) the organizational level by promoting interdisciplinary collaboration and optimizing existing resources, (3) the level of care by increasing complementarity, accessibility and continuity, and (4) the level of the system by making it more efficient in its ability to meet patients' needs.

Keywords : Health workers, Skill, Skill mix, Scope of practice

Codes JEL : I110

Liste des abréviations

AMQ : Association médicale du Québec

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux CLSC :

Centre local de services communautaires

CMQ : Collège des médecins du Québec

DSI : Direction des soins infirmiers

DSP : Direction des services professionnels

GMF : Groupe de médecine de famille

FIQ : Fédération interprofessionnelle du Québec

FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec

FPPBQ : Fédération professionnelle des préposés aux bénéficiaires du Québec

IA : Infirmière auxiliaire

IC : Infirmière clinicienne

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

IT : Infirmière technicienne

MD : Médecin

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIAQ : Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PAB : Préposé aux bénéficiaires

CONTENU

Introduction.....	1
1. Objectifs.....	3
2. Définitions et concepts.....	4
3. Méthodologie	5
Devis	5
Collecte des données.....	5
Traitement des informations et analyse	7
Considérations éthiques.....	7
4. Résultats.....	8
4.1 Cadre de référence sur le partage d'activités en milieu de soins	8
4.2 État de la situation du partage d'activités en milieux de soins.....	10
4.2.1 Environnement de pratique	10
4.2.2 Enjeux organisationnels associés au partage d'activités.....	13
4.2.3 Contraintes/barrières au partage d'activités	17
4.3 Activités à partager des activités entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB	20
4.4 Conditions favorables au partage d'activités	25
4.5 Stratégies et outils favorisant le partage d'activités	27
4.6 Gains potentiels du partage d'activités.....	28
5. Discussion	29
Conclusion	32
Références.....	34
Annexe A : Guide d'entrevue	36
Annexe B : Certificat éthique.....	38

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1 Description des répondants	6
Tableau 2 Contraintes/barrières au partage des activités	19
Tableau 3 Activités relatives aux soins à partager entre les médecins et les infirmières*	21
Tableau 4 Activités relatives aux soins à partager entre les infirmières IPS, IC, IT, IA *	22
Tableau 5 Activités relatives aux soins à partager entre les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires*	23
Tableau 6 Activités à ne pas partager*	23
Tableau 7 Conditions favorisant le partage d'activités *	25
Figure 1 Cadre de référence sur le partage des activités entre les médecins, les infirmières (IPS, IC, IT, IA) et les préposés aux bénéficiaires	9

INTRODUCTION

De nombreuses études ont démontré que l'efficacité des services de santé est une condition essentielle pour répondre aux besoins des patients et plus particulièrement des malades chroniques (Bodenheimer *et al.* 2002, Starfield *et al.* 2005, Déry, D'Amour *et al.* 2017). Dans plusieurs pays occidentaux, cette efficacité est compromise notamment par l'accès mitigé aux soins de santé primaires, la pénurie de certains types de travailleurs de la santé, l'utilisation non optimale des prestataires de services ou encore des conditions de pratique qui ne favorisent pas la collaboration (Buchan 1999, Starfield *et al.* 2005, Dubois et Singh 2009, Hutchison *et al.* 2011, Appleby *et al.* 2015, Chandra et Staiger 2016). Pour les patients, ces problèmes peuvent entraîner des conséquences indésirables telles que des visites à l'urgence et des hospitalisations évitables (McCusker *et al.* 2012).

Pour remédier à ces problèmes d'efficacité, que ce soit du côté de l'offre (ex. : utilisation sous-optimale de ressources financières, humaines ou matérielles) ou de la demande (ex. : temps d'attente), plusieurs pays ont misé sur une meilleure utilisation des ressources humaines en santé et sur le partage des activités (*skill mix*) entre les travailleurs de la santé, plus particulièrement entre médecins et infirmières (Midy 2003, Buchan et Calman 2005, Bourgeault, *et al.* 2008).

Le partage des activités dans le domaine de la santé se définit comme le partage entre les travailleurs de la santé des activités nécessaires à la production de services de santé qui peuvent être réparties entre eux sans compromettre la qualité des soins (Buchan *et al.* 2001). Le partage des activités d'un travailleur avec un autre travailleur plus disponible et ayant une rémunération moins élevée permet de réduire les coûts de santé et d'améliorer l'accessibilité des services tout en optimisant l'utilisation de la main-d'œuvre à la hauteur des compétences de chacun (Buchan 1999). La littérature scientifique internationale indique que le partage de certaines activités permet ainsi d'améliorer l'efficacité des services de santé sans compromettre la qualité des soins (Olsen *et al.* 2010).

Quelques études réalisées hors du Canada présentent des preuves empiriques de l'efficacité de partager des activités entre les travailleurs de la santé pour améliorer l'efficacité des soins et services de santé, notamment les soins de santé primaires. La revue systématique réalisée par

Laurant (2018) a identifié 18 essais randomisés évaluant l'impact des infirmières travaillant comme substituts aux médecins. Selon Laurant, « les soins primaires dirigés par une infirmière peuvent entraîner un peu moins de décès chez certains groupes de patients que les soins dirigés par un médecin. Les résultats de la tension artérielle sont probablement légèrement améliorés dans les soins primaires dirigés par une infirmière. La satisfaction des patients est probablement un peu plus élevée dans les soins primaires dirigés par une infirmière (preuve modérée et certaine) ». (Laurant *et al.* 2018). En revanche, ce domaine de recherche reste largement inexploré, particulièrement au Québec (Sibbald *et al.* 2004).

Au Québec, nous disposons d'un encadrement légal qui définit le champ d'exercice des travailleurs de la santé et les activités réservées à chacune des professions. (OIIQ 2016). De nombreuses activités réalisées par les médecins (MD), les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), les infirmières cliniciennes (IC), les infirmières techniciennes (IT), les infirmières auxiliaires (IA) et les préposés aux bénéficiaires (PAB) peuvent être partagées entre eux. Pour accroître l'efficacité du système de santé, il est possible d'améliorer la répartition de ces activités entre ces travailleurs de la santé selon les différents milieux de soins et les besoins organisationnels (disponibilité de ressources humaines et technologiques).

L'étude que nous avons réalisée fait le point sur l'état du partage d'activités relatives aux soins entre les médecins, les infirmières (IPS, IC, IT, IA) et les PAB et en dégage les facteurs environnementaux qui influencent la répartition des activités entre eux. Elle précise également les activités méritant d'être partagées dans le contexte actuel des milieux de soins, ainsi que les conditions et les stratégies favorisant l'implantation de ces nouvelles façons de faire. Finalement, elle apporte des éléments de réflexion sur la portée et les gains pour le système de santé des nouveaux scénarios organisationnels associés à un partage d'activités plus efficient.

1. OBJECTIFS

Cette étude a pour objectif d'explorer les types d'activités pouvant être partagées entre les médecins, les infirmières (IPS, IC, IT, IA) et les PAB sans compromettre la qualité des soins. Elle vise également à déterminer les modalités et les conditions du partage des activités entre ces travailleurs de la santé.

Plus spécifiquement, l'étude a pour objectifs de :

- (1) faire l'état de la situation du partage d'activités relatives aux soins entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB qui œuvrent en milieu hospitalier et en première ligne, et identifier les facteurs limitants ;
- (2) identifier les activités qui pourraient être transférées ou déléguées, et déterminer les catégories de travailleurs de la santé (IPS, IC, IT, IA, PAB) qui pourraient réaliser ces activités ;
- (3) déterminer les conditions favorables au partage d'activités ;
- (4) identifier les stratégies et les outils permettant de partager les activités à transférer ou déléguer ;
- (5) identifier les gains pour le système de santé des scénarios organisationnels associés à un partage d'activités professionnelles plus efficient.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons élaboré un cadre de référence sur le partage d'activités relatives aux soins à partir de la vision des gestionnaires, des professionnels et des PAB. Cet exercice a permis de mettre en lumière les facteurs environnementaux liés aux pratiques professionnelles et d'en dégager les barrières et les enjeux organisationnels.

2. DÉFINITIONS ET CONCEPTS

Le partage des activités dans le domaine de la santé se définit comme la répartition entre les travailleurs de la santé des activités nécessaires à la production de services de santé sans compromettre la qualité des soins et services (Buchan *et al.* 2001). Tenant compte du champ d'exercice et de compétences de chacune des professions, on cherche à optimiser les ressources en partageant les activités relatives aux soins entre les différentes catégories de travailleurs de la santé et en en assurant la complémentarité. Dans le cadre de cette étude, le partage des activités concerne les médecins, les infirmières (IPS, IC, IT, IA) et les préposés aux bénéficiaires. Les activités ciblées sont directement liées aux soins médicaux et infirmiers offerts au patient qui peuvent être déléguées ou transférées.

L'utilisation du terme *activité* renvoie à un ensemble de tâches ou de gestes posés par un type de travailleur de la santé (MD, IPS, IC, IT, IA, PAB) pour rendre un service. Pour les professionnels de santé, les activités sont définies par le champ d'exercices propre à chacune des professions auxquelles est rattachée une responsabilité professionnelle. Les tâches sont des actions spécifiques pouvant être réalisées par plusieurs intervenants. Le transfert et la délégation ont des implications différentes. Lorsqu'une activité est transférée d'un travailleur de la santé à un autre, la responsabilité associée à l'activité est également transférée. Par exemple, une infirmière détentrice du permis de prescription peut prescrire des médicaments dans certaines conditions. L'activité de prescription est donc transférée du médecin à l'infirmière, et la responsabilité associée à cette activité revient à l'infirmière et non plus au médecin. La délégation d'activité, par contre, correspond à un transfert d'activité sans transfert de la responsabilité associée.

3. MÉTHODOLOGIE

Devis

Cette étude exploratoire s'appuie sur un devis de recherche qualitatif. Les informations ont été recueillies auprès d'acteurs clés du réseau des services de santé québécois réputés détenir l'information recherchée dans cette étude. Les stratégies de collecte et d'analyse que nous avons privilégiées ont permis de colliger l'information recherchée sur les activités pouvant être partagées entre les médecins, infirmières et préposés aux bénéficiaires. Elles ont aussi favorisé l'émergence d'informations complémentaires et pertinentes permettant d'établir le cadre de référence sur lequel s'appuie le partage des activités et de contextualiser les résultats de cette étude.

Collecte des données

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées auprès de 33 répondants (tableau 1). Un premier groupe de 10 répondants comprend des décideurs et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux des niveaux provincial (Ministère de la Santé et des Services sociaux et ordres professionnels) et local (directeurs des services professionnels et des soins infirmiers et gestionnaire de clinique). Ces acteurs clés ont été sélectionnés sur la base de leurs connaissances sur le système de santé et plus particulièrement sur l'organisation des professions médicales et infirmières. L'information recueillie auprès de ces répondants a notamment permis de déterminer les conditions dans lesquelles les travailleurs de la santé peuvent déléguer ou transférer certaines activités.

Un second groupe de 23 répondants est composé de travailleurs de la santé directement impliqués dans les soins et services. Il se compose de médecins, d'infirmières (IPS, IC, IT, IA) et de PAB œuvrant en clinique de soins primaires (GMF), en CLSC, en centre hospitalier dans des unités de médecine générale et de chirurgie et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces répondants ont été sélectionnés dans plusieurs établissements de la grande région de Montréal. Cette catégorie d'informateurs a permis d'obtenir des informations sur les activités qui pourraient être transférées ou déléguées, les moyens et les outils nécessaires ainsi que les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation de ces façons de faire.

TABLEAU 1 DESCRIPTION DES RÉPONDANTS

GESTIONNAIRES	Nombre
Niveau provincial	
Ministère de la Santé et des Services sociaux -Direction des services professionnels	1
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	1
Association médicale du Québec (AMQ)	1
Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ)	1
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)	1
Fédération professionnelle des préposés aux bénéficiaires (FPBQ)	1
Niveau local	
Directeurs des services professionnels (CIUSSS)	2
Directeur des soins infirmiers (CIUSSS)	1
Gestionnaire (Polyclinique)	1
TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ	
Médecins	5
Infirmières praticiennes spécialisées	4
Infirmières cliniciennes	6
Infirmières techniciennes	1
Infirmières auxiliaires	3
Préposés aux bénéficiaires	4
TOTAL	33

Un guide d'entrevue a été élaboré autour des thèmes suivants : (1) les perceptions générales concernant le partage des activités entre les travailleurs de la santé et l'état de la situation actuelle, (2) les types d'activités à partager, (3) les conditions de partage et (4) les avantages et inconvénients du partage d'activités entre les travailleurs de la santé. Le guide d'entrevue a fait l'objet d'un prétest réalisé par les chercheurs auprès d'un petit échantillon de gestionnaires et de travailleurs de la santé (n=5), permettant d'ajuster les questions au contexte de l'étude. La grille d'entrevue qui a été utilisée est présentée à l'annexe A.

La collecte de données s'est étalée entre le mois d'octobre 2018 et le mois de mars 2019. Les entrevues individuelles, d'une durée de 30 à 60 minutes, se sont déroulées par téléphone ou en face à face. Les 33 entrevues ont fait l'objet d'un enregistrement audio.

Traitement des informations et analyse

Les 33 entrevues ont été retranscrites et codées à l'aide du logiciel NVivo 12 Plus (version 12.1.55) et ont fait l'objet d'une analyse thématique.

La codification des informations provenant des entrevues a permis de regrouper les données sous différentes rubriques :

- la situation actuelle du partage selon (1) les milieux d'intervention : cliniques de soins primaires (GMF, polyclinique), CLSC, CH, CHSLD ; et (2) les catégories de travailleurs de la santé : MD, IPS, IC, IT, IA, PAB;
- les activités qui pourraient être déléguées ou transférées selon les groupes de travailleurs de la santé concernés : MD - IPS, MD - IC, MD - IT, MD-IA, IPS - IC, IC - IT, IT - IA, IA – PAB ;
- les barrières/contraintes à la mise en place d'un partage efficient d'activités entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB ;
- les conditions favorables et facilitantes et les stratégies devant être mises de l'avant pour implanter ces nouvelles façons de faire ;
- les bénéfices attendus d'un partage d'activités efficient.

L'analyse par thème qui a été réalisée a permis l'élaboration a posteriori d'un cadre de référence sur le partage d'activités professionnelles tel que perçu par les acteurs clés ayant participé à l'étude. La présentation des résultats s'appuie sur le cadre de référence résultant de cette démarche. Ce cadre est présenté en première section des résultats.

Considérations éthiques

Le projet de recherche a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. Une attention particulière a été portée à la méthode d'échantillonnage, au recrutement des participants, au processus de consentement et à la protection de la confidentialité (certificat éthique à l'annexe B).

4. RÉSULTATS

4.1 CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LE PARTAGE D'ACTIVITÉS EN MILIEU DE SOINS

Les entrevues réalisées auprès des répondants ont permis d'élaborer un cadre de référence sur le partage d'activités, les principaux facteurs qui interviennent dans la répartition des activités et les gains potentiels pour l'organisation des soins, les travailleurs de la santé et les services rendus (figure 1). Ce cadre de référence repose essentiellement sur la vision des gestionnaires et des travailleurs de la santé du partage des activités relatives aux soins entre les médecins, infirmières (IPS, IC, IT, IA) et PAB et de ses retombées.

Les informations sur l'état actuel de la situation ont fait ressortir un ensemble de facteurs liés à l'environnement de pratique qui conditionnent largement le partage d'activités et leur mise en œuvre : (1) l'encadrement légal et normatif des professions qui chapeaute l'exercice des actes professionnels, (2) le champ d'exercices des professionnels, (3) les caractéristiques des milieux de soins relatives à la gestion et la disponibilité des ressources et (4) les habiletés et les compétences des intervenants à réaliser certaines activités. Ces facteurs environnementaux s'associent à des enjeux organisationnels relatifs au partage d'activités entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB et à des barrières ou contraintes limitant le déploiement optimal du partage d'activités (section 4.2).

Le partage correspond à la répartition des activités dans le domaine de la santé entre les travailleurs de la santé selon les besoins spécifiques des milieux de soins et les compétences associées à chaque profession. Cette notion implique que certaines activités peuvent être réalisées par plus d'une catégorie de travailleurs. En partageant des activités, on cherche à substituer un type de ressources à un autre plus approprié dans son contexte de soins et relativement moins coûteux. Les activités à partager doivent être transférées (avec la responsabilité associée) ou déléguées vers d'autres catégories de travailleurs de la santé. Elles font l'objet de la section 4.3. Les répondants ont également identifié un ensemble de conditions favorables au partage souhaité des activités, ainsi que les stratégies et outils à privilégier (section 4.4).

Pour les répondants, la répartition des activités entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB dans le respect des compétences de chacun encourage les collaborations interdisciplinaires nécessaires pour

répondre le mieux possible aux besoins de soins des patients. Les effets se traduisent également sur la valorisation des compétences de chacun et sur l'optimisation des ressources disponibles. L'intention est que ce soit le bon intervenant, au bon moment qui rend le service attendu et requis. En partageant les activités, on souhaite ultimement améliorer la qualité des soins et des services de santé et avoir un impact sur l'efficacité du système de santé (section 4.5).

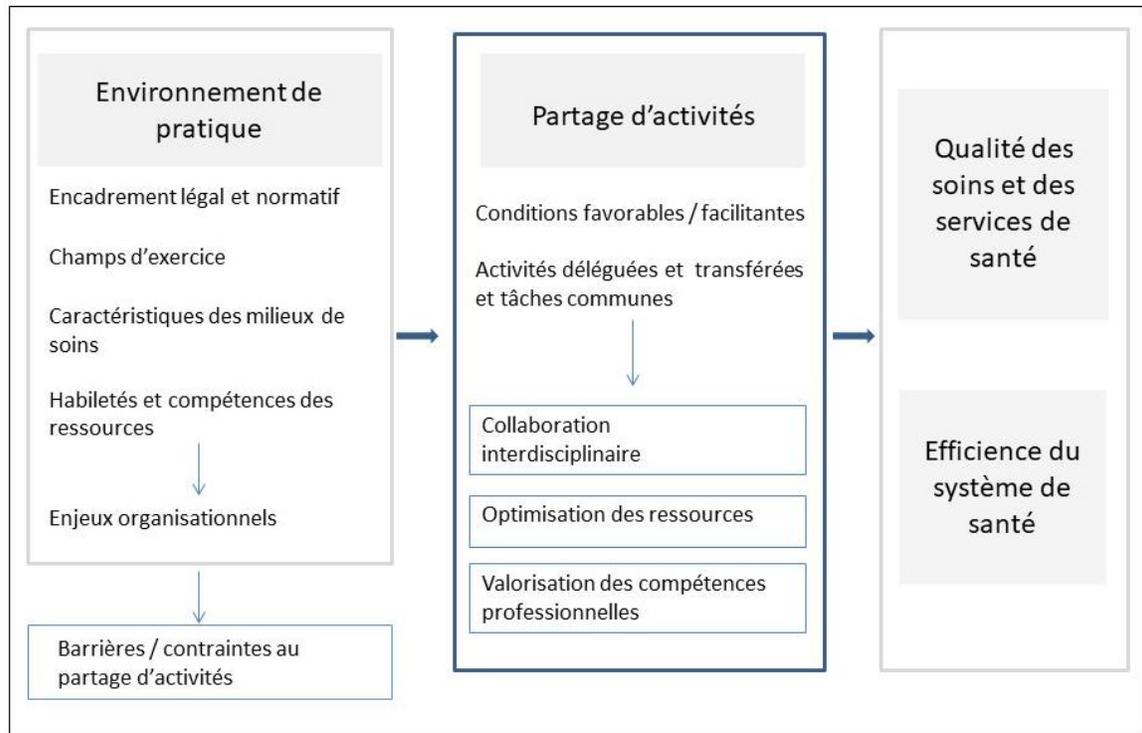


FIGURE 1 CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LE PARTAGE DES ACTIVITÉS ENTRE LES MÉDECINS, LES INFIRMIÈRES (IPS, IC, IT, IA) ET LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

4.2 ÉTAT DE LA SITUATION DU PARTAGE D'ACTIVITÉS EN MILIEUX DE SOINS

Les informations sur la situation du partage d'activités relatives aux soins entre les médecins, les infirmières et les préposés aux bénéficiaires ont été regroupées sous les thèmes décrivant l'environnement de pratique et les enjeux organisationnels qui s'y rattachent. Les barrières ou les contraintes qui limitent le déploiement optimal d'activités à partager entre ces travailleurs de la santé sont aussi présentées dans cette section.

4.2.1 Environnement de pratique

Encadrement légal et normatif

Au Québec, l'exercice des professions médicales et infirmières est régi par un ensemble de lois et de règlements. Le projet de loi 90 a permis l'élargissement du champ d'exercice de la profession infirmière et a redéfini le partage des activités (OIIQ 2016). L'article 36 de la loi sur les infirmières stipule que les IPS, les IC et les IT disposent de 17 activités réservées⁶. S'ajoutent pour les IPS quelques activités médicales (cinq), selon leur classe de spécialité⁷. Les IA disposent également de leurs propres activités réservées, au nombre de neuf (OIIAQ). Pour leur part, les PAB n'ont pas de statut de professionnel encadrant leurs activités.

Les termes utilisés pour décrire les différents rôles et responsabilités des infirmières sont cependant très larges et donnent lieu à des interprétations qui varient d'un milieu à l'autre. Avec la nomenclature actuelle sur les postes en ressources humaines, l'OIIQ précise que beaucoup de professionnels et de patients ne font pas la distinction entre les différentes catégories d'infirmières et les types d'emploi. Par exemple, les IC et les IT, respectivement détentrices de diplômes d'étude universitaire et collégiale, disposent des mêmes 17 activités réservées, mais peuvent occuper des emplois différents (les IC se retrouvant plus souvent dans les unités de soins spécialisés ou avec des tâches spécialisées), sans aucun privilège associé à la pratique d'activités additionnelles. De plus, les soins infirmiers se retrouvent sous plus d'une centaine d'appellations différentes. Les gestionnaires soulignent que cet environnement complexe de statuts, de titres

⁶ <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>

⁷ Nombre d'activités réservées au moment de l'étude (<https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/historique/au-quebec>) ; des changements ont été apportés en 2021.

d'emplois et de descriptions du travail entraîne de la confusion sur les activités et les responsabilités de chacun et génère des barrières au partage souhaité d'activités professionnelles.

Champ d'exercices des travailleurs de la santé

Généralement, les travailleurs de la santé connaissent les responsabilités et les limites inhérentes à leur champ d'exercice respectif. Il existe des activités qui sortent du champ d'exercice défini dans le cadre législatif pour lesquelles les travailleurs de la santé disposent des compétences pour les réaliser. Plusieurs travailleurs soulignent qu'il leur arrive de déborder de leur champ d'exercice. Ces situations surviennent le plus souvent dans des situations d'urgence ou lorsqu'il y a pénurie de ressources dans les milieux de soins. Les IC, IA et PAB sont fréquemment appelés à suppléer au manque de ressources professionnelles et réalisent des activités qui ne sont plus à l'intérieur des frontières de leur champ d'exercice. Par exemple, en CHSLD, on peut demander aux PAB de donner des médicaments ou encore d'appliquer le protocole de constipation.

À cela s'ajoute le manque de connaissance mutuel du champ d'exercice de chacun, pouvant entraîner la sous-utilisation des compétences et une réduction de l'étendue des pratiques infirmières. Il ne s'agit pas seulement du manque de connaissance du rôle de l'autre, mais quelquefois aussi de son propre rôle. Par exemple, les IC notent que les listes d'activités qui leur sont autorisées se modifient continuellement dans le temps (surtout au niveau des prescriptions). Ces mises à jour fréquentes créent de l'incertitude dans les activités qu'elles sont autorisées à faire à l'intérieur des limites de leur champ d'exercice.

Caractéristiques des milieux de soins

La répartition des activités entre les médecins, infirmières et préposés aux bénéficiaires varie d'un milieu de soins à un autre, et parfois au sein d'un même milieu. De nombreuses décisions concernant la pratique de certaines activités réalisées par les IPS, IC, IT, IA et PAB sont prises localement (au niveau des établissements de santé ou des cliniques de soins primaires). Par exemple, certains établissements restreignent l'usage du permis de prescrire des IC et d'autres limitent les activités des IA comme la contre-vérification des produits sanguins, acte pourtant autorisé par leur ordre professionnel.

Les variations d'un milieu à l'autre s'expliquent en grande partie par les ressources disponibles et par l'organisation du travail. Dans les milieux bien pourvus en ressources humaines et disposant d'une variété de professionnels (médecins, infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux, etc.), les modèles de partage des activités sont plus clairs et précis et engendrent une plus grande collaboration interprofessionnelle. Dans des milieux moins bien pourvus, le fardeau des tâches à réaliser est lourd, l'utilisation des compétences de chacun n'est pas optimale et le partage des activités n'est pas efficient.

La disponibilité des médecins dans les milieux de soins semble être un facteur non négligeable qui influence le type d'activités réalisé par les infirmières. Dans le cas où les médecins sont toujours présents, certains types d'activités que pourraient réaliser les infirmières sont jugés moins pertinents, comme les ordonnances collectives et la prescription infirmière par les IC. D'après l'OIIQ, l'étendue de la pratique infirmière dans certains milieux est sous-optimale, pouvant aller jusqu'à une réduction de 50 % de leur champ de pratique. À l'opposé, en milieu rural, les médecins sont souvent moins présents. Les infirmières sont alors amenées à élargir leur pratique et diversifier leurs activités (ex : histoire, examen physique, intervention, s'occuper de cas plus complexes comme les traumatismes, les crises cardiaques, etc.).

Enfin, il ressort des entrevues que les modèles de partage des activités sont fort différents selon que les milieux de prestation de soins soient hospitaliers, en CHSLD ou ambulatoires. En centre hospitalier, les soins requis peuvent être très pointus et le niveau de soins élevé. L'approche collaborative et le partage d'activités varient selon les besoins des unités de soins. En unité de soins critiques, ce sont fréquemment les situations d'urgence qui vont orienter les activités à réaliser (en partage ou non). Selon les besoins, les IPS, IC ou IA travaillent étroitement ensemble comme c'est le cas en néphrologie. Dans d'autres unités de soins spécialisés (ex. unité de dialyse), les IA sont souvent rattachées à un groupe de patients et ne travaillent pas forcément en binôme avec une IC. Les infirmières de liaison et les infirmières soignantes œuvrant auprès des patients hospitalisés ont peu de liens avec d'autres catégories d'infirmières. Dans les hôpitaux, les IC réalisent beaucoup de tâches administratives. Elles sont moins présentes au niveau des soins directs au patient et ainsi moins concernées par le partage d'activités relatives aux soins.

En CHSLD, le partage d'activités entre les intervenants a beaucoup évolué. Dans le passé, la frontière entre les activités réalisées par les IC, IT, IA et les PAB était très mince. Tous les membres

d'une même équipe étaient appelés à contribuer aux soins et services de base allant jusqu'aux toilettes des résidents. Actuellement, on y retrouve davantage d'IA et de PAB. Le partage des activités se fait le plus souvent selon le champ d'exercice de chacun. Les PAB peuvent cependant être amenés à en déborder pour suppléer au manque de ressources infirmières (ex. : signes vitaux, glycémie, etc.).

Les répondants ont spécifié que la répartition des activités entre les travailleurs de la santé se fait plus aisément et efficacement dans les contextes ambulatoires de prestation des soins. En clinique externe, la prise en charge étant plus globale qu'en milieu hospitalier, le potentiel de partage des activités entre les différents types d'infirmières est plus élevé. En CLSC, le travail en étroite collaboration avec d'autres professionnels comme des travailleurs sociaux ou des psychologues va de pair avec un meilleur partage d'activités. Les responsabilités des infirmières sont mieux délimitées, comme c'est le cas pour l'implication des IA aux soins courants (changement de pansements, traitement des infections à la suite de médication, prises de sang, épreuves d'hyperglycémie, etc.). En GMF, la plupart s'accordent sur le fait que la collaboration entre les professionnels est très présente et qu'en comparaison avec d'autres milieux, les infirmières travaillent avec une plus grande autonomie. Toutefois, les responsabilités de chacun ne sont pas toujours spécifiées et clairement délimitées. Ces situations peuvent conduire au retrait de certaines activités. Enfin, les répondants ont souligné que les IA œuvrant en cliniques médicales (soins primaires) sont fréquemment appelées à déborder de leur champ d'exercice.

Habiletés et compétences

Pour les répondants, il va de soi que l'optimisation des ressources humaines dans une perspective de partage d'activités passe par le développement et le soutien des habiletés et des compétences requises. Or, bien que certains mécanismes soient prévus pour encadrer le développement des habiletés et des compétences des ressources appelées à réaliser de nouvelles activités, la formation et la supervision sont souvent insuffisantes.

4.2.2 Enjeux organisationnels associés au partage d'activités

Un ensemble de questions et d'enjeux organisationnels en lien avec les facteurs environnementaux sont ressortis des entrevues. Ces enjeux se distinguent selon les catégories de travailleurs qui partagent ou souhaitent partager des activités.

Enjeux Médecins – Infirmières praticiennes spécialisées

Les principaux enjeux du partage des activités entre les MD et les IPS sont tributaires de l'encadrement légal et normatif de la pratique infirmière. Ceci n'est pas étranger aux nouveaux rôles et responsabilités des IPS, d'autant plus qu'ils ne sont pas toujours explicites et compris. Comparé à d'autres provinces (comme la Colombie-Britannique et l'Ontario) ou à d'autres pays, le Québec présente un retard dans le partage des activités entre les MD et les IPS. Les rôles des IPS n'ont pas été faciles à intégrer dans les différents milieux de soins et à tous les niveaux de soins (cliniques GMF, hôpitaux, etc.). Au moment de la collecte de données, les IPS avaient encore peu d'autonomie. Cette situation constitue une barrière non négligeable au partage d'activités ou à la délégation ou au transfert d'activités entre ces professionnels. Certains MD sont d'avis qu'on devrait renégocier le partage d'activités avec les IPS pour tenir compte de leurs nouvelles activités spécialisées et de la collaboration nécessaire devant être établie.

Enjeux Médecins – Infirmières cliniciennes

Dans l'ensemble, le partage des activités se fait assez bien entre les MD et les IC. Mais des enjeux étroitement liés à la disponibilité des ressources médicales et à la culture organisationnelle sont ressortis des entrevues. Dans certains cas, on voit encore des MD réaliser des activités qui relèvent du champ d'exercice des IC. Ces dernières peuvent jouer un rôle élargi dans la prise en charge des soins non critiques qui ne nécessitent pas forcément la présence du MD. À l'opposé, certains MD, par manque de ressources, demandent aux IC de réaliser des activités qui sortent des frontières de leur champ d'exercice. Ces situations démontrent que les chevauchements de tâches sont fréquents, ce qui peut représenter des opportunités de substitution de professionnels pour leur réalisation.

Enjeux Médecins – Infirmières techniciennes

Les répondants font le constat que le partage d'activités entre les MD et les IT se déroule relativement bien. La collaboration entre ces professionnels est étroite comme en radiologie où les IT jouent un rôle dans le processus d'intervention (installation des patients, injection de produits de contraste, officialisation des protocoles et application, etc.) ou aux soins intensifs.

Enjeux Médecins – Infirmières auxiliaires

Actuellement, en milieu hospitalier, les requêtes des MD envers les services infirmiers (IC et IA) doivent être formulées par écrit. Beaucoup de MD ne respectent pas cette procédure. Les IA doivent alors passer par les IC pour recevoir verbalement la requête de soins, alourdissant du même coup la séquence de décision et de distribution des soins.

En clinique médicale (soins primaires), la culture organisationnelle propre à ces milieux encourage les IA à réaliser davantage d'activités partagées. Toutefois, les IA soulignent que les tâches réalisées peuvent déborder des frontières de leur champ d'exercice sans qu'elles aient accès à l'encadrement approprié. Elles peuvent même se retrouver dans des situations où la sécurité des patients est en jeu.

Enjeux Infirmières praticiennes spécialisées – Infirmières cliniciennes

Ayant les mêmes 17 activités réservées, les IPS et les IC occupent des emplois similaires avec, pour les IC, des possibilités d'occuper des postes spécialisés (ex. : infirmières pivots en oncologie, infirmières de liaison, assistante au supérieur immédiat, conseillère en soins infirmiers, conseillère spécialisée). Les IPS peuvent se retrouver à mi-chemin entre deux classes de professionnels bien établies. Par exemple, le travail d'une IPS spécialisée en néphrologie chevauche celui de l'IC et celui du néphrologue. Ce chevauchement de tâches peut représenter des opportunités de partage entre ces catégories de profession. Toutefois, selon les infirmières, la confusion dans les rôles et responsabilités des IPS et des IC résultant des nouvelles dispositions légales a des conséquences sur la répartition des activités entre elles. D'ailleurs, au moment de l'introduction des IPS dans les équipes de soins, beaucoup d'IC ont eu des difficultés à les accepter, craignant pour leurs emplois. S'ajoute pour les IC, les incertitudes quant aux activités qu'elles sont autorisées à faire (comme le dépistage des infections urinaires) et qui sont mises à jour fréquemment.

Enjeux Infirmières cliniciennes – Infirmières auxiliaires

Les enjeux du partage des activités entre les IC et les IA se situent principalement dans la proximité de leurs champs d'action auprès des patients et les procédures du travail en collaboration. Les activités liées à l'observation et l'évaluation des patients illustrent bien le chevauchement des actes réalisés par les IC et les IA. Les IA sont autorisées à réaliser les actes d'observation qui doivent être complétés par des évaluations faites par l'IC. Dans de nombreuses situations, la

démarcation entre l'observation et l'évaluation reste très mince. Par exemple, une IA peut ausculter et observer l'absence d'une plaie ou de douleur chez un patient, mais ne peut pas rédiger de compte-rendu, cet acte étant dans le processus d'évaluation. Pour l'évaluation, l'IC répète alors fréquemment les mêmes activités, processus s'avérant contre-productif. Par ailleurs, malgré l'existence de barèmes spécifiques pour que les IA débutent un protocole ou une ordonnance (ex. : glycémie), des procédures d'autorisation par les IC sont requises, alourdissant les processus et limitant le partage d'activités. De plus, nombreuses sont les IC qui croient encore être responsables des actes réalisés par les IA, malgré le fait que les IA ont maintenant leur propre code déontologique.

Les IA précisent que dans certains milieux, leur pratique est restreinte pour des activités qui leur sont pourtant autorisées par leur ordre professionnel (OIIAQ), (par exemple : donner des antibiotiques, changer les sacs de solutés avec certains additifs comme le potassium, faire le rinçage après l'enlèvement d'une antibiothérapie intraveineuse, changer de soluté, prendre des ordres téléphoniques, transmettre les résultats médicaux, contrevérifier les produits sanguins, etc.).

Enjeux Infirmières auxiliaires – Préposés aux bénéficiaires

Dans le contexte de la population québécoise qui vieillit et la pénurie de ressources qui prend de l'ampleur, tous reconnaissent que les PAB doivent jouer un plus grand rôle et être mieux intégrés dans les processus de soins. Or, la FPPBQ souligne que le statut de non-professionnel des PAB et l'absence de code de déontologie constituent une contrainte dans le déploiement de ces ressources en limitant les activités pouvant leur être partagées. Elles peuvent parfois se trouver en situation d'illégalité en réalisant certains actes professionnels leur étant délégués (par exemple poser une sonde qui est une activité réservée aux IA, donner des médicaments, etc.). Bien que le cadre législatif des infirmières prévoit des mécanismes encadrant le développement des habiletés et des compétences des PAB requises pour réaliser des activités leur étant déléguées, plusieurs reconnaissent que la formation est souvent insuffisante et la supervision quasi absente. À cela s'ajoute le fait que ces formations inégales leur permettant de réaliser des actes infirmiers autorisés (insuline, glycémie, etc.) ne sont pas reconnues et acceptées dans tous les milieux de soins. De plus, la capacité d'intervention des PAB au moment approprié est limitée,

n'ayant pas accès aux informations liées aux patients (dossier médical, antécédents, changement ou évolution de la prise en charge, etc.).

Enfin, le partage d'activités entre les infirmières et les PAB est contraint par la disponibilité des ressources et le fardeau imposé aux IA et PAB. Les PAB se retrouvent fréquemment avec un nombre très élevé de patients, limitant le nombre de tâches pouvant être réalisées.

4.2.3 Contraintes/barrières au partage d'activités

En décrivant l'état actuel de la situation du partage d'activités entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB, les répondants ont mis en évidence les principales barrières ou contraintes qui limitent le déploiement optimal d'activités à partager entre ces travailleurs de la santé. Ces barrières sont étroitement associées aux facteurs liés à l'environnement de pratique (tableau 2).

- (1) La complexité des structures et de la nomenclature de la profession infirmière en partie responsable de la **confusion des rôles et des responsabilités des différentes catégories d'infirmières** semble avoir une influence directe sur le choix des activités à partager entre les MD, IPS, IC, IT et IA. Cette situation donne lieu à diverses interprétations auprès des gestionnaires et des professionnels et laisse la place pour restreindre les activités pouvant être partagées entre eux.
- (2) Le **manque de promotion et de diffusion des nouveaux rôles et responsabilités** dévolus aux IPS constitue un frein au partage d'activités avec elles dans les équipes de soins.
- (3) Le **statut de non-professionnel des PAB** constitue un frein important à la délégation d'activités par les IA.
- (4) La **définition des champs d'exercice** relatifs à la profession infirmière constitue un frein au partage de certaines activités réalisées par les IPS, IC, IT et IA. Il existe des activités qui sortent du champ d'exercice défini dans le cadre législatif pour lesquelles les infirmières ont les compétences pour les réaliser.
- (5) Le **manque de connaissance et de respect des compétences** propres à chacune des professions, à la fois de la part des gestionnaires que des travailleurs de la santé constituent un frein à la substitution d'un travailleur par un autre, même si cela constitue une opportunité pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles. La capacité des ressources à réaliser

les tâches à partager est remise en doute (manque de confiance et crainte pour la sécurité des patients et la qualité des soins).

- (6) Les mises à jour fréquentes des activités autorisées, notamment dans le cas des IC, créent de **l'incertitude sur la légalité de certaines activités** pouvant leur être déléguées ou transférées.
- (7) Les nouveaux rôles et responsabilités des IPS impliquent une redistribution des activités dans les milieux de soins. Des **difficultés d'intégration des IPS** dans les équipes de soins se sont toutefois traduites par un manque d'autonomie pour ces professionnels et des restrictions dans le partage d'activités avec les ressources médicales. Par ailleurs, la proximité des rôles et responsabilités des IPS et des IC représente une opportunité de partage d'activités entre elles. L'intégration des IPS a cependant été marquée par de la résistance au changement de la part des IC, un manque d'ouverture et des craintes de perte d'emploi.
- (8) Les répondants soulèvent les **difficultés d'intégration et de collaboration dans les grandes équipes de soins**, ne favorisant pas le partage d'activités entre les ressources.
- (9) La disponibilité des ressources médicales dans les milieux de soins est un facteur non négligeable sur la répartition des activités entre les MD et les infirmières. Dans les milieux où cette ressource est rare, les infirmières sont appelées à jouer un plus grand rôle et à assumer des activités pouvant même déborder des frontières de leurs champs d'exercice. Ces contextes sont propices au partage d'activités et à l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles. À l'opposé, dans d'autres milieux mieux pourvus, des **MD sont moins réceptifs et enclins à partager certaines activités avec les infirmières**, même si elles sont comprises dans leur champ d'exercice.
- (10) Le **fardeau des tâches imposées aux IA et PAB** est important et limite la quantité de nouvelles activités qui pourraient leur être déléguées ou transférées.
- (11) Les nouvelles activités transférées ou déléguées doivent être accompagnées d'un soutien et d'un encadrement adéquat. Or, le **manque de guide de pratique et de procédures adaptées, de supervision et de formation** limite le nombre et le type d'activités ayant le potentiel d'être partagées.

TABLEAU 2 CONTRAINTES/BARRIÈRES AU PARTAGE DES ACTIVITÉS

FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT DE PRATIQUE	CONTRAINTES/BARRIÈRES AU PARTAGE D'ACTIVITÉS ENTRE MD, IPS, IC, IT, IA ET PAB
Encadrement légal et législatif	<ul style="list-style-type: none"> - Complexité des structures et de la nomenclature de la profession infirmière : Confusion dans la définition des rôles et des responsabilités des infirmières - Promotion et diffusion insuffisante des nouveaux rôles et responsabilités des IPS - Statut de non-professionnel des PAB
Champs d'exercice	<ul style="list-style-type: none"> - Champs d'exercice restrictif - Manque de connaissance et de respect des compétences - Incertitude sur la légalité de certaines activités pouvant être déléguées ou transférées
Caractéristiques des milieux de soins : <ul style="list-style-type: none"> - Culture organisationnelle - Disponibilité de ressources - Modes de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté d'intégration des IPS dans les équipes de soins - Difficultés d'intégration et de collaboration interprofessionnelle dans les grandes équipes - Manque de réceptivité des ressources médicales à partager les activités avec les infirmières - Fardeau des tâches des IA et PBA
Habiletés et compétences <ul style="list-style-type: none"> - Soutien et encadrement - Développement des ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de guide de pratique et de procédures adaptées - Manque de supervision et de formation - Manque de budget pour la formation continue

4.3 ACTIVITÉS À PARTAGER DES ACTIVITÉS ENTRE LES MD, IPS, IC, IT, IA ET PAB

Les répondants ont identifié plusieurs activités pouvant être réparties entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB, dont le partage comporte de nombreux avantages pour les travailleurs de la santé impliqués et l'organisation des soins tout en améliorant la réponse du système aux besoins des patients. La modalité privilégiée pour le partage demeure la délégation d'activités pour presque toutes les activités identifiées. La modalité de transfert incluant la responsabilité des actes n'a été mentionnée que pour quelques activités seulement dans le contexte du partage entre les MD et les IPS.

Partage entre les MD et les IPS, IC, IT, IA

Les MD et les infirmières travaillent en proximité dans de nombreux milieux de soins. La problématique du partage d'activités se traduit surtout dans la relation des MD avec les IPS et les IC. La valeur ajoutée du travail des IPS dans les équipes de soins est de plus en plus reconnue, notamment par les MD. Selon certains, le tiers de leurs patients pourraient être vus par les IPS. Aussi, le partage d'activités entre ces disciplines complémentaires devrait de plus en plus être mis de l'avant pour un ensemble de motifs de consultation comme les maux de dos ou les maux d'oreille et pour la gestion des cas plus complexes en centre hospitalier, en ambulatoire et en première ligne.

En milieu hospitalier, l'Association médicale du Québec souligne que de nombreuses activités de suivi sur les étages, réalisées par les MD pourraient être déléguées ou, dans un cadre bien défini, transférées à des IPS. Les suivis sont fréquemment des tâches routinières de contrôle de l'état des plaies en poste opératoire ou de l'état clinique, de la supervision, des prescriptions de tests médicaux nécessaires durant une hospitalisation, etc. D'autres activités à partager rejoignent les compétences des IPS comme faire des admissions de patients, donner les congés et amorcer des traitements pour des maladies chroniques connues et répandues (ex. hypertension artérielle, diabète, asthme). Enfin, les IPS sont en mesure de prendre en charge certaines problématiques de consultations et de suivis hospitaliers réalisés en mode ambulatoire (cliniques avec et sans rendez-vous). En première ligne, les activités d'évaluation au triage réalisées par les médecins pourraient être déléguées aux IPS ainsi que la gestion des cas aigus dans les urgences et dans les cliniques sans rendez-vous.

Les IC travaillent également en étroite collaboration avec les MD. L'AMQ souligne qu'il est souhaitable de les impliquer davantage, principalement dans la gestion, le suivi et la surveillance des patients chroniques, sans que ce soit en lien avec la prise de direction clinique comme des diagnostics ou décisions de traitement.

Les activités à partager entre les MD et les IPS et IC sont présentées au tableau 3.

Les IT et les IA sont également appelés à travailler étroitement avec les MD et le partage d'activités entre ces professionnels est bien présent dans les milieux de soins. Dans le cadre de cette étude, il n'est pas ressorti d'activité particulière à déléguer pouvant s'ajouter à celles déjà partagées entre les MD et les IT et IA.

TABLEAU 3 ACTIVITÉS RELATIVES AUX SOINS À PARTAGER ENTRE LES MÉDECINS ET LES INFIRMIÈRES*

ACTIVITÉS À PARTAGER ENTRE LES MD ET IPS/TRANSFERT OU DÉLÉGATION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des maux de dos, maux d'oreilles, difficultés à respirer ▪ Retrait des ballons intra-aortiques (avec supervision) ▪ Insertion des cathéters fémoraux artériels (avec supervision) ▪ Contrôle de l'état des plaies en post-opératoire ▪ Contrôle de l'état clinique et supervision ▪ Prescriptions de tests médicaux nécessaires durant une hospitalisation ▪ Problématiques liées aux consultations hospitalières ou aux suivis hospitaliers ▪ Triage et prise en charge au niveau des urgences ▪ Gestion des cas aigus aux sans rendez-vous ▪ Télésuivi des patients/problématiques complexes ▪ Amorce des traitements ▪ Interventions pour des problématiques telles que les infections sexuellement transmissibles, le nez qui coule chez l'enfant, etc.
ACTIVITÉS À PARTAGER ENTRE LES MD ET IC/DÉLÉGATION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise et recherche des antécédents pertinents ▪ Revue de la médication ▪ Vérification de certains signes cliniques ▪ Gestion, suivi et surveillance des cohortes de patients chroniques ▪ Ajustement des doses des médicaments (Exemples : vasopresseurs ou hypertenseurs) ▪ Prise de sang capillaire avec l'utilisation des gaz veineux ▪ Insertion des tubes vaso et orogastriques ▪ Auscultation et palpitation

*Informations directement tirées des entrevues

Partage entre les IPS, IC, IT, IA

Les IPS et les IC souhaitent davantage de travail en commun et de partage d'activités entre elles. La délégation d'activités par les IPS est souhaitable dans les activités d'évaluation vasculaire et

des aspects psychosociaux, dans les soins à donner pour des difficultés d'adaptation comme en cas de dialyse et dans les activités de suivi des femmes, des grossesses et des enfants.

Les IC et les IA travaillent souvent ensemble et de nombreuses activités leur sont communes et complémentaires. La délégation entre ces types de professionnels est déjà bien présente au niveau de tâches techniques comme les prises de sang ou les électrocardiogrammes. Pour les IA, étant donné qu'elles sont en contact continu avec les patients, bon nombre d'activités devraient leur être déléguées, allégeant ainsi les procédures souvent longues et peu utiles en place. L'administration des antibiotiques en intraveineuse (AIV), l'administration de vaccins, l'amorce de certains protocoles de soins sans autorisation au préalable des IC, et l'exécution de prescriptions sont les principales activités ciblées par les IA. Le partage de ce type d'activités pourrait aussi s'étendre à la transmission des résultats de tests normaux (tableau 4).

TABLEAU 4 ACTIVITÉS RELATIVES AUX SOINS À PARTAGER ENTRE LES INFIRMIÈRES IPS, IC, IT, IA *

ACTIVITÉS À PARTAGER ENTRE LES IPS ET LES IC/DÉLÉGATION
<ul style="list-style-type: none">▪ Évaluation de l'accès vasculaire▪ Évaluation des aspects psychosociaux▪ Évaluation des difficultés d'adaptation (par exemple les cas de dialyse)▪ Suivi des grossesses▪ Suivi des enfants
ACTIVITÉS À PARTAGER ENTRE LES IC ET IA/DÉLÉGATION
<ul style="list-style-type: none">▪ Administration d'antibiotiques intraveineuse▪ Amorce de certains protocoles en toute autonomie▪ Administration de vaccins▪ Exécution de prescriptions▪ Mise à jour des dossiers médicaux▪ Transmission de résultats de laboratoire normaux, d'imageries normales, etc.

*Informations directement tirées des entrevues

Partage entre les IA et PAB

Les IA et les PAB suggèrent qu'un certain nombre d'activités non réglementées soient déléguées aux PAB, soutenant ainsi le travail des IA. En milieu hospitalier, de nombreuses activités sont réalisables en concomitance avec les services d'assistance donnés par les PAB, comme la prise de signes vitaux, les pansements, les injections antidouleur ou la prise de glycémie. Les PAB pourraient par exemple être impliqués dans les levers postopératoires (tableau 5). Cependant, la délégation de ce type d'activités doit être accompagnée par de la formation et de la supervision.

TABLEAU 5 ACTIVITÉS RELATIVES AUX SOINS À PARTAGER ENTRE LES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES ET LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES*

ACTIVITÉS À PARTAGER ENTRE LES IA ET PAB/DÉLÉGATION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise des signes vitaux (formation requise) ▪ Injections pour la douleur (formation requise) ▪ Prise de la glycémie ▪ Injections d'insuline ▪ Pansements ▪ Levers postopératoires

*1 Informations directement tirées des entrevues

Activités ne devant pas faire l'objet de partage entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB

Suivant l'objectif d'optimiser l'utilisation des ressources à la hauteur des compétences de chacun, les répondants ont identifié un certain nombre d'activités qui ne devraient pas faire partie du partage d'activités entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB. La liste des activités mentionnées par les répondants se trouve au tableau 6.

TABLEAU 6 ACTIVITÉS À NE PAS PARTAGER*

À RÉALISER PAR LES MD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'examen du patient ▪ Les diagnostics ▪ Les plans de traitement ▪ La prescription de certains médicaments (non spécifié dans le cadre de cette étude)
À RÉALISER PAR LES IPS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le suivi continu des patients, les soins et la médication ▪ L'ajustement de certains paramètres thérapeutiques (ex. en dialyse) et de la médication ▪ Les évaluations et l'éducation thérapeutique approfondies. La prescription des examens de laboratoire et des radiographies ▪ La réalisation de techniques invasives (points de suture, installation de stérilet, examen gynécologique avec un speculum, etc.) ▪ Les références à d'autres professionnels (ex. physiothérapeutes, kinésiologues, psychologues) ▪ Le télésuivi ▪ La gestion d'horaires, gestion de recherches, gestion de comités et de réunions, etc.
À RÉALISER PAR LES IC
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La planification et la surveillance des patients ▪ Les évaluations cliniques et de la médication prescrite ▪ La prévention des infections ▪ Le suivi des grossesses (au niveau de l'évaluation et de l'enseignement) ▪ Le suivi (épidémies, maladies chroniques, santé mentale, suivi des bébés, etc.) ▪ L'éducation thérapeutique, surtout pour les patients chroniques ▪ L'administration des médicaments ▪ La vaccination

À RÉALISER PAR LES IT

- L'évaluation au triage
- Le réseautage et la liaison

À RÉALISER PAR LES IA

- Les électrocardiogrammes
- Les lavages d'oreilles
- Certaines injections
- La collecte des données
- Rôle d'accompagnement dans les plans de soins
- Les prises de sang
- Les pansements
- La distribution des médicaments
- La prise des signes vitaux (la tension artérielle, la température, la pulsation, la saturation et la respiration)
- Les sondes
- Les cathéters
- La transmission d'informations
- L'aide à l'allaitement

À RÉALISER PAR LES PAB

- Les besoins fondamentaux (nourrir, loger, bains, etc.)

*Informations directement tirées des entrevues

4.4 CONDITIONS FAVORABLES AU PARTAGE D'ACTIVITÉS

Les répondants ont identifié les activités nécessaires à la production de services de santé qui peuvent être réparties entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB sans compromettre la qualité des soins et services. Partant de leurs connaissances des milieux de soins et de la problématique du partage d'activités, les répondants ont mis en lumière les conditions préalables à l'atteinte des objectifs poursuivis et les facteurs de succès du partage souhaité entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB. Les conditions favorisant le partage d'activités ont été regroupées selon qu'elles concernent (1) la gestion et l'organisation des soins, (2) la valorisation et l'optimisation des ressources, (3) la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe, (4) le développement des compétences et des expertises, (5) et les conditions de travail (tableau 7).

TABLEAU 7 CONDITIONS FAVORISANT LE PARTAGE D'ACTIVITÉS *

CONDITIONS RELATIVES À LA GESTION ET L'ORGANISATION DES SOINS
<ul style="list-style-type: none">▪ Bien choisir les actes à partager et réviser les modèles de partage▪ Réviser l'organisation et la trajectoire des soins▪ Se centrer en premier sur les besoins du patient et non pas sur les titres et champs d'exercice▪ Resserrer les règles de fonctionnement et le partage de certaines activités pour les IPS▪ Obtenir le soutien des supérieurs, surtout au niveau de l'application des actes autorisés, de l'insertion professionnelle (pour les jeunes travailleurs nouvellement diplômés)▪ Clarifier les règles de fonctionnement
CONDITIONS RELATIVES À LA VALORISATION ET L'OPTIMISATION DES RESSOURCES
<ul style="list-style-type: none">▪ Clarifier les rôles et responsabilités des travailleurs de la santé pour éviter toute ambiguïté (rôle des gestionnaires)▪ Savoir chercher et maximiser le potentiel des infirmières▪ Expliquer et rassurer d'autres travailleurs de la santé▪ Reconnaître l'expérience et la compétence chez les travailleurs seniors▪ Valoriser toutes les activités réalisées par les différentes catégories de travailleurs de la santé
CONDITIONS RELATIVES À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE/TRAVAIL D'ÉQUIPE
<ul style="list-style-type: none">▪ Assurer un leadership d'équipe▪ Tenir des réunions régulières avec son équipe de travail▪ Développer le sentiment d'appartenance au sein d'une équipe/problématique pour les grandes équipes et les services avec un fort taux de roulement (surtout pour les IA et PAB), et au niveau de la 3e ligne où les travailleurs sont beaucoup plus « autonomes » et isolés
CONDITIONS RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET EXPERTISE
<ul style="list-style-type: none">▪ Savoir s'adapter à l'évolution de la pratique, des connaissances et des besoins des patients▪ Faire la supervision, l'enseignement et l'accompagnement▪ Pérenniser les expertises acquises et développer l'autonomie▪ Développer les capacités et promouvoir les formations continues permettant de rester à jour▪ Développer des communautés de pratique pour partager les expériences de succès
CONDITIONS DE TRAVAIL

- Établir des ratios de travail convenables et favoriser les postes stables
- Alléger l'horaire de travail

*Informations directement tirées des entrevues

De plus, selon les répondants, l'adaptation du système de soins aux nouveaux besoins des patients et à l'évolution des pratiques constitue une prémisse incontournable. Ceci signifie que, tant au niveau des politiques, des gestionnaires et des prestataires, les nouveaux rôles et responsabilités des membres des équipes de soins, notamment les IPS, doivent être connus, compris et intégrés. La connaissance du rôle et des responsabilités de chacun est à la base de la répartition des activités en respect des compétences de chacun. Cette reconnaissance mutuelle des compétences est nécessaire pour établir les relations de confiance entre les membres appelés à se partager les activités.

Le choix des activités à partager reste étroitement lié aux besoins des patients qui sont au centre des soins et à la disponibilité des ressources. D'un point de vue organisationnel, les règles de fonctionnement doivent être précises et il faut prévoir l'établissement de ratio de travail en accord avec les nouvelles activités partagées. Les modes de gestion et les règles du partage d'activités doivent aussi permettre d'exploiter les compétences et les habiletés de toutes les catégories d'emploi dans leur plein potentiel, et plus particulièrement des infirmières.

Les répondants ont insisté sur la place centrale que doivent occuper la communication (entre les différents corps d'emploi), le partage d'information (surtout pour les résultats médicaux) et la lecture des notes cliniques (lors des changements de quarts). L'effet de proximité (une équipe qui travaille et ayant des locaux sur le même étage, par exemple) et la taille de l'équipe (de préférence des petites équipes) jouent un rôle non négligeable dans la communication.

Enfin, la délégation de nouvelles activités suppose un accompagnement assurant le développement des habiletés et des connaissances requises et leur pérennité. L'enseignement, les formations continues et la supervision sont des composantes essentielles de la réussite du partage d'activités entre les différentes disciplines concernées.

4.5 STRATÉGIES ET OUTILS FAVORISANT LE PARTAGE D'ACTIVITÉS

Pour les répondants, le partage d'activités implique une collaboration efficace entre les membres des équipes de soins et l'utilisation de moyens de communication appropriés. Aussi, les stratégies et les outils à privilégier dans un contexte d'activités partagées entre plusieurs travailleurs de la santé rejoignent en grande partie ces préoccupations. Les moyens suggérés par les répondants sont compris dans ce qui suit.

Transmission d'informations sur les dossiers des patients traités en commun

- le dossier médical informatisé, pour un meilleur suivi des patients entre les intervenants
- l'utilisation des messages textes entre les MD et les infirmières pour valider les consignes, les prescriptions, etc.
- la communication verbale
- la communication par courriel
- les tableaux de bord
- la communication téléphonique, surtout utile pour le suivi des patients
- les notes écrites au dossier (surtout utilisées par les MD)

Soutien clinique

- les ordonnances collectives entre MD, IPS et IC
- les documents sur les lignes directrices et les protocoles de soins relatifs à chaque discipline

Coordination d'équipe

- la tenue de réunions multidisciplinaires, permettant de connaître les différentes compétences
- les vidéoconférences

Développement des compétences et des expertises

- les rencontres de formation continue, qui permettent les échanges entre les différentes disciplines et la promotion des expériences positives
- l'utilisation des plateformes informatiques, qui permettent le partage et l'apprentissage des façons de faire de différents types de travailleurs de la santé
- les communautés de pratique, pour partager des expériences de succès.

4.6 GAINS POTENTIELS DU PARTAGE D'ACTIVITÉS

Selon les gestionnaires et les travailleurs de santé, des gains substantiels résultent d'un partage d'activités efficient entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB. Les bénéfices se mesurent tant au niveau professionnel et organisationnel qu'au niveau des patients et des services qui leur sont rendus.

Un premier effet se situe dans l'amélioration des collaborations interdisciplinaires, qui sont à la base d'une prise en charge globale et complète des patients dont les besoins de services sont souvent nombreux et complexes. La répartition des activités entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB qui se fait en respect des rôles, responsabilités et compétences de chacun, constitue une valeur ajoutée pour les équipes de soins appelées à collaborer, en encourageant notamment la confiance requise entre les intervenants.

En partageant ainsi les activités relatives aux soins, on favorise également le déploiement des pratiques pour les ressources en place selon leurs compétences. Cette valorisation des compétences des membres de l'équipe de soins a un effet positif sur la motivation des ressources, leur responsabilisation et autonomie dans les tâches à accomplir et enfin leur satisfaction au travail.

De même, en exploitant toute l'étendue des compétences des infirmières et des préposés aux bénéficiaires, on optimise l'utilisation des ressources disponibles et on accroît l'efficacité organisationnelle du système. En milieu hospitalier, l'impact se ferait notamment sentir sur la disponibilité des médecins pour des tâches médicales leur étant propres. En première ligne, dans les urgences et dans les cliniques sans rendez-vous, la délégation d'activités des MD vers les IPS au triage contribuerait à désengorger le système.

En partageant les activités, l'intention est que ce soit le bon intervenant au bon moment qui rend le service attendu et requis. Tant pour les gestionnaires que les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB, le soutien au partage d'activités favorise la complémentarité des soins et contribue à améliorer l'accessibilité et la fluidité (continuité) des soins. Ultiment, on cherche à assurer la prestation de services de qualité, sécuritaires et efficaces, et à améliorer l'efficience du système de santé.

5. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'explorer les types d'activités pouvant être partagées entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB et qui représentent des gains en efficacité pour le système de santé. Les résultats de cette étude ont également permis de comprendre les différents enjeux actuels relativement au partage et les conditions sous lesquelles le partage doit être effectué sans compromettre la qualité des soins et des services.

La loi 90 en vigueur depuis 2003 a constitué une étape majeure dans la reconfiguration des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des travailleurs de la santé (Gouvernement du Québec, 2002) (FIQ 2009). Les répondants à l'étude reconnaissent, de fait, l'élargissement du champ d'exercice de la profession infirmière et des changements notables dans l'organisation des soins. L'évolution des pratiques s'est traduite par un plus grand partage d'activités entre les médecins et les infirmières, une plus grande place laissée à la profession infirmière et davantage de collaboration interprofessionnelle. Les ordonnances collectives constituent un bel exemple d'élargissement du champ d'exercice de la profession infirmière (Lacroix et Borgès Da Silva, 2018). De même, la prescription qui était une activité réservée uniquement aux médecins auparavant a été élargie aux infirmières cliniciennes avec la prescription infirmière (Borgès Da Silva *et al.* 2017). Selon la majorité des répondants, les nouvelles générations de médecins sont beaucoup plus ouvertes à partager des activités avec les infirmières. Ces nouvelles façons de faire, d'ailleurs plus intégrées en première ligne (GMF), encouragent les collaborations interprofessionnelles et valorisent les compétences de chacune des professions (Regragui *et al.* 2020). Il en résulte des soins moins fragmentés et une amélioration de la qualité.

Malgré ces avancements, les gestionnaires, les médecins et les infirmières soulignent que le partage d'activités entre les professionnels de la santé rencontre de nombreuses difficultés et que le déploiement des pratiques infirmières n'est pas optimal (Déry *et al.* 2017). Nos résultats démontrent que les rôles, les structures et la nomenclature complexes pour la profession infirmière sont des sources de confusion et nuisent au partage efficace d'activités entre elles et avec les autres travailleurs de la santé. De nombreuses situations de chevauchement des rôles et des responsabilités des travailleurs de la santé sont également ressorties. Ces constats suggèrent

des avenues intéressantes à explorer pour envisager des activités ayant le potentiel d'être partagées et des substitutions de ressources dans le but d'optimiser la production des services.

Principaux constats

- Des enjeux importants sont soulevés relativement à la place prise par les IPS dans les équipes de soins. Bien que la valeur ajoutée de ce type d'intervenant soit de plus en plus reconnue, la collaboration et le partage d'activités avec les MD rencontrent des barrières, principalement liées à la méconnaissance des rôles, responsabilités et compétences des IPS. En plus, depuis leur introduction en 2005, il existe deux types d'infirmières en pratique avancée, soit les IPS et les IC. Roch et Ouellet soulignent que l'évolution de leur rôle respectif a été marquée par une confusion persistante qui nuit à leur reconnaissance et à leur déploiement dans les organisations (Roch et Ouellet 2010). Les zones de chevauchement sont nombreuses et doivent être explorées pour en dégager le potentiel de partage.
- Des facteurs organisationnels varient d'un milieu de soins à l'autre. La culture organisationnelle, les modes de gestion locale et la disponibilité des ressources sont tous des aspects des organisations qui interfèrent dans les pratiques et ont une influence sur les activités partagées entre les membres des équipes de soins. L'impact sur le travail des IA et des PAB est non négligeable. Dans certaines situations, ces travailleurs peuvent être appelés à déborder de leur champ d'exercice respectif et de leurs compétences alors que dans d'autres circonstances, l'étendue de leur pratique peut être restreinte et leurs compétences sous-exploitées.
- Les activités à partager entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB qui ont été identifiées concernent pour la très grande majorité les soins directs au patient. La délégation de ces activités demeure le mode privilégié par l'ensemble des répondants. Le partage d'activités repose sur la synergie des membres des équipes de soins. La communication entre les travailleurs de la santé et la transmission d'informations sont les pierres angulaires de ce travail interdisciplinaire.
- Les bénéfices de la répartition organisée des activités entre les professionnels se situent (1) au niveau des travailleurs de la santé en accroissant leur motivation et leur satisfaction, (2) au niveau organisationnel en augmentant la collaboration interdisciplinaire et en optimisant

les ressources en place, (3) au niveau des soins en augmentant la complémentarité, l'accessibilité et la continuité et (4) au niveau du système en le rendant plus performant dans la réponse aux besoins des patients.

Nous sommes confiants que les constats généraux ressortant de cette étude représentent assez fidèlement la situation du partage d'activités entre les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB qui œuvrent dans des milieux de soins comparables au Québec. Il reste que les répondants ont souligné des variations importantes quant au partage d'activités relevant des administrations locales et des valeurs propres à chacun des milieux. Aussi, les listes d'activités pouvant être déléguées doivent être réévaluées à la lumière des besoins locaux, des ressources disponibles et du besoin éventuel de formaliser davantage ces propositions.

Limites de l'étude

Malgré son originalité dans le contexte québécois et sa rigueur d'exécution, la présente étude comporte certaines limites.

Premièrement, bien que le nombre de répondants soit relativement élevé pour une étude qualitative et que les professions représentées soient diversifiées, certains professionnels pouvant partager des activités, notamment les pharmaciens, n'ont pu être inclus dans l'étude.

Deuxièmement, les répondants proviennent essentiellement de la grande région de Montréal. Il est possible qu'en s'éloignant de ce centre urbain, les travailleurs de la santé vivent des problématiques différentes de celles documentées dans le contexte de cette étude. On sait, par exemple, qu'en régions éloignées où les ressources sont moindres, l'organisation des services est différente et le partage des activités plus présent.

Troisièmement, certaines pratiques et législations ayant évolué depuis la collecte de données, il est possible que de nouveaux enjeux soient apparus. Par exemple, les pharmaciens ont obtenu depuis peu de nouvelles responsabilités (ex. renouveler des ordonnances, prescrire certains médicaments) qui peuvent entrer en conflit ou, au contraire, en complémentarité avec les responsabilités des professions étudiées dans la présente étude.

Enfin, même si la présente étude a documenté la nature des bénéfices pouvant découler d'un meilleur partage d'activités entre travailleurs de la santé, il n'a pas été possible de quantifier les gains d'efficience possibles pour le système de soins du Québec.

Ces limites constituent autant d'éléments à prendre en considération dans l'interprétation des résultats ou de questions qui pourraient être examinées dans des recherches futures.

CONCLUSION

L'organisation des soins et services de santé québécois repose sur un ensemble de ressources appelées à travailler en collaboration pour répondre aux besoins de santé de la population. En milieu hospitalier et en première ligne, on compte tout particulièrement sur les MD, IPS, IC, IT, IA et PAB pour offrir des soins complémentaires, de qualité et sécuritaires. La problématique du partage d'activités entre eux et de la collaboration sous-tendue prend tout son sens dans ces milieux. La participation à cette étude de gestionnaires et de travailleurs directement impliqués dans les soins et les services ont mis en lumière les activités ayant le potentiel d'être partagées ainsi que les avenues à explorer pour en assurer le déploiement. Les recommandations découlant de cette étude sont les suivantes :

- (1) Adopter et partager une vision concertée des rôles, des responsabilités et des compétences propres à chacun des types de travailleurs de la santé. Tant au niveau des politiques, des gestionnaires et des prestataires, les nouveaux rôles et responsabilités des travailleurs de la santé doivent être connus, compris et intégrés ;
- (2) Aligner le développement des politiques locales en matière de partage d'activités professionnelles avec les modes de gestion des directions infirmières et autres directions qui régissent les pratiques professionnelles ;
- (3) Adopter des modes de gestion souples et efficaces permettant (a) d'encadrer le choix des activités à partager entre les travailleurs de la santé selon les besoins des milieux de soins et des patients et (b) d'exploiter le plein potentiel de toutes les catégories de travailleurs ;
- (4) Établir des ratios de travail qui tiennent compte des nouvelles activités partagées ;
- (5) Optimiser les ressources (a) en intégrant davantage les IPS dans les soins spécialisés, elles qui, actuellement, sont surtout présentes en première ligne ; (b) en exploitant davantage les

compétences des IA qui sont en contact étroit avec les patients et peuvent offrir davantage de soins directs ; et (c) en reconnaissant la valeur professionnelle des PAB et développant leur potentiel d'intervention ;

- (6) Dans le contexte actuel où les rôles et les responsabilités évoluent avec les besoins des patients, (a) réévaluer régulièrement les activités pouvant être déléguées ou transférées ; (b) mettre en place des stratégies de développement continu des compétences pour assurer la qualité et la sécurité des activités partagées ; et (c) développer les outils requis tels que protocoles, outils cliniques et lignes directrices ;
- (7) Développer des stratégies de communication favorisant la collaboration interdisciplinaire, composante essentielle du partage d'activités.

RÉFÉRENCES

1. Appleby, J., V. Raleigh, F. Frosini, G. Bevan, H. Gao and T. Lyscom (2015). "Variations in health care. The good, the bad and the inexplicable. 2011." Kings Fund: London.
2. Bodenheimer, T., E. H. Wagner and K. Grumbach (2002). "Improving primary care for patients with chronic illness." *JAMA* 288(14): 1775-1779.
3. Borgès Da Silva, R., I. Brault, C. Dubois, A. Motulsky and A. Prud'homme (2017). "Évaluation de l'implantation de la prescription infirmière au Québec." *Perspective infirmière* 14(5): 53-57.
4. Bourgeault, I. L., E. Kuhlmann, E. Neiterman, S. Wrede and W. H. Organization (2008). "How can optimal skill mix be effectively implemented and why?"
5. Buchan, J. (1999). "Determining skill mix: lessons from an international review." *Human Resources for Health Development Journal* 3(2): 80-90.
6. Buchan, J., J. Ball and F. O'May (2001). "If changing skill mix is the answer, what is the question?" *Journal of health services research & policy* 6(4): 233-238.
7. Buchan, J. and L. Calman (2005). "Skill-Mix and policy change in the health workforce."
8. Chandra, A. and D. Staiger (2016). "Value-Added Models: New Methods and Applications Sources of Inefficiency in Healthcare and Education." *The American Economic Review* 106(5): 383-387.
9. Déry, J., D. D'Amour and C. Roy (2017). "L'étendue optimale de la pratique infirmière." *Perspective infirmière* 14(1): 51-55.
10. Dubois, C.-A. and D. Singh (2009). "From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management." *Human Resources for Health* 7(1): 87.
11. FIQ (2009). Révision du système professionnel Les impacts de la loi 90.
12. Hutchison, B., J. F. Levesque, E. Strumpf and N. Coyle (2011). "Primary health care in Canada: Systems in motion." *Milbank Quarterly* 89(2): 256-288.
13. Lacroix, M.-C. et Borgès Da Silva R (2018). "Les ordonnances collectives et la qualité des soins au triage des urgences: synthèse des connaissances." *Santé Publique* 30(1): 83-93.
14. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3. Accessed 13 August 2021.
15. McCusker, J., P. Tousignant, R. Borgès Da Silva, A. Ciampi, J. F. Levesque, A. Vadeboncoeur and S. Sanche (2012). "Factors predicting patient use of the emergency department: A retrospective cohort study." *Canadian Medical Association Journal* 184(6): E307-E316.
16. Midy, F. (2003). "Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières: Revue de la littérature 1970-2002." *Questions d'économie de la santé*(65): 1-4.
17. OIIQ (2016). *Le champs d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3e ed ; Loi sur les infirmières.
18. Olsen, L., R. S. Saunders and P. L. Yong (2010). *The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary*, National Academies Press.
19. Gouvernement du Québec (2002) *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90, chapitre 33)*, Québec
20. Regragui, S., A. Lacasse and F. Gallagher (2020). "La collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne:

- une étude qualitative." *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière* 6(4): 100209.
21. Roch, G. and N. Ouellet (2010). "Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec." *L'infirmière clinicienne* 7(2): 7-17.
 22. Sibbald, B., J. Shen and A. McBride (2004). "Changing the skill-mix of the health care workforce." *Journal of health services research & policy* 9(1_suppl): 28-38.
 23. Starfield, B., L. Shi, A. Grover and J. Macinko (2005). "The effects of specialist supply on populations' health: Assessing the evidence." *Health Affairs Suppl Web Exclusives: W5-W5*.
 24. Starfield, B., L. Shi and J. Macinko (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Quarterly* 83(3): 457-502.

ANNEXE A : GUIDE D'ENTREVUE

Peut-on répartir de façon plus efficiente les activités entre professionnels de santé ?

GUIDE D'ENTREVUE

Lieu :.....

Date de la séance d'entrevue : ____/____/____ Heure -----

Entrevue n° :.....

Durée de l'entrevue :.....

Poste occupé :.....

Organisme/Établissement :.....

INTRODUCTION

- Rappel du projet de recherche et de ses objectifs
 - Présentation du formulaire d'information et de consentement
 - Présentation des règles d'éthique et des diverses procédures : enregistrement, protection de l'anonymat, consentement éclairé, présentation de la possibilité d'arrêter l'entrevue quand les personnes interviewées le désirent
 - Signature du formulaire de consentement
 - Début de l'entrevue
-

Perceptions générales concernant le partage des activités entre les professionnels de santé

1. D'après vous, **qu'est-ce que** le partage des activités entre professionnels de santé ?
2. Pensez-vous que c'est une **bonne chose** à laquelle vous pouvez adhérer ?
3. Quel est **l'état actuel** du partage des activités entre professionnels de santé au Québec ?
Qu'en pensez-vous ? Politiques, catégories de professionnels concernés, etc.

Types d'activités à partager

4. Selon votre expérience, quelle est la **proportion d'activités** que vous faites quotidiennement qui pourraient être effectuées par d'autres professionnels de santé ?
5. Quels **types** ou quelle est la **nature** des activités qui pourraient être partagées (entre*) :
 - a. Médecins - Infirmières (praticiennes spécialisées/cliniciennes/techniciennes/auxiliaires) ?
 - b. Infirmières praticiennes spécialisées – Infirmières ?
 - c. Infirmières (cliniciennes/techniciennes) et – Infirmières auxiliaires ?

d. Infirmières auxiliaires - Préposés aux bénéficiaires ?

*Spécifier en fonction du poste de la personne interviewée

6. D'après vous, **pourquoi** ces activités (que vous venez de mentionner) peuvent être partagées et pas d'autres ?

Conditions de partage

7. Sous quelles **conditions** ces activités peuvent-elles être partagées entre professionnels ? Et comment cela devrait être fait (déléguer, transférer, etc.) ?
8. D'après vous, quelles pourraient être les **conditions favorables** au partage des activités sans compromettre la qualité des services ?
9. Que pourraient être les **barrières potentielles** au partage des activités entre professionnels, c'est-à-dire qui empêcheraient qu'on n'en fasse pas plus ?
10. Sinon, quels **types d'outils/stratégies** peuvent être utilisés pour faciliter le partage des activités entre professionnels ? (Par exemple les ordonnances collectives, protocoles de soins, lignes directrices, travail d'équipe de soins, outils collaboration/suivi/contrôle)

Avantages et Inconvénients

11. D'après vous, quels pourraient être les **gains potentiels** du partage des activités entre professionnels pour :
 - a. Le système de santé (Ex : efficacité, etc.)
 - b. Les professionnels de santé (Ex : valorisation, satisfaction au travail, autonomie, etc.)
 - c. Les patients (Ex : efficacité et qualité des services, meilleur accès, satisfaction, etc.)
12. Pourrait-il y avoir éventuellement des **inconvénients** ? Par exemple ?
13. Y a-t-il d'autres éléments à considérer, ou avez-vous quelque chose à ajouter, comme un message clé ?

Merci beaucoup,

ANNEXE B : CERTIFICAT ÉTHIQUE



N° de certificat
18-079-CERES-D

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

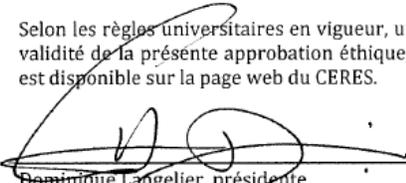
Projet	
Titre du projet	Peut-on repartir de façon plus efficiente les tâches entre les professionnels de santé?
Chercheurs requérants	Roxane Borgès Da Silva (14556), Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières Carl-Ardy Dubois (72760), Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières Régis Blais (44831), Professeur titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé
Coordination du projet: Marie-Claire Ishimo	
Financement	
Organisme	CIRANO
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	8068
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.


Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

26 juillet 2018
Date de délivrance

1er août 2019
Date de fin de validité

Guillaume Pave, conseiller en éthique de la recherche pour Dominique Langelier.

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3333 Queen-Mary
2e étage, bur. 220-3
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

