

Sous la direction scientifique de  
**Benoit Dostie – Catherine Haeck**  
Sous la coordination de  
**Genevieve Dufour**

# Le Québec économique 10

## Compétences et transformation du marché du travail

### Chapitre 17

## UNE MEILLEURE RÉPARTITION DES ACTIVITÉS ENTRE LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

Roxane Borgès Da Silva  
Régis Blais  
Carl-Ardy Dubois

Marie-Claire Ishimo  
Marjolaine Hamel

**Comment citer ce chapitre :**

Blais, R., Borgès Da Silva, R., Dubois, C.-A., Hamel, M. et Ishimo, M.-C. (2022). Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé : état de la situation, contraintes et facilitateurs. Dans B. Dostie et C. Haeck (dir.), *Le Québec économique 10. Compétences et transformation du marché du travail* (17, p. 369-390). CIRANO. [doi.org/10.54932/OUMW6688](https://doi.org/10.54932/OUMW6688)

## Chapitre 17

# UNE MEILLEURE RÉPARTITION DES ACTIVITÉS ENTRE LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

### *État de la situation, contraintes et facilitateurs*

#### Roxane Borgès Da Silva

Professeure agrégée à l'École de santé publique de l'Université de Montréal et fellow au CIRANO

#### Carl-Ardy Dubois

Professeur titulaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal et chercheur au CIRANO

#### Régis Blais

Professeur titulaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal

#### Marie-Claire Ishimo

Professionnelle de recherche au CIRANO

#### Marjolaine Hamel

Professionnelle de recherche au CIRANO

## 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, ce chapitre fait le point sur l'état du partage des 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 ces personnes. Il 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, il 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<sup>1</sup>.*

---

## Introduction

**D**e nombreuses études ont démontré que l'efficience des services de santé<sup>2</sup> est une condition essentielle pour répondre aux besoins des patients et plus particulièrement des malades chroniques (Bodenheimer *et al.*, 2002; Starfield *et al.*, 2005a; Déry *et al.*, 2017). Dans plusieurs pays occidentaux, cette efficience 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.*, 2005b; Dubois et Singh, 2009; Hutchison *et al.*, 2011; Appleby *et al.*, 2011; 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'efficience, que ce soit du côté de l'offre (par exemple : utilisation sous-optimale de ressources financières, humaines ou matérielles) ou de la demande (par exemple : temps d'attente, délais d'attente pour les chirurgies), 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

## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

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 des services de santé, notamment les soins de santé primaires. La revue systématique réalisée par Laurant et ses collaborateurs en 2018 a repéré 18 essais randomisés évaluant l'impact des infirmières qui travaillent comme substituts aux médecins. « [L]es 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 pris en charge par une infirmière. La satisfaction des patients est probablement un peu plus élevée dans les soins primaires pris en charge 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).

Le Québec dispose d'un encadrement légal qui définit le champ d'exercice des travailleurs de la santé et les activités réservées à chacune des professions (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [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 ces personnes<sup>3</sup>. 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 des ressources humaines et technologiques).

## Méthodologie

Les résultats présentés dans ce chapitre sont basés sur des entrevues individuelles semi-structurées menées auprès de 33 acteurs clés du réseau des services de santé québécois au début de l'année 2019 :

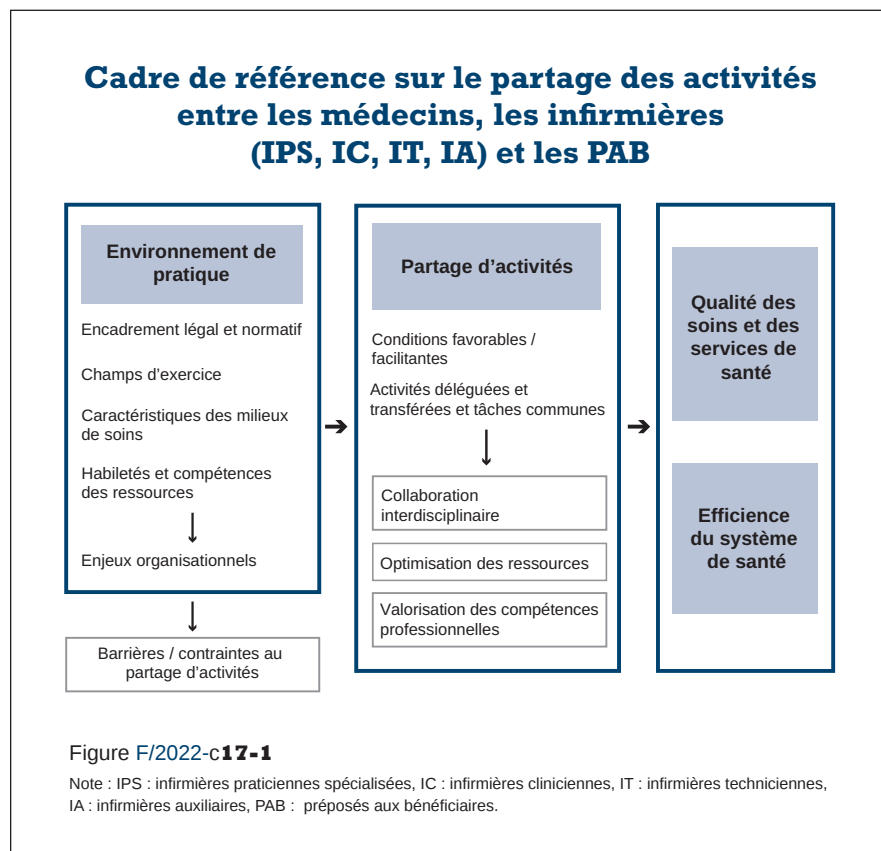
- Décideurs et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux des niveaux provincial (ministère de la Santé et des Services sociaux, ordres professionnels et syndicats) et local (directeurs des services professionnels et des soins infirmiers et gestionnaire de clinique). Ces personnes ont été sélectionnées pour leurs connaissances sur le système de santé et sur l'organisation des professions médicale et infirmière. 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.
- Travailleurs de la santé directement impliqués dans les soins et services, incluant médecins, infirmières (IPS, IC, IT, IA) et PAB œuvrant en clinique de soins primaires (groupe de médecine familiale, appelé communément GMF), en centre local de services communautaires (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) 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.

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.

## Résultats

### 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 17-1). 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, les infirmières (IPS, IC, IT, IA) et les PAB et sur leurs retombées. Les résultats associés aux composantes de ce cadre sont présentés au fur et à mesure dans les sections suivantes.



## *État de la situation du partage d'activités en milieux de soins*

### **Environnement de pratique**

#### *Encadrement légal et normatif*

Au Québec, l'exercice des professions médicale et infirmière 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 et les infirmiers stipule que les IPS, les IC et les IT disposent de 17 activités réservées<sup>4</sup>. S'ajoutent pour les IPS quelques activités médicales (5), selon leur classe de spécialité<sup>5</sup>. Les IA disposent également de leurs propres activités réservées, au nombre de 9<sup>6</sup> (OIIQ). 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'études universitaires et collégiales, 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 activités 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 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 et pour lesquelles les travailleurs de la santé disposent des compétences pour



## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

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 en ce qui a trait aux 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, les infirmières et les 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, les IC, les IT, les IA et les PAB sont prises localement (au sein 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 les milieux moins bien pourvus, le fardeau des activités 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 à diversifier leurs activités (par exemple : histoire, examen physique, intervention, responsabilité de cas plus complexes comme les traumatismes ou les crises cardiaques).

Enfin, il ressort des entrevues que les modèles de partage des activités sont fort différents selon que les soins sont donnés en centre hospitalier, en CHSLD ou en contexte ambulatoire.

- 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, les IC ou les IA travaillent étroitement ensemble ; c'est le cas en néphrologie. Dans d'autres unités de soins spécialisés (par exemple une 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 d'activités administratives. Elles sont moins présentes dans les soins directs aux patients 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, les IT, les 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 trouve dans ces milieux 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

## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

manque de ressources infirmières (par exemple pour vérifier les signes vitaux ou la glycémie).

- 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 des 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 collaboration entre les professionnels est très présente et, 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*

Selon les répondants, 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.

## **Enjeux organisationnels associés au partage d'activités**

### *Enjeux entre les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées*

Les principaux enjeux du partage des activités entre les médecins (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 (GMF, hôpitaux, etc.). 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 entre les médecins et les 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 d'activités sont fréquents, ce qui peut représenter des possibilités de substitution de professionnels pour leur réalisation.

### *Enjeux entre les médecins et les 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, notamment 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 entre les médecins et les 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 une requête de soins, alourdissant du même coup la séquence de décision et de distribution des soins.

## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

En clinique (soins primaires), la culture organisationnelle propre à ces milieux encourage les IA à réaliser davantage d'activités partagées. Toutefois, les IA soulignent que les activités 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 entre les infirmières praticiennes spécialisées et les 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 (par exemple : 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 en néphrologie chevauche celui de l'IC et celui du néphrologue. Ce chevauchement d'activités peut représenter des possibilités de partage entre ces catégories de profession.

### *Enjeux entre les infirmières cliniciennes et les 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 dans les procédures du travail en collaboration. Les activités reliées à l'observation et à l'évaluation des patients illustrent bien le chevauchement des actes réalisés par les IC et les IA. Les IA sont autorisées à réaliser des actes d'observation qui doivent être complétés par des évaluations faites par une 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 de plaie ou de douleur chez un patient, mais ne peut pas rédiger de compte rendu, cet acte faisant partie du 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 amorcent un protocole de soins ou une ordonnance (par exemple : mesurer la 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.

### *Enjeux entre les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires*

Dans le contexte de la population québécoise qui vieillit et de 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 Fédération professionnelle des préposés aux bénéficiaires du Québec 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 confiées. Les PAB peuvent parfois se trouver en situation d'illégalité en réalisant certains actes professionnels leur étant délégués (par exemple, donner des médicaments, une activité réalisée par les IA).

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 (mesure de l'insuline, de la glycémie, etc.) ne sont pas reconnues et acceptées dans tous les milieux de soins.

### **Contraintes ou barrières au partage d'activités**

En décrivant l'état actuel de la situation du partage d'activités entre les MD, les IPS, les IC, les IT, les IA et les 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, présentées dans le tableau **17-1**, sont étroitement associées aux facteurs liés à l'environnement de pratique.

## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

	<b>Contraintes ou barrières au partage des activités</b>
<b>Facteurs liés à l'environnement de pratique</b>	<b>Contraintes ou barrières au partage d'activités entre MD, IPS, IC, IT, IA et PAB</b>
<b>Encadrement légal et législatif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Complexité des structures et de la nomenclature de la profession infirmière : confusion dans la définition des rôles et des responsabilités des infirmières</li> <li>■ Promotion et diffusion insuffisante des nouveaux rôles et responsabilités des IPS</li> <li>■ Statut de non-professionnel des PAB</li> </ul>
<b>Champs d'exercice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Champs d'exercice restrictif</li> <li>■ Manque de connaissance et de respect des compétences</li> <li>■ Incertitude sur la légalité de certaines activités pouvant être déléguées ou transférées</li> </ul>
<b>Caractéristiques des milieux de soins</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Culture organisationnelle</li> <li>■ Disponibilité de ressources</li> <li>■ Modes de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Difficulté d'intégration des IPS dans les équipes de soins</li> <li>■ Difficultés d'intégration et de collaboration interprofessionnelle dans les grandes équipes</li> <li>■ Manque de réceptivité des ressources médicales à partager les activités avec les infirmières</li> <li>■ Fardeau des activités des IA et des PAB</li> </ul>
<b>Habilités et compétences</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Soutien et encadrement</li> <li>■ Développement des ressources humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manque de guide de pratique et de procédures adaptées</li> <li>■ Manque de supervision et de formation</li> <li>■ Manque de budget pour la formation continue</li> </ul>

Tableau t/2022-c17-1

Note : MD : médecins, IPS : infirmières praticiennes spécialisées, IC : infirmières cliniciennes, IT : infirmières techniciennes, IA : infirmières auxiliaires, PAB : préposés aux bénéficiaires.

## *Activités à partager entre MD, IPS, IC, IT, IA et PAB*

### **Partage entre MD et IPS, IC, IT, IA**

Les MD et les infirmières travaillent en proximité dans de nombreux milieux de soins. La question 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 soins ambulatoires et en soins de première ligne.

En milieu hospitalier, une organisation représentant les médecins 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 activités routinières de contrôle de l'état des plaies en postopératoire 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 (par exemple l'hypertension artérielle, le diabète, l'asthme). Enfin, les IPS sont en mesure de prendre en charge certaines questions 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, de même 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'Association Médicale du Québec (AMQ) souligne qu'il est souhaitable de les impliquer davantage, principalement dans la gestion, le suivi et la surveillance des patients chroniques, sans que cela concerne la prise de direction clinique comme des diagnostics ou des décisions de traitement.



## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

Les IT et les IA sont également appelées 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, les IT et les IA.

### Partage entre IPS, IC, IT et 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 professionnelles est déjà bien présente en ce qui concerne les activités techniques comme les prises de sang ou les électrocardiogrammes. Étant donné que les IA sont en contact continu avec les patients, bon nombre d'activités pourraient leur être déléguées, allégeant ainsi les procédures en place souvent longues et peu utiles. L'administration d'antibiotiques en intraveineuse (AIV), l'administration de vaccins, l'amorce de certains protocoles de soins sans autorisation au préalable par une 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 courants pour lesquels les résultats sont normaux.

### Partage entre IA et PAB

Les IA et les PAB suggèrent qu'un certain nombre d'activités non réglementées soient déléguées aux PAB, qui pourront ainsi soutenir 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 leviers postopératoires. Cependant, la délégation de ce type d'activités doit être accompagnée par de la formation et de la supervision.

## **Activités ne devant pas faire l'objet de partage entre 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 et rester réservées aux MD (par exemple, l'examen du patient, les diagnostics et les plans de traitement), aux IPS (suivi continu des patients, ajustement de certains paramètres thérapeutiques et de la médication, gestion d'horaires...), aux IC (planification et surveillance des patients, administration de médicaments, vaccination...), aux IT (évaluation au triage), aux IA (électrocardiogrammes, prises de sang, prise des signes vitaux...) et aux PAB (besoins fondamentaux comme la nourriture et les bains).

### *Conditions favorables au partage d'activités*

Selon les répondants, l'adaptation du système de soins aux nouveaux besoins des patients et à l'évolution des pratiques constitue une prémisses incontournable. Ceci signifie que, tant chez les politiques, les gestionnaires que les prestataires, les nouveaux rôles et responsabilités des membres des équipes de soins, notamment des 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 une relation de confiance entre les membres appelés à partager des 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 règles d'organisation du 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 à 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

## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

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.

### *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. Voici les moyens suggérés par les répondants :

La transmission d'informations sur les dossiers des patients traités en commun par :

- Le dossier médical informatisé, pour un meilleur suivi des patients entre les intervenants,
- L'utilisation de 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) ;

Le 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 ;

La coordination d'équipe :

- La tenue de réunions multidisciplinaires permettant de connaître les différentes compétences,
- Les vidéoconférences ;

Le développement des compétences et des expertises :

- Les rencontres de formation continue qui permettent des échanges entre les différentes disciplines et la promotion d'expériences positives,
- L'utilisation de 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.

### *Gains potentiels du partage d'activités*

Selon les gestionnaires et les travailleurs de la santé, des gains substantiels résultent d'un partage d'activités efficient entre les MD, les IPS, les IC, les IT, les IA et les PAB. Les bénéfices se mesurent tant sur les plans professionnel et organisationnel qu'en ce qui concerne les patients et les 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 totale des patients, dont les besoins de services sont souvent nombreux et complexes. La répartition des activités entre les MD, les IPS, les IC, les IT, les IA et les PAB qui se fait en tout respect des rôles, des responsabilités et des compétences de chacun, constitue une valeur ajoutée pour les équipes de soins appelées à collaborer, notamment grâce à l'amélioration de la confiance requise entre les intervenants.

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

## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

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 activités 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.

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

## Conclusion

La loi 90 en vigueur depuis 2003 a constitué une étape majeure dans la reconfiguration des rôles, des activités, des fonctions et des 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 avec la prescription, qui était une activité réservée uniquement aux médecins auparavant et qui a été élargie aux infirmières cliniciennes avec la prescription infirmière (Borgès Da Silva *et al.*, 2017). Selon la majorité des répondants, les médecins de la nouvelle génération sont beaucoup plus ouverts à partager des activités avec les infirmières. Ces 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 efficient 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.

Dans son rapport publié en janvier 2022 portant sur la performance des soins et services aux aînés dans le cadre de la pandémie de COVID-19, la Commissaire à la santé et au bien-être a soulevé plusieurs problèmes liés au partage des responsabilités entre les travailleurs de la santé au Québec (CSBE, 2022). Elle note en particulier que les pratiques professionnelles sont restreintes par la réglementation, que les infirmières praticiennes ont de la difficulté à assumer le plein exercice de leur profession dans les milieux de vie et que les modes de rémunération des médecins ne les encouragent pas à collaborer avec l'équipe de soins. Elle recommande en particulier « *que les partenaires partagent les rôles et les tâches pour que chaque intervenant soit en mesure de mettre en application le plein éventail des expertises disponibles* » (CSBE, 2022, p. 159). L'expérience de la pandémie de COVID-19 au Québec fournit un exemple patent de la nécessité d'améliorer la répartition des activités entre les travailleurs de la santé pour de meilleurs résultats de santé pour la population.



## Références

Appleby, J., Raleigh, V., Frosini, F., Bevan, G., Gao, H. et Lyscom, T. (2011). *Variations in health care. The good, the bad and the inexplicable*. Londres, R.-U. : Kings Fund. [kingsfund.org.uk/sites/default/files/field\\_publication\\_file/Variations-in-health-care-good-bad-inexplicable-report-The-Kings-Fund-April-2011.pdf](https://kingsfund.org.uk/sites/default/files/field_publication_file/Variations-in-health-care-good-bad-inexplicable-report-The-Kings-Fund-April-2011.pdf).

Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775-1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>.

## Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé

Borgès Da Silva, R., Brault, I., Dubois, C.-A., Motulsky, A. et Prud'homme, A. (2017). Évaluation de l'implantation de la prescription infirmière au Québec. *Perspective infirmière*, 14(5), 53-57.

Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neiterman, E., Wrede, S. (2008). How can optimal skill mix be effectively implemented and why? [euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/background-documents/how-can-optimal-skill-mix-be-effectively-implemented-and-why](http://euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/background-documents/how-can-optimal-skill-mix-be-effectively-implemented-and-why).

Buchan, J. (1999). Determining skill mix: Lessons from an international review. *Human Resources for Health Development Journal*, 3(2), 80-90. [hrhresourcecenter.org/node/241.html](http://hrhresourcecenter.org/node/241.html)

Buchan, J., Ball, J. et O'May, F. (2001). If changing skill mix is the answer, what is the question? *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(4), 233-238. [jstor.org/stable/26750314](http://jstor.org/stable/26750314).

Buchan, J. et Calman, L. (2005). Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses advanced roles. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, (17), OCDE. <https://doi.org/10.1787/743610272486>.

Chandra, A. et Staiger, D. (2016). Sources of inefficiency in healthcare and education. *The American Economic Review*, 106(5), 383-387. <https://doi.org/10.1257/aer.p20161079>.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2022). Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19. Le devoir de faire autrement. PARTIE 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens. Québec : Gouvernement du Québec.

Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.

Dubois, C.-A. et Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: Towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7, 87. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-87>.

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). (2009). *Révision du système professionnel. Les impacts de la loi 90*. [numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2051373](http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2051373).

Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E. et Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *Milbank Quarterly*, 89(2), 256-288. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>

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. <https://doi.org/10.3917/spub.181.0083>.

Laurant, M., Van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., Van Vught, A. J. A. H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), article CD001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>

McCusker, J., Tousignant, P., Borgès Da Silva, R., Ciampi, A., Levesque, J. F., Vadeboncoeur, A. et Sanche, S. (2012). Factors predicting patient use of the emergency department: A retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 184(6), E307-E316. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111069>.

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. [irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf](http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3<sup>e</sup> édition). Dir. Durand, S. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Olsen, L., Saunders R. S. et Yong, P. L. (2010). *The Healthcare Imperative: Lowering costs and improving outcomes: Workshop series summary*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12750>.

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. [opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/02\\_loi90-adopte.pdf](http://opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/02_loi90-adopte.pdf).

Regragui, S., Lacasse, A. et Gallagher, F. (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. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2020.100209>.

Roch, G. et Ouellet, N. (2010). Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 7(2), 7-17. [revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Article\\_RochetOuellet\\_Vol7no2pp7-172010\\_000.pdf](http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Article_RochetOuellet_Vol7no2pp7-172010_000.pdf).

Sibbald, B., Shen, J. et McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(1\_suppl), 28-38. <https://doi.org/10.1258/135581904322724112>.

Starfield, B., Shi, L., Grover, A. et Macinko, J. (2005a). The effects of specialist supply on populations' health: Assessing the evidence. *Health Affairs* (supplément exclusif sur le Web), W5-W5. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w5.97>.

Starfield, B., Shi, L. et Macinko, J. (2005b). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.

## Notes

1. Ce chapitre est basé sur une étude à paraître au CIRANO.
2. L'efficiencia dans les services de santé fait référence à une utilisation appropriée et pertinente des ressources permettant de meilleurs résultats.
3. Les infirmières auxiliaires disposent de 11 activités réservées ; les infirmières techniciennes et cliniciennes disposent de 17 activités réservées. Aux 17 activités réservées aux infirmières techniciennes et cliniciennes s'ajoutaient, au moment de l'étude, 5 actes médicaux pour les infirmières praticiennes spécialisées.
4. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>.
5. Il s'agit du 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.
6. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/schema-2-inf-et-infauxiliaire.pdf>.