

Université de Montréal

Facteurs influençant l'implantation des « adjoints au médecin » au Québec

Par
Daniel Ayotte

Département d'Administration de la Santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
En Administration des Services de Santé

Décembre, 2012
© Daniel Ayotte, 2012

RÉSUMÉ

Cette étude exploratoire a pour but d'identifier les facteurs pouvant influencer l'implantation des adjoints au médecin dans le système de santé québécois, selon les perceptions de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes. La collecte de données pour cette étude qualitative s'est effectuée à l'aide d'entrevues semi-structurées effectuées auprès de 13 omnipraticiens et spécialistes provenant d'hôpitaux de Montréal et de la clinique médicale des Forces canadiennes de St-Jean (Québec). L'étude a démontré que des obstacles perçus, tels que le corporatisme et le manque d'information sur la profession, pourraient interférer avec l'intégration des adjoints au médecin au Québec. Cependant, les participants s'entendent pour dire que ces obstacles ne seraient pas insurmontables et ont, par la même occasion, identifié de nombreux éléments pouvant faciliter cette intégration. Les adjoints au médecin ont des compétences uniques et travaillent déjà dans d'autres provinces canadiennes qui ont un réseau de santé similaire au nôtre. Cette étude permet donc d'approfondir les connaissances à l'égard de cette profession, en plein essor au pays, dans l'éventualité d'une intégration de ce groupe professionnel au Québec.

Mots clés : Adjoint au médecin, médecins, intégration, réseau de la santé québécois, acceptation, infirmières praticiennes.

ABSTRACT

The intent of this exploratory study is to identify the factors that could influence the implementation of Physician Assistants in Quebec's medical system based on the opinions of General Physicians and Medical Specialists. The data were collected from semi-structured interviews conducted with 13 generalists and specialists from hospitals in the Montréal area and from the military clinic located in the Canadian Forces Base St-Jean (Québec). The study showed that perceived obstacles such as corporatism and the lack of information about the profession could interfere with physician assistant integration.

However, participants agreed that these obstacles could be overcome. They have, at the same time, identified many very positive factors in favour of this integration. Physician assistants have unique skills and are already fully integrated in provincial health care systems in other Canadian provinces. This study offers a better understanding and greater awareness of this expanding profession in our country and the progress towards its possible integration in Québec.

Key words: Physician assistant, physician, integration, Québec health care system, nurse practitioner.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Remerciement.....	viii
Chapitre 1 – Introduction	
1.1 Problématique.....	1
1.2 Objectif et question de recherche.....	4
1.3 Utilisation des résultats de la recherche.....	5
Chapitre 2 – État des connaissances et modèle conceptuel	
2.1 Histoire des adjoints au médecin.....	7
2.2 Les adjoints au médecin aux États-Unis.....	8
2.3 Les adjoints au médecin au Canada.....	13
2.4 Formation des adjoints au médecin.....	16
2.5 Formation de l’infirmière praticienne.....	19
2.6 Adjoints au médecin et infirmières praticiennes.....	20
2.7 Perception des médecins à l’égard des adjoints au médecin.....	21
2.8 Utilisation des adjoints au médecin	23
2.9 Intégration d’autres professions dans le milieu de la santé au Québec.....	28
2.10 Conclusion de l’état des connaissances.....	32
2.11 Modèle conceptuel.....	33
Chapitre 3 – Méthodologie	
3.1 Devis.....	36
3.2 Population à l’étude.....	37
3.3 Collecte des données.....	39
3.4 Analyse des données.....	40
3.5 Validité et fiabilité de l’étude.....	42
3.6 Éthique.....	43

Chapitre 4 – Résultats

4.1	Obstacles perçus.....	45
4.1.1	Corporatisme.....	45
4.1.2	Connaissances relatives à la profession d’adjoint au médecin.....	47
4.1.3	Caractéristiques de la profession.....	50
4.2	Facilitateurs perçus.....	52
4.2.1	Caractéristique de la profession.....	52
4.2.2	Caractéristiques de la pratique.....	56
4.2.3	Situation actuelle du réseau de santé et lacunes du système.....	58
4.2.4	Impact sur la pratique des médecins.....	61

Chapitre 5 – Discussion

5.1	Retour sur les résultats.....	64
5.2	Interprétation des résultats.....	65
5.3	Comparaison avec les facteurs identifiés dans la littérature	68
5.4	Limites de la recherche.....	69
5.5	Recommandations.....	70

Chapitre 6 – Conclusion.....

71

Références.....

72

Annexe 1 – Grille d’entrevue.....

82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Droit de pratique des adjoints au médecin dans les provinces canadiennes.... 15

Tableau 2 - Conditions favorables et barrières potentielles à l'intégration des IPS..... 31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Répartition des adjoints au médecin par états américains.....	11
Figure 2 - Répartition des adjoints au médecin aux États-Unis.....	12
Figure 3 - Adjoint au médecin par spécialité.....	12
Figure 4 - Parcours de la certification des adjoints au médecin au Canada.....	18
Figure 5 - Modèle conceptuel de l'acceptation de la profession d'adjoint au médecin par les médecins.....	35

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier tous les participants de cette étude.

Madame Nicole Roberge pour son support dès le tout début, alors que j'habitais encore Winnipeg.

Monsieur Régis Blais pour ses conseils inestimables.

Ainsi que ma mère, Jeanne D'arc Blouin, principale source d'inspiration dans ma vie.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Problématique

La réalité de plus de deux millions de personnes n'ayant pas de médecin de famille au Québec est une problématique à laquelle il ne semble pas y avoir de solution rapide et efficace, selon le Dr Louis Godin, président de la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (Rioux-Soucis, 2011).

Alors que le nombre insuffisant d'effectifs médicaux en médecine générale (Gervais, 2009) semble être la cause principale, d'autres problèmes, dont le vieillissement des médecins et le manque de relève dans le domaine ne font qu'aggraver la situation : *« alors qu'il existe déjà une importante pénurie de 1175 médecins omnipraticiens dans l'ensemble de la province, que près de 300 postes en résidence en médecine familiale sont demeurés vacants dans nos facultés de médecine au cours des cinq dernières années et que plus de 40 % des Québécois sont suivis médicalement par des médecins de plus de 55 ans, le gouvernement du Québec doit agir et doit poser des gestes concrets pour valoriser la médecine familiale, sinon nous nous dirigeons collectivement de façon indéniable vers un mur. Et le premier geste à poser est sans conteste un plus grand investissement en médecine familiale afin que la médecine de première ligne soit véritablement traitée comme une priorité au Québec »* (FMOQ, 2011, page 1).

Dans ces conditions, une volonté grandissante visant une délégation des tâches des omnipraticiens à d'autres groupes professionnels, tels que les pharmaciens (Lamarre, 2011) ou les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne, anime le débat : « *Depuis longtemps, la Fédération demande que les médecins omnipraticiens ayant des activités de prise en charge et de suivi de clientèle, quel que soit leur milieu de pratique, reçoivent davantage de soutien professionnel de manière à pouvoir offrir des soins au plus grand nombre de patients possible. L'annonce d'aujourd'hui... 500 nouveaux postes d'IPS...va en ce sens, et les médecins omnipraticiens entendent collaborer avec les IPS dans leurs milieux de travail au cours des mois et années à venir* », a déclaré le Dr Louis Godin, président de la FMOQ » (FMOQ, 2010, page1). Bien que ces différents acteurs du réseau de la santé puissent assumer, de l'avis de certains, des actes traditionnellement réservés aux médecins, leur fonction primaire reste tout de même différente de ceux-ci.

Dans plusieurs pays, dont le Canada depuis peu, les adjoints au médecin (AM) remplissent ce rôle qui est de supporter le médecin dans ses fonctions. Ils peuvent entre autres interroger les patients, établir les antécédents médicaux et procéder à l'examen physique, pratiquer certaines interventions diagnostiques et thérapeutiques et donner aux patients des conseils sur les soins de santé préventifs (ACAM, 2011). Cette solution est utilisée dans d'autres réseaux de santé à travers le monde. À titre d'exemple, plus de 80 000 adjoints au médecin travaillent actuellement aux États-Unis et il a été estimé que les besoins pour ce type de professionnels seront plus grands que les effectifs qui seront disponibles d'ici 2025 (Hooker et al., 2011).

Au Canada, bien que les Services de Santé des Forces canadiennes (SSFC) offrent un programme de formation pour les adjoints au médecin depuis 1984, le métier d'adjoint au médecin n'a été reconnu qu'en 2003 par l'Association médicale canadienne (AMC) (Craig, 2009). Déjà à ce jour, malgré ce court délai, mais devant l'efficacité du programme, le Manitoba et l'Ontario ont mis sur pied des formations universitaires pour les adjoints au médecin (ACAM, 2011), alors que ces deux provinces et récemment le Nouveau-Brunswick et l'Alberta emploient des adjoints au médecin dans leur système de santé. Selon l'ACAM (2011), les résultats de l'intégration d'adjoints au médecin dans ces provinces semblent très positifs, tant du point de vue des patients, des médecins que des systèmes de santé eux-mêmes. De son côté, l'AMC, depuis la reconnaissance du programme en 2003, est fortement impliquée dans ce projet ayant coparrainé, en octobre 2008, le deuxième symposium sur la place et le rôle des adjoints au médecin au Canada (Bélanger, 2009).

Dans ce contexte, il est possible que le gouvernement québécois s'interroge à son tour sur l'emploi d'adjoints au médecin dans son réseau. Il est donc primordial de bien comprendre les enjeux liés à leur utilisation et il faut, en tout premier lieu, identifier les défis associés à leur intégration. Un de ces défis fondamentaux sera la réaction des médecins à l'égard des adjoints au médecin. En effet, les médecins joueront sans conteste un rôle central dans l'intégration des adjoints au médecin, ayant à travailler en étroite collaboration avec ceux-ci, mais spécialement en raison de la nature des actes médicaux qu'ils leur délègueront. En effet, le champ d'activité de l'adjoint au médecin varie d'une personne à l'autre et est officiellement défini dans un contrat ou une entente de pratique entre le médecin superviseur et l'adjoint au médecin (ACAM, 2011).

À ce jour, on ne connaît pas la position des médecins québécois à l'égard des adjoints au médecin. Or, il semble essentiel de comprendre ce que les principaux intéressés, les médecins omnipraticiens et spécialistes, pensent de cette profession. Il est important de bien saisir les obstacles perçus pouvant ultimement empêcher l'emploi d'adjoints au médecin, mais aussi de cerner les avantages possibles de leur utilisation dans le réseau avant d'entreprendre des démarches dans ce sens. Sans l'acceptation des médecins omnipraticiens et spécialistes, le métier d'adjoint au médecin a bien peu de chance de se développer au Québec et pourrait ne pas être utilisé à son plein potentiel le cas échéant, comme c'est le cas pour les infirmières praticiennes qui font ici face à plusieurs défis d'intégration comparativement à d'autres provinces canadiennes (Pelletier & Tapp, 2010). La présente étude tente de combler ce manque d'information.

1.2 Objectif et question de recherche

L'objectif de cette étude exploratoire était d'identifier les facteurs pouvant influencer l'implantation des adjoints au médecin dans le système de santé québécois, selon les perceptions de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes. Cette étude servira à approfondir les connaissances pouvant aider à la compréhension des enjeux au niveau des obstacles et des facilitateurs liés à l'emploi possible d'adjoints au médecin dans le réseau québécois.

La question de recherche s'exprime comme suit «Quelles sont les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation des adjoints au médecin dans le système de santé québécois ?» À

cette question de recherche se greffent des questions orientées sur trois thèmes généraux qui servent de base pour approfondir celle-ci.

Le premier thème s'articule autour de l'intégration des adjoints au médecin et explore les obstacles et les éléments favorables à l'emploi d'adjoints au médecin. Le deuxième thème vise à approfondir l'emploi d'adjoints au médecin et aborde les avantages et les désavantages à collaborer avec ceux-ci. Le troisième thème concerne les compétences cliniques des adjoints au médecin et la nature de la relation entre le médecin et ceux-ci.

1.3 Utilisation des résultats de la recherche

Les données recueillies pourraient permettre de comprendre les défis reliés à l'utilisation des adjoints au médecin, et ce, avant même de définir leurs compétences techniques. En effet, même dans l'éventualité où il serait démontré de manière irréfutable que leur utilisation permette de réduire significativement le problème d'accès aux soins, ou encore à un médecin de famille, les adjoints au médecin ne seront pas employés efficacement, sans l'appui des médecins omnipraticiens et spécialistes avec qui ils travailleront. Dans cette optique, les résultats de cette étude pourraient aider les décideurs lors d'une éventuelle délibération sur l'utilisation d'adjoints au médecin dans notre réseau en identifiant quels sont les obstacles et les facilitateurs reliés à cette intégration.

Ultérieurement, cette étude pourrait aussi servir aux médecins dans le but de mieux comprendre les avantages à travailler de concert avec les adjoints au médecin. Enfin, cette

étude pourrait aussi être utile à l'association des adjoints au médecin du Canada et du Québec, comme outil pour mieux comprendre la position des médecins québécois dans ce dossier lors d'un éventuel dialogue.

CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES ET MODÈLE CONCEPTUEL

Ce chapitre présente d'abord un bref historique de la profession d'adjoints au médecin qui prend racine aux États-Unis et se penche ensuite sur l'introduction de la profession au Canada. Par la suite, une explication de la formation académique des adjoints au médecin sera effectuée, dans le but de comprendre la nature de la profession. La formation académique des infirmières praticiennes sera aussi abordée et comparée à celle des adjoints au médecin. Cette information sera nécessaire dans un premier temps, pour bien différencier les deux professions qui, bien que similaires, sont différentes de par leur fonction. De plus, la profession d'infirmière praticienne et surtout son intégration dans le réseau de santé québécois, a bien été documentée ce qui aidera à construire notre cadre conceptuel, les études portant sur les adjoints au médecin étant inexistantes au Québec à notre connaissance. Puisque les deux professions comportent des similitudes, il est logique de penser que leur intégration dans le réseau de santé québécois puisse rencontrer les mêmes défis.

2.1 Histoire des adjoints au médecin

Un adjoint au médecin est défini comme « *un professionnel de la santé autorisé à pratiquer la médecine sous la supervision et la licence d'un médecin* » (ACAM, 2011). En bref, les tâches qu'un adjoint au médecin peut accomplir sont toutes celles qu'un médecin voudra lui déléguer dans les limites de ses compétences.

Comme mentionnée plus haut, la demande pour un professionnel de la santé, avec les compétences requises pour assumer des actes médicaux délégués de la part d'un médecin, semble augmenter dans plusieurs pays industrialisés face aux problèmes croissants reliés à l'accès aux soins. Aux États-Unis, les adjoints au médecin ont comblé ce vide au cours des 30 dernières années.

2.2 Les adjoints au médecin aux États-Unis

Le rôle d'adjoint au médecin est apparu aux États-Unis au milieu des années 1960 comme façon d'offrir un rôle utile aux militaires qui avaient acquis des connaissances et des compétences médicales considérables pendant leur service au Vietnam (Bullough et Winter, 1980).

Peu après, la profession d'adjoint au médecin fut créée officiellement pour améliorer et rendre plus accessibles les soins de santé, alors que de l'avis de plusieurs, il y avait un manque évident de médecins en soins primaires. Le docteur Eugene Stead du « Duke University Medical Center », à Durham en Caroline du Nord, créa la première classe d'adjoints au médecin en 1965. Celle-ci fut composée de personnel de la marine et de l'armée qui avait reçu un entraînement médical considérable durant leur service militaire. Le docteur Stead créa le curriculum du programme d'adjoints au médecin en se basant sur ses connaissances de l'entraînement abrégé des médecins durant la Deuxième Guerre mondiale. La première classe d'adjoints au médecin gradua du programme du « Duke University Medical Center » le 6 octobre 1967. Le concept d'adjoint au médecin gagna en popularité rapidement et fut accepté

et supporté par le gouvernement fédéral dès les années 70 comme une bonne solution au manque de médecins. La communauté médicale supporta la profession en aidant à créer des normes d'accréditation, en établissant une certification nationale et en définissant les exigences en matière de continuité d'éducation médicale (AAPA, 2011).

Aujourd'hui, le programme d'éducation des adjoints au médecin est basé sur le curriculum du programme de médecine et comporte une combinaison de cours théoriques et d'instructions en milieu clinique (AAPA, 2011). Les critères pour entrer dans le programme sont similaires à ceux des étudiants en médecine et incluent des cours en chimie, physiologie, anatomie, microbiologie et biologie. De plus, la majorité des programmes d'adjoints au médecin demandent ou préfèrent que les candidats aient une expérience préalable en soins de santé. Il y a plus de 159 programmes d'adjoints au médecin aux États-Unis et la majorité sont au niveau d'un diplôme universitaire de second cycle. Enfin, pour pouvoir maintenir leur certification, les adjoints au médecin américains doivent compléter 100 heures d'éducation médicale continue tous les deux ans (AAPA, 2011).

L'AAPA (American Academy of Physician Assistants) fut fondée en 1968 et est la seule organisation nationale représentant tous les adjoints au médecin dans toutes les spécialités en médecine. Elle a pour but l'éducation du public, en général, en ce qui concerne la profession des adjoints au médecin. Elle s'assure aussi de la compétence des adjoints au médecin, en étant impliquée activement dans l'élaboration des programmes académiques, en offrant de l'éducation continue et en menant des recherches axées sur les adjoints au médecin (AAPA, 2011).

Il y a plus de 80 000 adjoints au médecin certifiés aux États-Unis en accord avec la Commission Nationale de Certification des Adjointes au Médecin américaine. En 2010 seulement, 5 264 adjoints au médecin ont gradué (AAPA, 2011).

Selon les dernières données de l'AAPA (AAPA, 2011), environ un tiers des adjoints au médecin travaillent en soins primaires, alors que les autres se répartissent dans les différentes spécialités. Ceux-ci font maintenant partie intégrante du système de santé des États-Unis et collaborent quotidiennement avec les autres intervenants du milieu. Ils travaillent de concert avec les médecins dans tous les environnements, que ce soit en milieu rural, en groupe de médecine familiale ou encore à l'hôpital où ils sont présents dans la majorité des spécialités. La répartition des adjoints au médecin dans la figure 1 illustre bien leur présence sur le territoire américain, alors que les figures 2 et 3, démontrent la différence au niveau de leur emploi en soins primaires et en spécialités incluant une répartition en sous-spécialités.

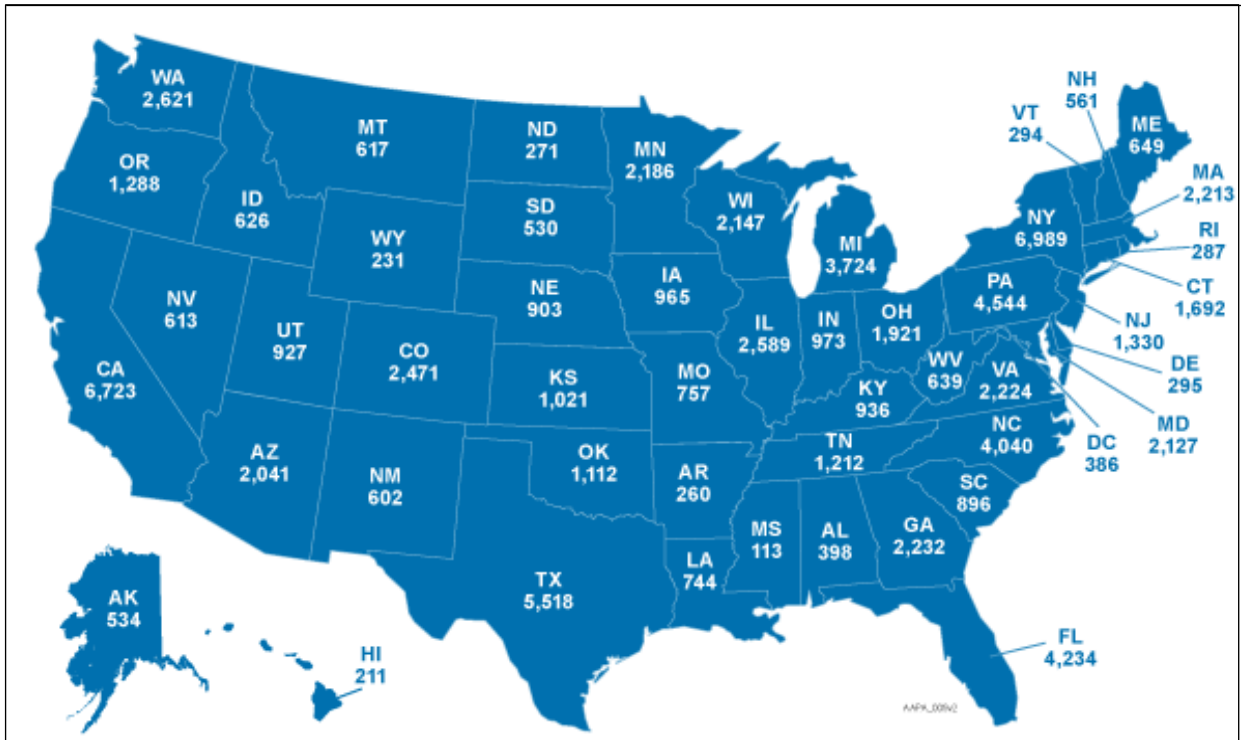


Figure 1 - Répartition des AM par états américains (AAPA 2010)

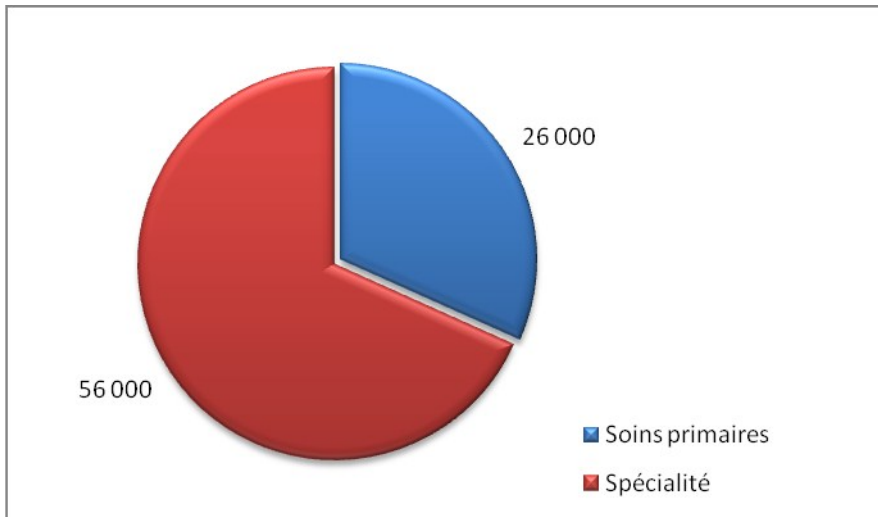


Figure 2 - Répartition des AM aux É-U (AAPA 2010)

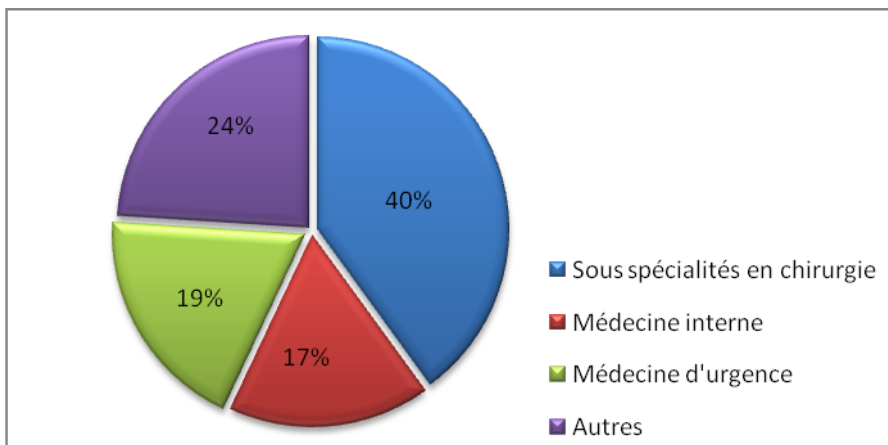


Figure 3 - AM par spécialité (AAPA 2010)

*Les spécialités réparties dans la catégorie « Autres » de la figure 3, incluent la dermatologie, la pédiatrie, la chirurgie générale ainsi que la gestion de la douleur.

2.3 Les adjoints au médecin au Canada

Au Canada, c'est dans les services de santé des forces canadiennes que l'on retrouve les tout premiers adjoints au médecin où un programme de formation structuré est en place depuis les années 60 (Jung, 2011). Alors qu'à cette époque ils étaient nommés assistants médicaux de niveau 6B, le nom d'adjoints au médecin fut adopté en 1984. Jusqu'au milieu des années 90, les forces canadiennes opéraient leurs propres hôpitaux où les adjoints au médecin étaient entraînés. Après la fin de la Guerre Froide et par conséquent, de la réduction des forces canadiennes et de son budget, tous les hôpitaux militaires furent fermés. Les soins de santé du personnel reposent depuis sur des cliniques médicales militaires qui assurent les soins de base tout en utilisant, sous contrat, les hôpitaux civils pour les cas plus avancés. Cette situation entraîna des défis pour la continuité du développement et de la formation des adjoints au médecin. Pour assurer cette continuité, il fut alors nécessaire d'utiliser les hôpitaux civils pour la formation des adjoints au médecin (Jung, 2011).

Plusieurs embûches furent rencontrées, peu de personnel médical au Canada ne connaissant les adjoints au médecin et leur qualification à moins d'avoir eu des liens avec le système de santé américain. Ce fut vers la fin des années 90 qu'un questionnement commença à s'exercer concernant la validité des compétences du personnel médical militaire, ayant pour la plupart reçu leur formation à l'interne, mais ne détenant aucune certification civile. Au début des années 2000, les Forces canadiennes s'engagèrent donc dans une initiative, basée sur le système américain, pour obtenir une certification nationale civile pour les adjoints au médecin

militaire. Le but était d'assurer ainsi le maintien de leur compétence dans les hôpitaux civils à travers le pays le cas échéant (Jung, 2011).

Suite à ces démarches, la profession d'adjoint au médecin est reconnue en 2003 par l'Association Médicale Canadienne (AMC). L'École du Service de santé des Forces canadiennes située à Borden, Ontario, met sur pied un programme au début des années 2000 et devient le premier établissement d'enseignement à recevoir l'accréditation par l'Association Médicale Canadienne pour le programme de formation d'adjoint au médecin à la suite de l'évaluation du programme par celle-ci (Craig, 2009).

En 2008, les deux premiers programmes de formation des adjoints au médecin sont lancés à l'Université du Manitoba et à l'Université McMaster. Le Consortium des adjoints au médecin (l'Université de Toronto, la Northern Ontario School of Medicine et le Michener Institute of Applied Sciences) lance un troisième programme de formation en janvier 2010 (ACAM, 2011).

Il y avait plus de 250 adjoints au médecin au Canada en 2010, incluant les 143 en service actif pour les Forces canadiennes, et leur nombre ne cesse de croître. À ce jour, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et l'Alberta emploient des assistants au médecin dans leur système de santé. La Colombie-Britannique devrait aussi avoir une législation d'ici peu visant à légaliser leur emploi (Jones & Hooker, 2011). Le tableau 1 donne un aperçu des législations encadrant le travail des adjoints au médecin en vigueur à ce jour dans les provinces canadiennes.

Tableau 1 - Droit de pratique des AM dans les provinces canadiennes (ACAM, 2011)

Province	Date d'entrée en vigueur	Législation
Manitoba	14 juillet 1999 (modifié en 2009)	<i>Règlement 183/99</i>
Ontario	Mai 2006	<i>Sous projet pilote de l'Ontario Medical Association (OMA)</i>
Nouveau- Brunswick	2009 Janvier 2010	<i>Article 32.1</i> <i>Règlement 14</i>
Alberta	3 décembre 2010	<i>Règlement 24(6)</i>

En 1997, les Forces canadiennes mettent sur pied un organisme national, l'Association canadienne des adjoints au médecin (ACAM) pour appuyer les adjoints au médecin. En 1999, elles financent son développement, souhaitant que celle-ci devienne autonome et comporte, à terme, un volet civil. En 2001, l'ACAM, avec l'aide de l'École du Service de santé des Forces canadiennes, élabore le profil de compétences professionnelles pour l'adjoint au médecin civil au Canada, et ce profil est adopté par les Forces canadiennes. Le premier examen de certification d'entrée en pratique pour l'adjoint au médecin est administré en 2005. Le Profil des compétences national et le champ d'activité ont été mis à jour et publiés en septembre 2009. L'ACAM est maintenant une organisation civile comprenant un chapitre militaire (ACAM, 2011).

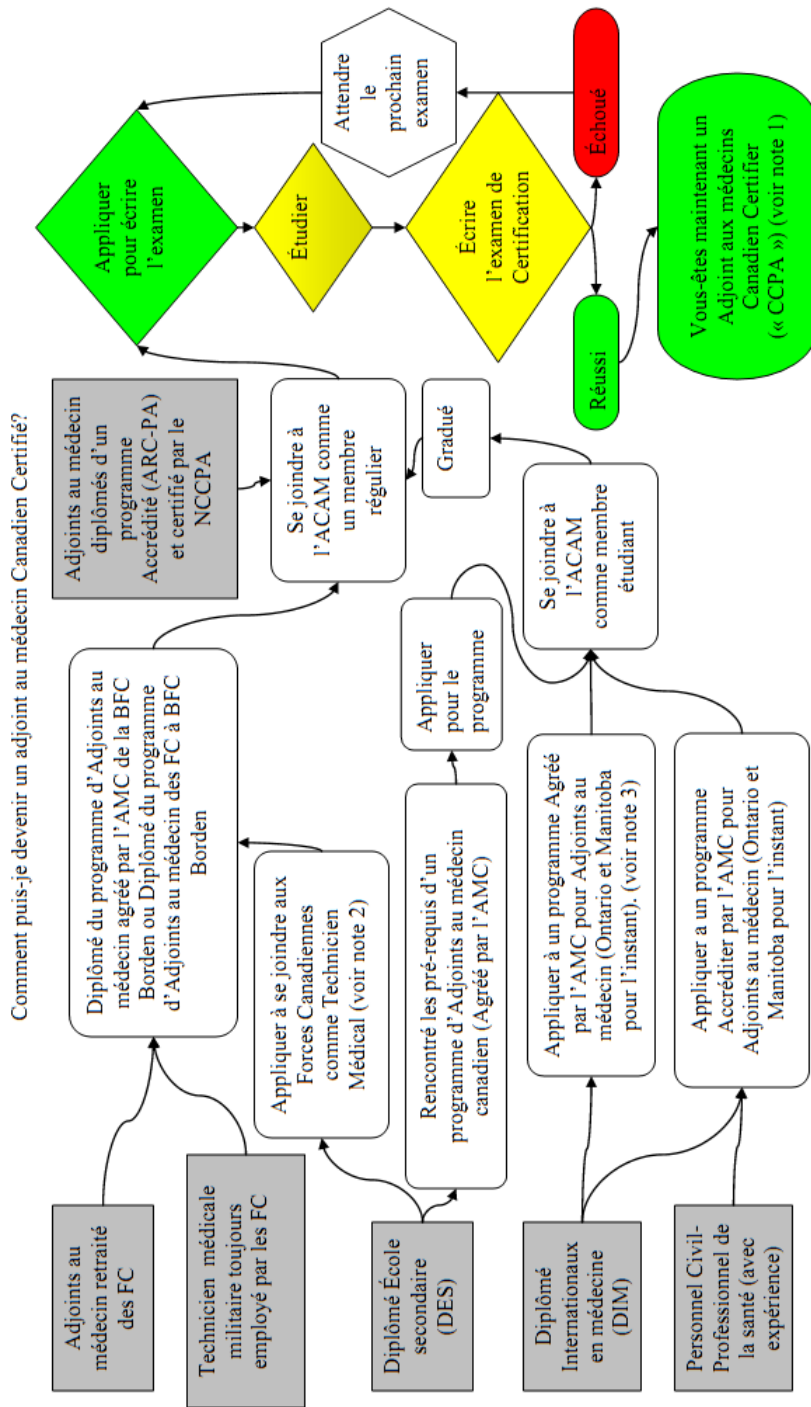
Selon le site de l'Association canadienne des adjoints au médecin (ACAM), « *les adjoints au médecin sont des professionnels de la santé hautement qualifiés qui ont suivi une formation universitaire poussée et qui fournissent un vaste éventail de services médicaux. Ils sont en quelque sorte un prolongement du médecin et non des spécialistes indépendants. Ils travaillent avec une certaine autonomie négociée et convenue avec le médecin superviseur. Ils peuvent travailler dans n'importe quel contexte clinique pour étendre les services des médecins. En plus de contribuer aux services existants, les adjoints au médecin aident à améliorer l'accessibilité des soins de santé pour les patients. Le rapport établi avec le médecin superviseur est le déterminant essentiel du rôle de chaque adjoint au médecin.* » (ACAM, 2011, p.2)

2.4 Formation des adjoints au médecin

La formation universitaire des adjoints au médecin est de 24 mois en Ontario et de 25 mois au Manitoba. Dans les deux cas, les étudiants doivent avoir des prérequis allant d'une formation universitaire de premier cycle à de l'expérience en milieu de travail connexe (ACAM, 2009). De manière générale, le programme est basé sur le programme de médecine.

La formation inclut les sciences en médecine de base comme l'anatomie, la physiopathologie des maladies en relation avec les principaux systèmes et la pharmacologie. L'instruction didactique inclut l'examen physique détaillé, la prise de l'historique, tout aussi bien que les différents diagnostics et traitements des principales conditions rencontrées dans les soins primaires et d'urgence. L'instruction clinique inclut des stages en médecine familiale, en

médecine interne, en chirurgie générale, en psychiatrie, pédiatrie, gynécologie, traumatologie et médecine d'urgence (Mikhael et al, 2007). La figure 4 illustre les différentes options possibles pour acquérir la certification d'adjoints au médecin au Canada.



Note 1 - Être un Adjoint au médecin Canadien certifié ne vous donne pas une licence pour pratiquer comme un Adjoint au médecin.

Note 2 – Présentement les FC ont un programme agréé par l'AMC d'adjoints au médecin tenu à la BFC Borden. Les candidats ou candidates sont sélectionnés par rang et mérite pour le cours d'adjoints au médecin. En moyenne cela prends entre 10 et 15 ans d'expérience comme Technicien Médical des FC avant d'être sélectionné pour le cours d'adjoints au médecin. Renseigner vous auprès du centre de recrutement des CF pour votre éligibilité.

Note 3 - Même si vous avez obtenu un diplôme médical, vous devez quand même être diplômée d'un programme agréé par l'AMC ou un programme agréé par le « ARC-PA » pour vous s'inscrire à l'examen de certification d'entrée en pratique des adjoints au médecin du Conseil de Certification des adjoints au médecin du Canada (CCAMC).

Présentement il existe trois Université Canadiennes qui offrent le programme d'adjoints au médecin soit l'Université du Manitoba (<http://umanitoba.ca/faculties/medicine/education/paep/index.html>), l'Université McMaster (<http://fhs.mcmaster.ca/physicianassistant/about.html>) et le « Consortium of PA Education » (<http://www.facmed.utoronto.ca/programs/healthscience/PAEducation.html>).

Figure 4 – Parcours de la certification des AM au Canada (ACAM, 2011)

2.5 Formation de l'infirmière praticienne

Il est important d'expliquer quelle est la formation de l'infirmière praticienne et en quoi elle diffère de celle de l'adjoint au médecin, car bien que les deux professions comportent des similitudes et peuvent être facilement confondues, elles sont différentes de par leur fonction.

L'infirmière praticienne doit compléter le programme de maîtrise en sciences infirmières et le diplôme complémentaire « soins spécialisés » (spécialisation cardiologie, néphrologie ou soins de 1^{re} ligne) afin d'être admissible à l'examen de l'OIIQ pour obtenir le titre d'infirmière praticienne spécialisée selon la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Université de Montréal, 2012).

La pratique de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) au Québec a débuté en 2006. En plus des activités propres à sa profession d'infirmière, l'IPS peut exercer cinq activités supplémentaires habituellement réservées aux médecins soit :

- (1) la prescription de médicaments et d'autres substances ;
- (2) la prescription d'examens diagnostiques;
- (3) la prescription de traitements médicaux ;
- (4) l'utilisation de techniques diagnostiques invasives ou qui présentent des risques de blessure ;
- (5) l'utilisation de techniques ou l'application de traitements médicaux invasifs ou qui présentent des risques de blessure.

Il y a présentement au Québec des IPS dans quatre spécialités soit en néphrologie, en cardiologie, en soins de première ligne et en néonatalogie (AIPSQ, 2012).

2.6 Adjoint au médecin et infirmières praticiennes

Le rôle d'adjoint au médecin n'est pas celui d'une pratique infirmière et n'est pas fondé sur des connaissances infirmières ou un point de vue infirmier. C'est un rôle médical fondé sur des compétences qui fonctionnent strictement en vertu de la délégation d'un médecin et de son champ de compétence (MacDonald et al, 2005, p.15.).

Les adjoints au médecin et les infirmières praticiennes ont un champ de compétence qui comporte beaucoup de similitudes, bien que leur fonction et leur formation soient différentes. Tous deux sont très bien entraînés et compétents comme professionnels de la santé. Les adjoints au médecin et les infirmières praticiennes offrent plusieurs services similaires tels que les prescriptions, l'éducation aux patients, la gestion de cas ou encore l'assistance lors de certaines chirurgies.

Les différences principales entre les adjoints au médecin et les infirmières praticiennes se retrouvent dans les spécialités où ils travaillent, mais surtout dans la façon dont les deux professions sont formées, certifiées et régies. Les adjoints au médecin sont formés de la même façon que les médecins, par des médecins. Ils ont donc un raisonnement diagnostique et thérapeutique similaire à ceux-ci et sont habitués à travailler en symbiose avec les médecins. Les adjoints au médecin pratiquent la médecine, ils posent des diagnostics, établissent des

traitements, font de l'éducation et assistent dans les chirurgies et à l'intérieur de la majorité des spécialités. Bien que leur formation soit plus courte que celle des médecins, celle-ci leur permet d'élargir leur champ de pratique à mesure que s'accroît leur expérience de travail auprès de médecins.

Les infirmières praticiennes, formées à la base sur une tradition de soins infirmiers, effectuent leur formation avancée par la suite. Au Québec, la formation d'infirmière praticienne est limitée à quatre spécialités. Par contre, bien qu'ayant des compétences similaires à plusieurs niveaux, les adjoints au médecin ont à la base une formation visant à compléter le médecin. Ils peuvent ainsi prendre en charge des patients d'une façon autonome, consultant le médecin au besoin ou lui transférant les cas plus compliqués.

2.7 Perception des médecins à l'égard des adjoints au médecin

Une recherche de la littérature démontre qu'aucun écrit n'existe concernant la perception des médecins à l'égard de l'emploi des adjoints au médecin au Québec. De plus, une recherche effectuée récemment en anglais et en français à l'aide des moteurs de recherche classiques (PubMed, CINAHL, Google Scholar, EBSCO et Medline) entre 1970 et 2010 a identifié seulement 14 documents pertinents (incluant de la littérature grise) au sujet des adjoints au médecin au Canada (Jones & Hooker, 2011). La majorité de ces documents sont des articles provenant principalement de revues médicales (CJEM, CMAJ, Can Fam Physician) et présentent une opinion positive à l'égard du métier d'adjoints au médecin (Bélanger, 2009; Dunlop, 2011; Goldman, 1993; Ashton, 2007). D'autres publications visent à expliquer

l'origine et décrire cette nouvelle profession au Canada (Hooker & al, 2003; Jones & Hooker, 2011; Jung, 2011; Legler, 2007; Talbot, 1994.).

La demande pour les adjoints au médecin est directement proportionnelle à la demande que les médecins en font. Pour les médecins, l'intérêt à l'égard des adjoints au médecin est directement relié à la perception de la valeur ajoutée que ceux-ci peuvent apporter aux soins. Parmi les avantages cités par les médecins se retrouvent : la diminution de la charge de travail, l'augmentation de la productivité pour les médecins, l'amélioration de la qualité des soins, la diminution du temps d'attente pour les patients, l'amélioration de l'éducation des patients ainsi que la rentabilité au niveau des coûts. Une perte de continuité avec les patients, ainsi que la crainte que les adjoints au médecin aillent au-delà de leurs limites ont cependant aussi été mentionnées (Isbener et al, 2003).

Une étude visant à connaître la perception des résidents en chirurgie à l'égard des infirmières praticiennes et des assistants au médecin en relation avec leur apprentissage et leur expérience au programme de résidence en général, a été menée en 2008 à l'École de médecine du Mount Sinai à New York (Buch & al, 2008). Les résultats de l'étude menée à l'aide de questionnaires ayant été répondus par 66 résidents et 28 infirmières praticiennes et adjoints au médecin ont montré que ces derniers avaient eu un impact positif sur le programme de résidence. Cependant, leurs rôles et responsabilités devraient être mieux expliqués aux résidents pour augmenter la cohésion du groupe multidisciplinaire en regard au programme de formation en chirurgie et ainsi utiliser au maximum les compétences de ces deux groupes. (Buch & al, 2008).

Notre revue de la littérature n'a pas permis d'identifier de synthèse des connaissances sur le sujet des adjoints au médecin ou des informations sur leur intégration dans un système de santé. Cependant, quelques synthèses des connaissances sur la profession d'adjoints au médecin en relation à d'autres sujets existent comme le démontrent les quelques exemples suivants. Une de celles-ci était basée sur l'emploi des adjoints au médecin en salles d'urgence. Cette revue systématique a été effectuée en anglais et en français sur six bases de données où 66 documents ont été acceptés après révision (Doan & al, 2011.). Les résultats de cette étude démontrent que les adjoints au médecin sont compétents pour le diagnostic de certains problèmes médicaux et dans les actes qu'ils accomplissent. De plus, ils sont bien acceptés par le personnel de la salle d'urgence et des patients. Il est intéressant de noter une des recommandations de l'étude qui suggère d'approfondir le sujet à l'égard de l'acceptabilité des médecins de salles d'urgence envers les adjoints au médecin, dans le but d'identifier les facteurs favorables à leur intégration. (Doan & al, 2011).

2.8 Utilisation des adjoints au médecin

Un autre exemple se rapprochant de notre sujet est basé sur le point de vue d'employeurs britanniques à l'égard d'adjoints au médecin, tous formés aux États-Unis, et employés dans des cliniques de médecine générale en Angleterre. Une étude qualitative réalisée en 2010 à l'aide d'entrevues semi-structurées auprès de 13 médecins omnipraticiens et de trois administrateurs de cliniques travaillant dans 15 cliniques réparties dans 5 régions de l'Angleterre examinait les facteurs de motivation reliés à l'utilisation d'adjoints au médecin

(Drennan et al, 2011). L'étude se concentrait particulièrement sur l'augmentation du nombre de patients traités, selon les cibles gouvernementales reliées à l'accès aux soins, sur l'augmentation de la diversité des compétences de l'équipe médicale et sur les aspects financiers. L'étude a démontré que les facteurs qui ont besoin d'être pris en compte lors de l'emploi d'adjoints au médecin incluent le besoin de supervision médicale, l'absence de directives claires au niveau de la délégation d'autorité pour la prescription de médicaments ainsi que le manque de familiarité avec le rôle de l'assistant au médecin de la part des patients. L'étude conclut que l'emploi d'adjoints au médecin est un ajout positif à l'équipe médicale dans le but de répondre aux attentes des patients à l'intérieur du cadre financier en place, mais qu'il y a un besoin de développer un meilleur cadre de pratique pour cette nouvelle profession (Drennan et al, 2011).

Dans une étude économique sur les adjoints au médecin, Grybicki et al (2002) ont comparé les avantages économiques reliés à l'emploi d'un adjoint au médecin dans un cabinet de médecine familiale en Californie comparativement à d'autres cabinets qui n'utilisaient pas d'adjoints au médecin. Dans cette étude, les adjoints au médecin voyaient en moyenne 18 patients par jour alors qu'un médecin voyait entre 17 et 27 patients par jour, dépendant de la complexité des cas. Ils ont trouvé que la différence au niveau du salaire entre les médecins et les adjoints au médecin étaient un des facteurs majeurs de bénéfices économiques reliés à l'emploi de ceux-ci. Les chercheurs préviennent cependant qu'à cause du salaire variant avec l'expérience, du type de population desservie et du nombre de visites à domicile, la rentabilité peut varier ou même diminuer (Grybicki et al, 2002).

Kaups et al en 1998, ont trouvé dans une étude sur les salles d'urgence aux États-Unis qu'il n'y avait aucune différence entre les niveaux de compétence des adjoints au médecin, des résidents ou du médecin de garde lors de la pause de moniteurs pour mesurer la pression intracrânienne. Une autre étude a aussi démontré une plus grande efficacité des processus de soins suite à l'introduction d'adjoints au médecin à l'urgence : le temps de transfert à la salle d'opération a diminué de 43 %, le temps de transfert aux soins intensifs a diminué de 51 % alors que le temps de transfert à l'étage diminuait de 20 % (Millar et al, 2003).

Au Canada, le recours aux adjoints au médecin à l'Office régional de la santé de Winnipeg est un modèle qui connaît du succès. Bohm et al (2009) y ont effectué une étude sur l'effet des adjoints au médecin dans une pratique d'arthroplastie du point de vue des patients et des fournisseurs de soins. Les résultats indiquent que les adjoints au médecin ont permis aux médecins de sauver environ 204 heures par année. À la suite de leur ajout à l'équipe, le nombre de patients qui avaient subi une arthroplastie primaire de la hanche et du genou a augmenté de 42 % alors que les temps d'attente médians étaient passés de 44 à 30 semaines comparativement à la période précédant leur emploi (Bohm et al, 2009).

En Ontario, une étude cherchant à évaluer l'impact de l'intégration des nouveaux rôles des infirmières praticiennes et d'adjoints au médecin a été effectuée dans des services d'urgence. L'étude conclut que l'ajout d'adjoints au médecin et d'infirmières praticiennes à l'équipe du service d'urgence peut améliorer la rapidité du cheminement des patients dans les urgences des hôpitaux communautaires de taille moyenne et que, compte tenu de la pénurie actuelle de

médecins, le recours à d'autres professionnels de la santé devrait être envisagé (Ducharme et al, 2009).

Il existe une multitude d'écrits sur les adjoints au médecin dans différents pays, en particulier aux États-Unis. Les écrits portent sur une variété de sujets, incluant leur utilisation dans les différentes spécialités où ils travaillent ou encore à l'occasion, sur la perception en regard de leur emploi. Quelques-unes des études suivantes sont d'ailleurs utilisées par l'AMC pour informer les médecins canadiens sur les avantages de l'utilisation d'AM dans le réseau de la santé au Canada (AMC, 2010).

Le manque de personnel médical en Australie peut aisément se comparer à ce qui se passe dans plusieurs autres pays, dont le Canada. Une étude démontre que l'augmentation des médecins, soit par l'ajout d'étudiants dans les écoles de médecine ou par l'emploi de médecins étrangers ne pourra pas suffire à résoudre le problème (O'Connor & Hooker, 2007). L'emploi d'assistants au médecin, similaire aux adjoints au médecin américains, pourrait être une stratégie utile pour compléter le rôle du médecin en Australie et pour combler un besoin criant dans les régions éloignées (O'Connor & Hooker, 2007).

Selon Sharma & Nicely (2011), les adjoints aux médecins pourraient être très utiles en santé mentale. L'augmentation du nombre de patients vus, et ce, pour un moindre coût, en serait l'avantage principal. De plus, l'adjoint au médecin n'est pas seulement capable d'effectuer des soins en santé mentale, mais est aussi bien entraîné pour les autres soins de base.

Contrairement à d'autres professionnels en santé mentale tels que les psychologues, les

adjoints au médecin peuvent prescrire des médicaments. Ils ont tout de même des limites, principalement au niveau de la supervision nécessaire d'un médecin et de leur formation restreinte dans ce domaine (Sharma & Nicely, 2011).

Une étude sur l'efficacité et la qualité des soins a été faite dans un centre médical universitaire de 747 lits en milieu urbain dans le Nord-Est des États-Unis où l'on compte plus de 44 000 hospitalisations chaque année. Aucune différence n'a été observée dans les réadmissions à l'hôpital dans les 72 heures, 14 jours et 30 jours après le congé, dans les transferts des patients hospitalisés aux soins intensifs ou au niveau de la mortalité en milieu hospitalier, lorsque le service employait des adjoints au médecin par rapport à divers groupes de résidents et de médecins (Roy et al, 2008).

Dans une clinique de soins primaires où des adjoints au médecin effectuaient une partie importante des soins aux patients, le nombre de visites par année de patients vus par un adjoint au médecin a diminué après un certain temps de 16 % par rapport aux patients traités uniquement par des médecins. La diminution des visites en cabinet n'a pas été compensée par une utilisation accrue des ressources dans d'autres contextes, comme les services d'urgence. Elle n'a pas non plus occasionné une baisse de la satisfaction des patients. Les adjoints au médecin complètent donc les médecins au lieu d'offrir des soins complémentaires qui augmenteraient le nombre de visites de patient (Morgan & al, 2008).

On a observé que les adjoints au médecin dans les pratiques de médecine familiale avaient un coefficient de substitution de 0,86, ce qui signifie qu'ils voient le même type de patient et

prodiguent les mêmes soins que le médecin 86 % du temps. Ils affichent également un coefficient rémunération-production de 0,36, qui se reflète par une diminution de coût de 52 592 \$ annuellement pour une pratique employant un adjoint au médecin au lieu d'un médecin à temps plein. Ces données montrent que l'emploi d'adjoints au médecin procure d'importants avantages économiques aux cabinets de médecins (Grzybicki, Sullivan & all, 2002).

2.9 Intégration d'autres professions dans le milieu de la santé au Québec

Plus près de nous, des études similaires à notre problématique, mais en relation avec d'autres professions dans le domaine de la santé ont été effectuées. Une étude a été réalisée au Québec au début des années 90 afin de décrire les modalités de pratiques des sages-femmes, du point de vue des médecins, des infirmières et des sages-femmes, dans l'éventualité de la légalisation de cette dernière profession (Blais et al, 1994). L'enquête par questionnaire postal auprès de 844 médecins, 808 infirmières et 92 sages-femmes visait à définir le genre de formation des sages-femmes, l'étendue de leurs responsabilités, les lieux de pratique de leur profession et leur degré d'autonomie en relation avec les autres professionnels en périnatalité. La majorité des médecins, infirmières et sages-femmes ayant rempli le questionnaire étaient d'accord, si la profession était légalisée, sur le fait que les sages-femmes devraient posséder un diplôme universitaire, se concentrer sur les soins de base aux femmes enceintes dont la grossesse et l'accouchement sont normaux et offrir des services prénatals et postnatals dans les hôpitaux et centres de santé communautaire. Les résultats permirent d'établir un certain consensus pour le développement futur de la profession de sage-femme (Blais & al, 1994).

Enfin, comme discuté précédemment, la profession d'adjoint au médecin et d'infirmières praticiennes comportent plusieurs similitudes bien que leur rôle soit différent. Cependant, alors qu'il n'y a pas d'étude sur les adjoints au médecin au Québec, l'intégration des infirmières praticiennes dans le réseau de santé québécois a été documentée.

Des études portant sur la profession d'infirmière praticienne, qui a vu le jour au Québec au début des années 2000, explorent entre autres l'acceptation des infirmières praticiennes de première ligne (IPPL) par la population québécoise ou encore leur intégration dans les services d'urgence au Canada.

La première étude, basée sur une recherche synthétique comparative, a été effectuée en 2005 à l'aide d'un questionnaire auto-administré à un échantillon de 316 personnes de 18 ans et plus recrutées dans les salles d'attente de cinq CLSC (Boucard, 2009). À l'aide du modèle théorique d'Andersen (1973), l'étude a montré que près de 40% des répondants semblent accepter tous les rôles de l'IPPL (prise de l'histoire médicale, examen physique complet, établir un diagnostic, prescrire et effectuer des tests diagnostiques, etc.) (Boucard, 2009). Cependant, l'étude n'a pas documenté l'opinion des médecins à l'égard des IPPL.

La deuxième étude visant à identifier les éléments de facilitation et les obstacles liés à l'intégration des infirmières praticiennes (IP) a été effectuée dans les services d'urgence du Canada du point de vue des IP et de celui du personnel des urgences. À l'aide de 24 entrevues semi-structurées avec les principaux intervenants multidisciplinaires de six

urgences en Ontario, l'analyse des données a identifié trois principaux enjeux liés à l'affectation des IP. Le *contexte organisationnel* comprend des enjeux liés à la culture du service de l'urgence, au système de rémunération des médecins et au nombre de patients. La *clarté du rôle* se rapporte à la compréhension de la fonction de l'IP à l'urgence alors que les *enjeux du recrutement* sont liés aux mesures à appliquer pour intéresser les IP au travail dans les urgences et pour les garder en place (Trasher & Purc-Stephenson, 2007).

Enfin, une revue des écrits entre 2006 à 2011 a été réalisée pour identifier les conditions favorables et les barrières potentielles à l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) (Smith, 2011). Bien que cette recension comporte des limites, la majorité des publications ayant été rédigée par des auteurs ou des associations spécialisées en sciences infirmières, les constats sont intéressants et concorde à plusieurs niveaux avec la revue de la littérature concernant l'intégration des adjoints au médecin. Le tableau 3, tiré de cette recension, englobe certaines des conditions favorables et barrières potentielles face à l'intégration des IPS (Smith, 2011).

Tableau 2 - Conditions favorables et barrières potentielles à l'intégration des IPS

Conditions favorables	Barrières potentielles
<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilité du rôle. • Collaboration des médecins (ayant déjà collaboré par une expérience de travail). • Perception d'une valeur ajoutée aux soins et de l'amélioration à l'accessibilité. • Prévalence accrue des maladies chroniques et des problèmes de santé mentale entraînent une augmentation des demandes de services de soins dans une population vieillissante. • Demande d'accès aux soins de santé plus efficace et équitable par la population. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de clarté du rôle et d'information sur la nature de la profession. <ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissances sur la formation académique ; - confusion des tâches. • Complexité d'implantation de ce nouveau rôle. • Résistance d'autres ordres professionnels face à leur intégration. • Tensions liées au chevauchement des champs de pratique. • Manque de financement.

2.10 Conclusion de l'état des connaissances

Les adjoints au médecin peuvent accomplir plusieurs tâches à la place des médecins et ainsi réduire la charge de travail de ceux-ci ou leur permettre de voir plus de patients. L'intégration des adjoints au médecin dans un système de santé dépend largement de la perception que les médecins auront des adjoints au médecin. Plusieurs études réalisées dans différents pays montrent que les médecins sont généralement favorables aux adjoints au médecin, surtout s'ils connaissent leurs compétences et ce qu'ils sont capables de faire. Cependant, on ne sait pas ce que les médecins québécois pensent de ceux-ci, dans l'éventualité où l'on voudrait introduire les adjoints au médecin dans le système de santé du Québec. La présente étude vise à combler cette lacune en documentant les perceptions de médecins québécois à l'égard des adjoints au médecin.

La revue de la littérature sur le métier d'adjoints au médecin indique, dans un tout premier temps, que la grande majorité des études sont principalement orientées sur leur performance dans divers milieux hospitaliers où ils sont employés. Alors qu'aucune étude ne porte spécifiquement sur l'intégration des adjoints au médecin dans le réseau québécois, certaines études abordent le sujet pour d'autres groupes professionnels dans le domaine de la santé, tels que les sages-femmes et les infirmières praticiennes.

2.11 Modèle conceptuel

Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte lorsqu'il est question d'accepter l'introduction d'une nouvelle profession, qui plus est, dans un environnement aussi complexe que le milieu des services de santé au Québec. Qu'ils soient d'ordre politique, financier ou tout simplement humain, l'ensemble de ces facteurs, positifs ou négatifs, se répercutera inévitablement sur l'acceptation de ce nouveau groupe professionnel, en l'occurrence, les adjoints au médecin.

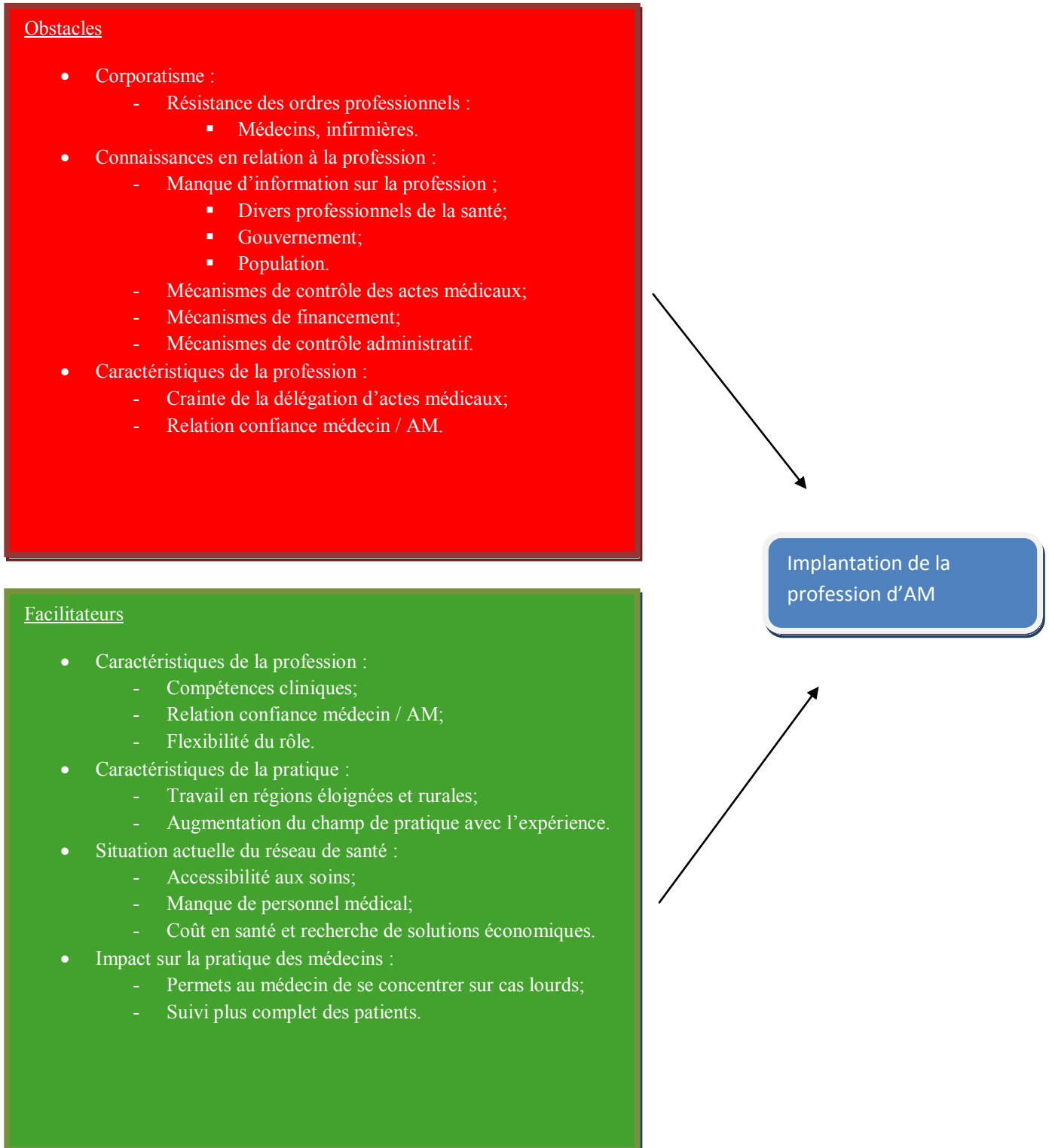
Un Modèle conceptuel a donc été développé pour cette étude en se basant sur la littérature pertinente. Les perceptions reliées à l'acceptation des adjoints au médecin par d'autres professionnels de la santé, a déjà fait partie de plusieurs études mentionnées plus haut. Celles-ci ont été utilisées pour établir les principaux obstacles, ainsi que les principaux facilitateurs se retrouvant dans notre cadre. Des études portant sur d'autres professions de la santé et comportant plusieurs similitudes avec les adjoints au médecin ont aussi aidé à concevoir le présent cadre conceptuel. Les infirmières praticiennes sont une de ces professions dont l'intégration, dans le réseau de la santé, a été bien documentée.

Le modèle conceptuel proposé suggère que l'acceptation de la profession d'AM par les médecins va dépendre d'un ensemble d'obstacles et de facilitateurs perçus (figure 4). Ces obstacles et facilitateurs proviennent des résultats obtenus de la revue des écrits. Les obstacles à considérer concernent le corporatisme, les connaissances relatives à la profession et les caractéristiques de cette profession, obstacles aussi énoncés par Smith en 2011 au niveau des infirmières praticiennes. Les facilitateurs concernent les caractéristiques de la

profession et de la pratique, la situation actuelle du réseau de santé et l'impact sur la pratique des médecins. Le cadre a servi à établir les thèmes abordés avec les médecins lors de la collecte de données.

Comme mentionné plus haut, l'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs pouvant influencer l'implantation des adjoints au médecin dans le système de santé québécois, selon les perceptions de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes et, en particulier, d'identifier les barrières et les facilitateurs à l'acceptation des AM, selon le modèle conceptuel proposé ici.

Figure 5 – Modèle conceptuel des facteurs qui influencent l’implantation de la profession d’adjoint au médecin



CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

3.1 Devis

Après avoir identifié dans la revue de la littérature trois thèmes importants reliés à l'emploi de nouveaux groupes professionnels en santé (intégration, emploi et compétences cliniques) nous avons opté pour une approche qualitative qui s'inscrit dans une démarche exploratoire. Ce type de recherche (qualitative exploratoire) est un outil valable qui permet de connaître la perception des gens, en l'occurrence les médecins québécois et de comprendre leur réalité qui est leur environnement de travail (Deslauriers et Kérisit, 1997). L'approche qualitative nous permettra ainsi de faire ressortir des éléments auquel le chercheur n'aurait pas pensé les recherches sur le sujet étant inexistantes au Québec.

Bien que l'étude soit exploratoire, nous avons utilisé le présent cadre conceptuel comme guide pour appuyer notre démarche dans le but de vérifier l'information cueillie dans la revue de la littérature.

Les médecins omnipraticiens et spécialistes possèdent leurs propres valeurs et motivations qu'il est possible de faire émerger à l'aide d'entrevues semi-dirigées, afin d'expliquer quels sont les enjeux reliés à l'emploi d'assistants au médecin. De plus, ne pouvant nous appuyer sur aucune étude sur le sujet au Québec, cette approche sera plus appropriée qu'une approche quantitative, où certains éléments importants auraient potentiellement été ignorés.

3.2 Population à l'étude

La population à l'étude se composait de médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec ayant une expérience avec les adjoints au médecin.

Comme mentionné auparavant, il est important de noter que peu de médecins québécois ont une expérience avec les adjoints au médecin, ceux-ci ne travaillant pas encore dans le réseau de la santé québécois. Cependant, selon la littérature consultée, cette connaissance profonde de la profession, de ses forces et possibles faiblesses, jumelées à une compréhension pertinente du réseau de la santé d'ici, de ses acteurs et des enjeux sociopolitiques qui y sont associés, sont des éléments essentiels pour la présente recherche. C'est pourquoi nous avons choisi comme informateurs clés des médecins qui étaient familiers avec cette pratique. Nous avons identifié un nombre suffisant de médecins pour participer à notre étude et qui proviennent de deux milieux distincts, tel que décrit ci-après.

Le premier groupe de médecins travaille au sein de la Défense Nationale. Les Forces canadiennes utilisent le réseau de santé québécois pour les étudiants francophones au programme des adjoints au médecin militaire. Ceux-ci, lors de leur deuxième année de formation (clinique) qui compose la portion pratique de leur cours, effectuent en grande partie cette formation pratique dans des hôpitaux de la région de Montréal. Durant ces stages, ils sont supervisés par des médecins omnipraticiens et spécialistes québécois, et ce, depuis déjà plusieurs années. Ces médecins ont donc une expérience précieuse, notamment au niveau de

l'intégration de cette profession dans notre réseau, l'ayant vécu eux-mêmes et en ayant été témoins dans une certaine mesure.

Le deuxième groupe de médecins travaillant avec des adjoints au médecin est composé de médecins civils travaillant sous contrat dans des cliniques militaires au Québec, principalement à St-Jean et à Valcartier. Ces médecins collaborent sur une base régulière avec des adjoints au médecin et ont une connaissance importante du réseau québécois.

Un échantillon de convenance, composé de membres de ces deux groupes de médecins, a été constitué.

Pour recruter des participants pour les entrevues, le chercheur a contacté le directeur du programme de formation pour les adjoints au médecin militaire de la région de Montréal dans le but de nous orienter vers des médecins ayant travaillé avec des adjoints au médecin. Les cliniques des Forces canadiennes ont aussi été contactées pour le recrutement de médecins œuvrant au sein de celles-ci. Les participants ont été contactés par téléphone ou en personne par le chercheur afin d'expliquer les buts et la nature du projet de recherche. La grille d'entrevue a été fournie aux participants potentiels pour les informer sur les thèmes qui seraient abordés en entrevue. Au total, 16 médecins ont accepté de participer à l'étude sur 20 demandes effectuées. De ce nombre, 13 médecins ont été interrogés pour atteindre la saturation. Alors que la majorité s'exprimait en français, deux de ceux-ci étaient anglophones.

3.3 Collecte des données

L'entrevue semi-dirigée a été utilisée pour la collecte des données. Selon Fortin (1996), l'entrevue est un mode particulier de communication verbale, qui se fait entre le chercheur et les participants, dans le but de recueillir des données relatives aux questions de recherche formulées. Cette forme d'entretien permet à la personne de s'exprimer longuement sur son expérience, sur ce qu'elle vit au quotidien, dans l'exercice de sa profession en tenant compte de son expérience personnelle. Ceci permet à la personne questionnée de s'exprimer sur des thèmes importants, qui n'ont pas nécessairement été abordés par le chercheur.

La participation des médecins sélectionnés s'est faite sur une base volontaire et non rémunérée. Les entrevues individuelles, qui ont eu lieu au bureau des participants, ont duré de trente minutes à une heure. Les entrevues ont été enregistrées sur magnétophone, avec l'accord des participants.

Les 13 entrevues ont été réalisées auprès de 8 omnipraticiens et de 5 médecins spécialistes dans les domaines suivants; ORL, obstétrique, chirurgie (pédiatrique et générale) et orthopédie.

Un guide d'entrevue a été développé, en s'inspirant de la littérature, pour s'assurer que l'ensemble des obstacles et des facilitateurs perçus puissent être discutés. En explorant les thèmes de l'intégration des adjoints au médecin, de leur emploi et de leurs compétences

cliniques, il a été postulé qu'un portrait clair des facteurs reliés à l'acceptation des AM par les médecins pourrait être dégagé. Le guide d'entrevue se trouve à l'annexe 1.

3.4 Analyse des données

Selon Creswell (2003), l'analyse des données suppose différentes étapes interactives entre elles. Le chercheur doit d'abord préparer les données pour l'analyse, conduire les analyses en profondeur jusqu'à la compréhension claire du phénomène, représenter les données et finalement, interpréter globalement les résultats. Quatre opérations sont nécessaires et incluent la préparation et description du matériel brut, la réduction des données, les choix et application des modes d'analyse et l'analyse transversale (Contandriopoulos & al, 2005).

Pour la présente étude, une méthode similaire a été utilisée, soit celle de l'analyse inductive générale. L'analyse inductive se prête particulièrement bien à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire (Blais & Martineau, 2006). En règle générale, tel que le mentionne Thomas (2006), l'utilisation de l'analyse inductive permet :

1. de condenser des données brutes, variées et nombreuses, dans un format résumé;
2. d'établir des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories découlant des données brutes;
3. de développer un cadre de référence ou un modèle à partir des nouvelles catégories émergentes.

Le chercheur a utilisé les quatre étapes suivantes, telles que décrites par Blais & Martineau (2006) se basant sur Thomas (2006), pour effectuer l'analyse de ses données. En premier lieu, il a préparé les données brutes en transcrivant chaque entrevue sous un format identique qui a été utile pour les prochaines étapes.

Par la suite, le chercheur a procédé à plusieurs reprises à la lecture attentive et approfondie des transcriptions jusqu'à être familier avec le contenu et pour avoir une vue d'ensemble des sujets couverts dans le texte.

Il a poursuivi en procédant à l'identification et à la description des premières catégories. Pour ce faire, il a identifié des parties de texte comportant des similarités à l'aide d'une grille d'analyse. Ce premier niveau de catégories était directement lié à la question de recherche et aux thèmes qui y étaient reliés. Ainsi, dans le processus de codification inductif, les catégories sont généralement créées à partir des phrases ou des sens trouvés dans les portions de texte.

Enfin, la révision et le raffinement des catégories se sont poursuivis. À l'intérieur de chaque catégorie, des sous-catégories ont été recherchées, incluant des points de vue contradictoires ou de nouvelles perspectives. À ce moment, certaines catégories ont été combinées sous une autre catégorie quand leur signification ne semblait pas similaire. Dans le cas où une portion significative du texte n'entrait pas dans les catégories existantes, il a été important d'identifier la pertinence de l'information et d'élargir les catégories pour incorporer cette information ou encore pour créer une nouvelle catégorie.

Le but visé était de créer un nombre restreint de catégories (entre trois et huit catégories), afin d'avoir une vue d'ensemble des aspects clés qui ont été identifiés dans les données brutes et qui ont été considérés comme étant les plus importants, étant donné les objectifs de recherche (Blais & Martineau, 2006).

3.5 Validité et fiabilité de l'étude

La validité interne a été assurée par la confrontation systématique des interprétations à l'ensemble des observations. Aussi, une codification précise, consistante et exhaustive des observations a été effectuée. Toutes les données recueillies lors des entrevues ont de cette façon été classées par catégories comportant des similitudes comme décrit précédemment. Cette étape a été jumelée à la triangulation des observations et des perspectives (des chercheurs et des informateurs) à l'aide, en partie, d'un journal de bord maintenu par le chercheur et des impressions des informateurs. Les démarches du chercheur ont ainsi clairement été identifiées alors que l'interprétation des informations recueillies a été validée auprès des participants. (Poupart et al, 1997. p.386; Miles et Huberman, 1994).

De plus, la vérification auprès des participants, en permettant à ceux-ci de commenter les résultats de recherche, les interprétations et les conclusions du chercheur a contribué à la crédibilité des résultats, tel que recommandé par Thomas (2006).

Enfin, d'après Laperrière, Poupart et al (2007) la fiabilité nécessite de tenir compte, d'une manière systématique, dans l'élaboration des analyses, de la globalité des informations

recueillies, jusqu'à la saturation, pour permettre d'isoler les éléments essentiels reliés à la recherche.

3.6 Éthique

Le projet de recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal et du Comité d'examen de la recherche en sciences sociales (CERSS) de la Défense Nationale.

Au moment du recrutement des participants, chacun d'entre eux a été avisé qu'il demeurerait libre de se retirer de la recherche en tout temps sans avoir à motiver sa décision ni subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Le formulaire de consentement a été envoyé par courriel pour permettre au participant d'en prendre connaissance. Un temps de réflexion d'une semaine a été laissé au participant. Il a ensuite été rappelé pour obtenir sa réponse. Une copie signée du formulaire de consentement a aussi été remise à chaque participant lors de l'entrevue. Le participant pouvait se retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal.

Les données recueillies par le chercheur lors des entrevues ont été analysées de façon agrégée et dénominalisée de sorte qu'aucun propos n'a été attribué à une personne en particulier. Dans tous les rapports, les participants ont été identifiés par un code (un numéro) et seuls les membres de l'équipe de recherche pouvaient savoir à qui correspond ce code.

Les participants ont été assurés que toutes les informations recueillies ont été traitées de façon confidentielle. Ainsi, seulement l'équipe de recherche associée à cette étude aura accès aux données qui auront été recueillies, c'est-à-dire le directeur du mémoire, le CERFM aux fins de suivi pour vérifier la bonne conduite du projet ainsi que le chercheur.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

La présentation des résultats se divise en deux parties : les obstacles et les facilitateurs perçus par les participants. Ces parties sont basées sur le modèle conceptuel présenté plus haut, et intègrent tous nouveaux résultats ayant émergé au cours des discussions.

Pour situer la provenance des citations utilisées durant la présentation des résultats, celles-ci sont identifiées par la lettre « O » pour les médecins omnipraticiens et « S » pour les spécialistes. Un numéro identifiant les différents intervenants a aussi été ajouté pour référence future ainsi que pour démontrer la diversité des commentaires provenant de l'ensemble des participants.

4.1 Obstacles perçus

4.1.1 Corporatisme

Tous les participants ont abordé le sujet du corporatisme, alors que la majorité a identifié celui-ci comme un des principaux obstacles à l'acceptation des adjoints au médecin au Québec. Bien que quelques ordres professionnels aient été mentionnés, l'ordre des infirmières du Québec, qui incorpore les infirmières praticiennes, a été selon les participants, l'ordre qui opposerait le plus de résistance à l'acceptation des adjoints au médecin au Québec. Alors que les participants comprennent que plusieurs champs de compétences de l'adjoint au médecin

chevauchent ceux de l'infirmière praticienne, bien qu'ayant tous deux des fonctions différentes, celles-ci pourraient s'opposer par crainte de perdre des acquis dans ce domaine ou tout simplement d'être remplacées par un adjoint au médecin.

Le principal obstacle serait, selon un premier participant, « *probablement les professionnels du collège des infirmières qui voudraient garder ce territoire clinique pour elles-mêmes* »(S5)*

« *Le problème que je verrais à l'intégration ce serait les infirmières cliniciennes, qui sont en train de prendre beaucoup de place. Dans les GMF et tout cela, il y en a de plus en plus, qui travaillent avec les médecins et qui pourraient être craintives.* »(O2)

« *Les corporations, c'est le gros obstacle, surtout les infirmières, les médecins peut-être aussi un peu, mais c'est tout le système corporatif au Québec qui va bloquer. On sait que pour les infirmières elles pensent que c'est dans leur domaine, elles s'opposent carrément à cela, question de syndicats, de protéger leurs acquis. Les infirmières elles cherchent à s'implanter, avec les nouvelles infirmières praticiennes ça viendrait un peu en compétition avec celles-ci* »(O7)

Le collège des médecins et autres regroupements de médecins ont aussi été mentionnés à quelques occasions. Cependant la majorité des répondants (8 / 13) s'entendait pour dire que bien qu'il pourrait y avoir des obstacles en relation avec les médecins, ce qui sera abordé

* Traduction libre de l'anglais

ultérieurement, il semble que l'ouverture est plus grande au niveau de leur corporation face à l'acceptation d'autres professions : « *Le collège des médecins a toujours été une chasse gardée, mais on dirait qu'il a tendance dernièrement à s'ouvrir un peu plus.* »(O6)

« *...il y a plus d'ouverture, au niveau du collège des médecins, que ce soit au niveau des infirmières praticiennes ou encore de la délégation des tâches comme nous l'avons vu avec les pharmaciens dernièrement.* »(O3)

4.1.2 Connaissances relatives à la profession d'adjoint au médecin

Le manque de connaissances relatives à la profession d'adjoint au médecin a aussi été abordé par l'ensemble des participants comme un obstacle important, tout particulièrement en ce qui a trait à leur champ de compétences. Leurs rôles ne semblent pas clairs pour les gens n'ayant pas eu l'occasion de travailler avec eux, qu'ils soient médecins, infirmières ou autres professionnels de la santé aux dires des participants. Ils doivent souvent expliquer la nature de la profession aux différents intervenants du milieu, travaillant pour une première fois avec celle-ci, en s'appuyant sur leur propre expérience reliée à leurs premières interactions avec ceux-ci.

« *L'obstacle principal c'est qu'il y a une très vaste majorité de cliniciens qui ne connaissent pas les adjoints au médecin, bien que la profession soit reconnue au Canada depuis près d'une dizaine d'années par l'AMC. Il n'y a pas beaucoup de médecins québécois qui s'impliquent au niveau de l'association, il y en a, mais moins que dans les autres provinces donc c'est de l'inconnu ici.* »(O8)

« Connaître leur travail, nous on arrive ici et on travaille avec eux donc on voit ce qu'ils peuvent faire avec nous et pour nous. Ce n'est pas un apprentissage c'est un fait lorsqu'on arrive et qu'on voit à quel point ils nous dépannent. Aussi connaître leur compétence, donc voici ce que je peux faire, alors qu'actuellement ce n'est qu'un concept. Quelqu'un qui ne connaît pas ça dit : « C'est juste un infirmier », mais ce n'est pas un infirmier, c'est un infirmier qui fait un travail de médecin. Personne ne connaît cela, nous, nous sommes exposés, mais on ne peut pas blâmer quelqu'un qui n'a jamais travaillé avec eux, donc c'est l'ignorance qui est le principal problème. »(O6)

Peu de participants ont abordé le manque d'information sur la profession fourni par le gouvernement et aucun commentaire n'a été émis à propos du manque d'information transmis à la population. Le manque d'information concernant les mécanismes de contrôle des actes médicaux, de financement et de contrôle administratif, est aussi un obstacle perçu par certains participants (6/13), bien que tous n'y accordent pas la même importance. Cet obstacle, bien qu'énoncé par certains participants ayant travaillé avec des adjoints au médecin, pourrait être amplifié, selon eux, par des médecins n'ayant pas travaillé avec ceux-ci. Quelques-uns se questionnent sur la complexité potentielle de l'instauration de ces mécanismes :

« Les obstacles seraient au niveau de la répartition des tâches, qui va faire quoi et l'espèce de contrôle où les organismes qui nous contrôlent ne veulent pas avoir une perte de contrôle des actes médicaux... Collège des médecins, FMOQ, ces organismes-là qui sont là pour voir à la qualité de l'acte, alors s'ils ont l'impression de perdre le contrôle sur ces gens-là parce

que je ne sais pas de qui ils vont dépendre ces gens-là. S'ils vont dépendre de l'Ordre des infirmières, de la corporation, de la FMOQ où ils vont relever d'un autre organisme de contrôle, il faudrait que ces deux organismes-là se parlent parce que comme c'est là, la corporation, la FMOQ et l'ordre des infirmières sont là en parallèle pour contrôler leurs membres, mais ils ne sont pas interactifs. S'il devait y avoir une interaction entre les adjoints et les médecins il faudrait un mécanisme pour qu'ils aillent dans le même sens et qu'ils se contrôlent de façon adéquate, ça va être ça un des obstacles de savoir qui va gérer qui. »(O5)

« Par contre je verrais qu'il y ait une très grande liberté d'action comparativement à ce que l'on voit avec les infirmières actuellement : sa tâche est déterminée soit par le CLSC soit par le CSSS, elle est payée pour faire ce qui est déterminé, je ne peux pas lui en demander plus. Il faudrait que l'adjoint au médecin soit pratiquement aussi libre que le médecin de ses actions tout en étant chapeauté comme nous le disions précédemment. Il ne faudrait pas que la bureaucratie se mette là-dedans et que tu demandes toujours la permission pour faire quelques changements que ce soit, c'est ce que l'on vit avec les infirmières actuellement »

(S1)

D'autres participants perçoivent plutôt cet obstacle relié aux différents mécanismes comme minime. Ils se basent sur le fait que d'autres systèmes de santé similaires au système québécois, dont ceux d'autres provinces canadiennes qui emploient déjà des adjoints au médecin, ont ces mécanismes en place. Ils estiment que si ceux-ci fonctionnent bien à ces endroits, ils seraient probablement faciles à reproduire ici. Enfin, dans un même ordre d'idées, quelques participants (5) ont formulé des pistes de solutions pour faire face à cet obstacle.

« Il faudra aussi regarder ce qui a été fait parce qu'il y a d'autres provinces canadiennes qui emploient des adjoints au médecin et qui ont déjà fait la réflexion. »(S3)

*« Je crois que ce qui sera le plus important pour obtenir l'acceptation du rôle de l'adjoint au médecin dans le système de santé dans cette région ou de toutes autres régions sera d'avoir des normes clairement définies, qui le sont généralement dans d'autres juridictions. Donc, il n'est pas question de réinventer la roue, car il y a déjà une intégration très étudiée, comprise et réussie des adjoints au médecin dans d'autres systèmes de santé qui sont remarquablement similaires à notre système. * »(S4)*

« Le moyen selon lequel ils seront rémunérés sera certainement basé sur : est-il un généraliste ou procure-t-il des qualifications plus avancées? Donc, si tu as une qualification avancée en salle d'urgence tu reçois le bonus de la salle d'urgence. Si tu fais quelque chose de spécial dans la salle d'opération, tu devrais probablement recevoir quelque chose en plus de ton salaire régulier pour cette raison.† » (S5)

4.1.3 Caractéristiques de la profession

La perception des obstacles liés à la délégation d'actes médicaux a été mitigée parmi les participants. Certains croient qu'il pourrait y avoir des craintes liées à la délégation d'actes médicaux, spécialement de la part des médecins ne connaissant pas les adjoints au médecin,

* Traduction libre de l'anglais

† Traduction libre de l'anglais

bien que ces craintes puissent être moindres après qu'ils se soient familiarisés avec ceux-ci. Pour les autres, il n'y aura pas ou peu de problèmes à ce niveau.

« ...comment les adjoints au médecin vont être perçus par les gens avec lesquels ils travaillent? Comme on en a parlé tantôt au niveau de l'acte pour les médecins plus habitués à travailler seuls, ils pourraient avoir peur de déléguer cette responsabilité... »(O5)

« Légalement, je crois qu'il sera question d'actes délégués, je ne crois pas que ce sera différent du soin infirmier, donc ce sera bien. » (S5)

La perception d'obstacles touchant la relation de confiance entre le médecin et l'adjoint au médecin a été abordée par les participants, mais plus particulièrement par les médecins omnipraticiens. De leur avis, le problème ne se situe pas principalement au niveau de la relation personnelle entre eux, mais plutôt au niveau de l'environnement de travail dans certains milieux en particulier, tels que les groupes de médecine familiale (GMF). Plusieurs craignent, en se basant sur leur expérience avec les infirmières travaillant avec eux en GMF, qu'il soit difficile de développer une relation de confiance avec les adjoints au médecin si ceux-ci étaient contrôlés, comme c'est le cas pour les infirmières, par une organisation externe.

« ...s'il donne la dépendance au CLSC et que tu n'es plus capable de contrôler cela, ça ne sert à rien. De mon point de vue c'est une question de confiance... La première chose c'est qu'il apprenne à fonctionner avec toi. Il devient comme de ton personnel, il peut travailler

avec trois médecins, il peut travailler avec deux médecins. Il peut être dans une clinique, mais il doit dépendre de toi. » (O7)

« ...qui va gérer ça ces adjoints-là? Est-ce que c'est nous autres, est-ce le médecin avec qui il travaille, le GMF, la clinique, de qui il va dépendre, de quel organisme il va dépendre et quels sont les mécanismes de contrôle. C'est très important pour la relation de confiance. » (O5).

4.2 Facilitateurs perçus

4.2.1 Caractéristiques de la profession

Tous les participants ont discuté des compétences cliniques, bien que la délégation des actes puisse poser quelques problèmes, comme d'un facteur important pour l'acceptation des adjoints au médecin. Plusieurs ont mentionné le fait que ceux-ci ont les compétences nécessaires pour effectuer certaines tâches habituellement réservées aux médecins et qu'ils pourraient jouer un rôle très important dans certains domaines qui ne sont pas bien comblés à ce moment, tels que les soins primaires. Bien qu'ils apprécient les compétences de l'infirmière praticienne, tous s'entendent pour dire que malgré des similarités entre les deux professions, les compétences de l'adjoint au médecin sont plus complètes et plus orientées sur le champ de compétences des médecins.

« En fait on parle de faire voir le patient par la meilleure personne au meilleur endroit au meilleur moment » (S3)

« ...enlever des polypes, enlever des petits kystes, faire de l'azote liquide, ils sont capables de faire cela. Il y a des vides qu'ils peuvent combler. Il y a des infirmières qui peuvent le faire sauf que selon leur règlement ils ne sont pas supposés. On parle de technique médicale, des petites chirurgies mineures, réparer des plaies. » (O7)

« Ensuite, ils sont capables de faire un diagnostic complet sans le médecin. Ils sont capables de voir certains patients au complet avec une prescription sans que le médecin ait à contresigner »(O1)

« Alors les adjoints médicaux pourraient devenir des médecins de famille de l'avenir. Redevenir les médecins omnipraticiens de l'avenir, en ce sens que si les médecins omnipraticiens spécialistes comme on les reconnaît aujourd'hui, s'attaquent à des tâches qui font partie de leur spécialité, et bien tout le restant pourrait être laissé aux adjoints médicaux qui ont une formation plus médicale que les infirmières praticiennes, l'approche en tout cas au niveau de la formation. » (S1)

De plus, plusieurs ont aussi élaboré sur leur formation académique, basée sur le curriculum du cours de médecine, les rapprochant concrètement du rôle du médecin. Par opposition, les infirmières praticiennes sont généralement perçues par les répondants comme très compétentes, effectuant des tâches spécialisées, mais dans un cadre plutôt axé sur les soins infirmiers.

« ... les adjoints au médecin et les résidents ont beaucoup de besoins similaires en termes de développement et de position. Donc il me semble qu'ils pourraient être employables dans ce genre d'environnement dès le départ. » (S5)*

« La compétence qu'ils ont est l'équivalent d'un résident 1 ou bien d'un résident 2. Donc c'est une compétence très haute et il y en a 85 000 aux États-Unis. Il va avoir plus de compétence que l'infirmière clinicienne sans aucun doute. » (O3)

La relation de confiance est un facteur pouvant être un obstacle, mais est aussi vue comme un facilitateur par les participants si les mécanismes sont en place pour que celle-ci s'établisse. Certains ont discuté des avantages de cette relation qui serait importante pour l'équipe de soins alors que d'autres soutiennent que cette relation est essentielle.

« En tant que médecin d'équipe de sport professionnel, quand mon thérapeute m'appelle pour me dire qu'il a vu tel patient, tel joueur parce que moi j'étais ailleurs et que je n'ai pas pu le voir, il devient comme on le dit si bien pour les adjoints au médecin, les yeux et les oreilles du médecin et puis les mains, et puis là il y a un lien qui s'établit, une relation de confiance. T'as examiné le patient de la façon que je sais que tu l'as examiné, je sais que ce que tu me dis c'est vrai. Tu voudrais une radiographie, commande là, tu voudrais que je voie le patient, je m'ouvre une plage horaire puis il vient me voir. » (S3)

* Traduction libre de l'anglais

« Ben, disons qu'il y a une relation d'ordre moral et de confiance et de connaissance des statuts de l'un et de l'autre puis des droits aussi. Si on connaît ses droits et ses limites après un certain temps la confiance s'installe puis les liens vont bien. » (O1)

La flexibilité du rôle de l'adjoint au médecin qui peut être employé dans presque toutes les spécialités semblait être un facteur très intéressant pour les médecins interrogés. Alors qu'il était souvent fait mention des infirmières praticiennes en comparaison avec les adjoints au médecin, la versatilité de ces derniers dans plusieurs champs de pratique et le fait de pouvoir leur déléguer de plus amples responsabilités, rendaient plus flexible leur utilisation que l'emploi d'autres professions selon eux. L'infirmière praticienne, limitée dans quatre spécialités au Québec se spécialise à une de celles-ci, alors que l'adjoint au médecin est formé à la base dans toutes les spécialités majeures et développe ses capacités grâce à l'expérience qu'il acquiert par la suite.

« On s'entend aussi pour dire que les adjoints au médecin sont assez flexibles et sont assez faciles à former et à acquérir des techniques. Ils ne sont pas dans des champs de compétence très restreints, ils sont plus ouverts à apprendre, à faire ce qu'il y a à faire. On ne les sent pas déjà pris dans un cadre d'actes comme les infirmières ou les inhalothérapeutes qui sont déjà dans un cadre d'actes très réglementé. On a l'impression que les adjoints au médecin sont un peu plus libres d'agir. Ils sont plus ouverts à remplir un besoin qui relève de leur formation et de leur expérience pratique. » (S2)

« Par exemple une infirmière praticienne se spécialise en soins intensifs uniquement. Un adjoint au médecin serait formé pour travailler dans un différent nombre de domaines à la fois. Donc, au lieu de former quelqu'un juste pour un service de l'hôpital en particulier, vous avez quelqu'un que vous pouvez appeler, qui pourrait être comparé à l'équipe volante des infirmières lorsqu'elles avaient du personnel supplémentaire. J'ai besoin de quelqu'un aux soins intensifs, boum, j'ai un adjoint au médecin pour faire cela, j'ai besoin de quelqu'un pour travailler à l'urgence, boum j'ai quelqu'un pour cela. J'ai besoin de quelqu'un pour travailler de nuit, car je n'ai pas de résident sur appel, boum, vous comprenez! »(S5) « Il y a des actes que l'on peut demander à l'adjoint au médecin que l'infirmière praticienne on ne lui demandera pas. » (O3)*

4.2.2 Caractéristiques de la pratique

Le travail en régions éloignées et rurales a été mentionné par quelques participants (4), considérant cette particularité de la profession comme un élément qui favoriserait sans conteste l'acceptation de la profession. Devant le manque chronique de ressources humaines à ce niveau, les adjoints au médecin pourraient être vus comme une alternative intéressante pour résoudre en partie le problème.

« D'abord c'est de leur montrer l'expérience qui est déjà connue, comme dans le militaire et de leur faire connaître que ce sont aussi des gens qui sont habitués de travailler en isolement dans le Grand Nord ou sur des bateaux » (O1)

* Traduction libre de l'anglais

« Il y en a déjà beaucoup qui sont employés dans les salles d'urgence ou ailleurs, plateforme de forage, endroits plus isolés et tout ça, où on n'a pas nécessairement besoin d'un médecin, mais de quelqu'un qui est capable de travailler de façon autonome et de faire face aux urgences... puis la médecine familiale ça pourrait être dans des milieux où il y a beaucoup de besoins, on parle par exemple du Grand Nord québécois, des endroits un peu plus ruraux isolés semi-isolés...»(O8)

Le fait que les compétences des adjoints au médecin augmentent proportionnellement avec leur expérience, permettant ainsi aux médecins de leur déléguer de plus nombreux actes médicaux avec le temps, semblait être un élément très intéressant pour ceux-ci. En effet, la formation générale très large des adjoints au médecin leur offre la possibilité de choisir un champ de pratique et d'y développer une expertise avancée avec le temps. La relation unique qu'ils entretiennent avec le médecin les supervisant ajoute aussi un élément important à ce développement professionnel.

*«...parce qu'il y a beaucoup de choses à faire qu'un adjoint au médecin peut faire, car nous faisons de l'enseignement pour eux ici et ça se voit. Et au fur et à mesure que les adjoints au médecin se concentrent sur un rôle en particulier, ils continuent de se perfectionner comme nous le faisons aussi, en faisant de l'éducation continue dans leur domaine et en se spécialisant grandement avec l'expérience.»(S4)**

* Traduction libre de l'anglais

« De la même façon que lorsque j'ai des résidents et qu'ils quittent, s'ils restaient avec moi plus longtemps ils verraient leurs propres patients moi je ferais juste réviser et quand ils auraient besoin de quelque chose ils me le demanderaient... »(S3)

« ...il y a de moins en moins de spécialistes en médecine interne, donc les spécialités sont rendues très très fragmentées, elles ont chacune leur petit créneau. Donc les hôpitaux régionaux ne peuvent pas se permettre d'avoir toutes les spécialités et sous spécialités, donc ce sont des omnipraticiens qui doivent compenser. Il y a beaucoup d'omnipraticiens qui font beaucoup d'hospitalisation et qui deviennent quasiment comme des internistes, sans la formation et c'est parfois difficile. Alors ces médecins-là sont obligés de s'occuper de cas qui sont plus sérieux, qu'un adjoint au médecin qui serait spécialisé avec le temps, pourrait aider dans ces cas-là. »(S1)

4.2.3 Situation actuelle du réseau de santé et lacunes du système

Plusieurs facteurs ont un impact majeur sur le réseau de santé québécois et influencent directement, par exemple, l'accessibilité aux soins par la population. Cette conséquence devient, par défaut, un facilitateur important perçu par l'ensemble des participants qui croient que le fait d'employer des adjoints au médecin aiderait grandement à diminuer ou à résoudre le problème de l'accès aux soins.

« Si l'adjoint au médecin par exemple est capable de travailler au triage, de voir le patient avant moi, ce sont des choses qui sont tout à fait dans son champ de compétence et qui vont

accélérer l'accès du patient aux soins, à une radiographie, des choses de base que moi je vais faire de toute façon. S'il voit le patient au lieu que celui-ci vienne me voir pis que la prise en charge est déjà établie, qu'il ait une capacité à lire des radiographies, à prescrire au lieu que ce soit moi qui le vois et qu'il attende 3 mois sur une liste d'attente, qu'on peut déjà commencer ses traitements, j'ai amélioré les soins, j'ai accéléré l'accès et je pense que je fais une meilleure job que si je travaille tout seul. »(S3)

« Premièrement, je crois que cela augmenterait beaucoup l'accès parce qu'il y a beaucoup de choses en médecine que c'est des petits problèmes. Donc ça prend beaucoup de temps, comme dans les hôpitaux aux urgences et il pourrait y avoir facilement des adjoints au médecin qui voient les petits problèmes et le médecin s'occupe des gros cas. »(O7)

Une autre problématique importante dans le réseau de la santé est sans conteste le manque de personnel qualifié pour assurer les soins, et ce, à presque tous les niveaux. Cette situation pourrait incontestablement avoir un impact positif sur l'acceptation des adjoints au médecin aux dires des participants qui y voient, entre autres, une solution rapide (deux ans de formation) et très intéressante (compétences médicales) pour s'attaquer à ce problème qui ne semble que s'aggraver.

« Les avantages? C'est certain que ça revient sur ta question précédente. À mesure que ta charge de travail va continuer d'augmenter, nous on ne fournira plus comme médecins, car on n'est pas assez. La charge de travail est trop grande, on n'a pas assez de médecins, les infirmières cliniciennes prennent trop de temps à être formées, les infirmières sont

demandées ailleurs, les physiothérapeutes travaillent dans leurs créneaux, les ostéopathes ne sont pas intégrés. On est rendu à avoir besoin d'une aide exactement comme peut nous apporter l'ajout d'un adjoint au médecin. Donc, c'est certain que ça ne va que s'empirer, je crois. La charge de travail, le volume, les personnes plus âgées, et ça prend de plus en plus de temps par patient, on ne fournit plus...»(S3)

*« Récemment au Québec, les résidents ont signé une entente dans laquelle nous avons inclus des changements dont nous avons bien besoin au niveau des heures de travail. L'impact est que le nombre d'heures qu'ils travaillaient habituellement seront réduites. Le nombre d'heures consécutives qu'ils peuvent maintenant faire à l'hôpital est limité. Cependant, vous savez quoi? Le nombre de lits à l'hôpital n'a pas changé, le nombre de salles d'opération n'a pas changé, le nombre de cliniques n'a pas changé. Donc il y a un manque qui doit être comblé et personne pour le faire présentement alors que les adjoints au médecin ont les compétences parfaites pour cela. »(S5)**

Enfin, la hausse constante des coûts reliés aux soins de santé au Québec, mais surtout la recherche de solutions pour les diminuer, est un autre phénomène qui pourrait favoriser l'acceptation d'une nouvelle profession. En plus d'être moins longs à former, plusieurs médecins croient que les adjoints au médecin pourraient offrir plusieurs services offerts par les médecins, mais à un moindre coût.

* Traduction libre de l'anglais

« Moi je pense que oui, car financièrement ça coûte plus cher d'avoir des médecins, de les former et au niveau de la facturation ça coûte beaucoup moins d'avoir un adjoint au médecin. On en parlait dans les journaux cette semaine, les adjoints au médecin à ma compréhension auraient probablement un salaire fixe, payé annuellement, avec une charge de travail déterminée, alors que les coûts en santé augmentent constamment parce qu'il n'y a pas de capitation sur ce que je fais. Plus moi comme médecin on me demande de travailler, plus je travaille à l'acte, plus je génère des dépenses... »(S3)

« Encore là, moi je crois que c'est une question de coût aussi, ça coûte moins cher de former un adjoint médical qu'un médecin... »(S1)

« ...veux veux pas quand un médecin de famille voit un patient 20 min ou 30 min ça coûte plus cher que d'utiliser un adjoint au médecin » (O8)

4.2.4 Impact sur la pratique des médecins

Un des aspects ayant été le plus souvent abordé par les participants (10) comme élément facilitateur pour l'acceptation des adjoints au médecin a été au niveau des impacts sur la pratique des médecins. Le fait que leur utilisation permettrait aux médecins de se concentrer sur les cas plus lourds a été soulevé par l'ensemble de ceux-ci. Plusieurs ont évoqué que le fait que leur temps est trop souvent utilisé à s'occuper de cas bénins qui pourraient être vus par une autre personne, le cas échéant, les adjoints au médecin. Plusieurs considèrent qu'il serait plus productif pour les médecins de ne s'occuper que des cas nécessitant leur niveau de

compétence et de déléguer les cas nécessitant peu ou pas de supervision. Le problème actuel réside, selon eux, dans le fait qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, de professionnels de la santé au Québec, en dehors d'eux-mêmes, qui puissent assurer l'ensemble des actes médicaux requis et assumer cette responsabilité.

« Comme dans les urgences, tu pourrais avoir un adjoint au médecin et avec un médecin, il pourrait voir les cas d'amygdalites et tous les petits problèmes, les cas d'infections respiratoires, contrôler un diabète ils sont capables de le faire s'ils ont besoin de prescription. Le musculo-squelettique aussi ils sont bien formés, je crois qu'ils ont une bonne place, car ils ont un rôle dans cela. »(O7)

« On est dans une situation au Québec où on nous demande de faire du gros volume. Tous mes collègues me disent que l'on travaille plus que nous n'avons jamais travaillé, cela déborde, il y a de la pression toujours pour du gros volume. On sait que dans ce gros volume-là il y en a peut-être juste un sur dix qui est un cas important. Je ne dis pas que les autres n'ont rien, mais si je suis capable de déléguer ces cas à un résident en médecine ou à un adjoint au médecin il est capable de s'occuper de ces cas-là. »(S2)

« ...alors si, comme nous à notre GMF il y a plusieurs médecins qui font des heures d'urgences mineures en même temps, s'il y avait un adjoint au médecin et un médecin, si tu avais toujours un adjoint au médecin à temps plein qui serait là, le médecin pendant ce temps-là ferait autre chose. Il pourrait faire sa spécialité qui est le suivi justement des cas lourds. »(S1)

Finalement, le fait qu'un meilleur suivi des patients puisse être un facilitateur pour l'acceptation de la profession a aussi été mentionné par des participants à l'étude. Ce facteur pourrait avoir un impact favorable sur les médecins qui, trop souvent, se sentent surchargés. Ils considèrent que le suivi des patients est loin d'être optimal et parfois complètement inadéquat à cause des défis actuels comme le démontre les commentaires suivants.

« Ce qui nous aiderait aussi c'est dans le suivi clinique. Il serait capable de prendre ce gros volume-là et d'identifier le patient qui a besoin de nous. Maintenant, notre pratique est à risque en tant que médecin parce que dans notre suivi on en perd. Les tests, les rapports, la réconciliation des choses, en plus des téléphones et des suivis il y a beaucoup que l'assistant au médecin pourrait faire pour aider. »(S2)

« Moi c'est une case où je vois très bien les adjoints au médecin. Qu'il voit du monde comme ça, qu'il puisse suivre certains cas, plus légers, des cas d'hypertension par exemple qui lorsque ça commence à se compliquer il peut passer ces cas au médecin de famille spécialisé qui doit assurer un suivi annuel aux six mois. Et l'adjoint continu à voir le patient comme l'on faisait dans le temps aux deux mois ou au mois. »(S1)

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

5.1 Retour sur les résultats

Dans l'ensemble, les participants de l'étude ont fait preuve d'ouverture envers l'utilisation d'adjoints au médecin dans le réseau de la santé québécois. Aucun de ceux-ci ne voyait de désavantage majeur à les intégrer comme nouvel intervenant dans notre système de santé si ce n'est des quelques frictions d'ordre interprofessionnel susceptibles d'en découler. Cependant, comme il en a été question au précédent chapitre, tous réalisent que plusieurs facteurs pourront créer des obstacles à l'acceptation de la profession, bien qu'il y ait aussi plusieurs éléments qui pourraient la faciliter. De plus, certains obstacles seront significativement amplifiés, selon eux, par le fait de ne pas avoir travaillé avec un adjoint au médecin.

Le corporatisme est sans conteste, à leur avis, l'obstacle principal à l'acceptation de la profession d'adjoint au médecin. Alors que traditionnellement au Québec, le Collège des médecins est perçu comme un des organismes qui protègent le plus sa profession, les participants ont plutôt identifié l'Ordre des Infirmières du Québec comme étant l'organisation qui serait la moins encline à accepter les adjoints au médecin. Le fait que les adjoints au médecin puissent effectuer certains actes médicaux maintenant délégués aux infirmières praticiennes qui ont dû travailler d'arrache-pied pour acquérir ces droits, créera des frictions selon les participants.

Tous s'entendent aussi pour dire que le manque d'information sur la profession d'adjoint au médecin aura un impact majeur sur l'acceptation de la profession. Puisant souvent dans leur expérience personnelle, les participants ont élaboré sur le fait que leur niveau d'acceptation des adjoints au médecin a évolué grandement après avoir travaillé avec ceux-ci passant parfois de critique, à une acceptation inconditionnelle dans la majorité des cas. En fait, selon eux, le fait de ne pas bien connaître le champ de compétence et l'utilité potentielle des adjoints au médecin pour s'attaquer aux défis du système de santé québécois pourrait être l'obstacle principal à l'acceptation de la profession. En résumé, le consensus se fait sur l'importance de trouver les bons mécanismes pour s'assurer que l'information pertinente sur la profession soit disséminée à l'ensemble de la communauté médicale.

Enfin, la situation actuelle du réseau de santé au Québec a quant à elle semblé reliée à plusieurs facilitateurs importants. L'accessibilité aux soins, le manque de personnel médical, et les coûts en santé sont des problèmes grandissants. Tous considèrent que cette situation pourrait être un facteur majeur pour faciliter l'acceptation de la profession d'adjoint au médecin si elle s'intègre comme solution à ces problèmes.

5.2 Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude comportent plusieurs similitudes avec ceux retrouvés dans la revue de la littérature effectuée au chapitre 2 et sur laquelle le cadre conceptuel s'appuyait. L'unique élément trouvé dans le cadre de cette étude que nous n'avions pas identifié dans la

littérature est au niveau des pertes financières potentielles que les médecins craignent de subir, élément que nous approfondirons au chapitre suivant.

La diminution de la charge de travail, l'augmentation de la productivité pour les médecins, l'amélioration de la qualité des soins, la diminution du temps d'attente pour les patients, ainsi que la rentabilité au niveau des coûts sont tous des avantages à employer des adjoints au médecin selon l'étude d'Isbener et al (2003). Des résultats similaires à cette étude réalisée aux États-Unis en milieu rural, ont été identifiés par l'ensemble des participants de la présente étude, comme éléments importants qui favoriseraient l'intégration éventuelle d'adjoints au médecin au Québec. L'étude d'Isbener et al (2003) avaient aussi identifié la crainte des médecins à ce que les adjoints au médecin puissent aller au-delà de leur champ de pratique. Cet élément se retrouve aussi dans les obstacles perçus de l'étude, sous les caractéristiques de la profession, en relation avec les craintes reliées à la délégation d'actes médicaux.

Les résultats de l'étude concordent aussi avec les conclusions d'une autre étude américaine de Kaups et al en 1998, qui identifiaient une amélioration significative concernant la durée de différentes procédures en urgence après l'ajout d'adjoints au médecin. Cet élément a été identifié comme facilitateur perçu, au niveau des compétences cliniques et de la flexibilité du rôle, où les participants ont clairement identifié que l'accessibilité et la rapidité des soins s'amélioreraient en employant des adjoints au médecin dans notre réseau.

Les facilitateurs au niveau de la situation actuelle du réseau de santé au niveau du manque de personnel médical et de l'accessibilité aux soins sont aussi similaires à l'étude australienne

d'O'Connor et Hooker de 2007 qui conclut que « l'emploi d'assistants au médecin, similaire aux adjoints au médecin américain, pourrait être une stratégie utile pour compléter le rôle du médecin en Australie et pour combler un besoin criant... »

Enfin, l'étude concorde en plusieurs points avec les résultats d'études portant sur les conditions favorables et les barrières potentielles à l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées au Québec. Une étude de Smith réalisée sur ce sujet en 2011 et basée sur une recension des écrits de 2006 à 2011 comporte des résultats similaires à plus d'un niveau. La flexibilité du rôle, la perception d'une valeur ajoutée aux soins, l'amélioration à l'accessibilité et le vieillissement de la population ainsi que son impact sur le réseau, ne sont que quelques-uns des facteurs favorables identifiés dans les deux études. De pareilles similitudes se recoupent aussi au niveau des obstacles, que ce soit au niveau des résistances d'autres ordres professionnels face à leur intégration, des tensions liées au chevauchement des champs de pratique ou encore, au manque de clarté du rôle et d'information sur la nature de la profession.

La recension des écrits par Smith (2011) est particulièrement intéressante, car elle englobe plusieurs études reliées à l'intégration des infirmières praticiennes. Les adjoints au médecin effectueront probablement une démarche semblable, car les deux professions comportent plusieurs similitudes. Le chevauchement des champs de pratique, l'aspect de nouveauté des deux professions au début de leur intégration alors que cette intégration s'effectuera dans le même système de santé, sont des éléments importants en ce sens. Les résultats de ces études utilisées dans la création du cadre conceptuel, sont donc supportés par les résultats de la présente étude et confirme aussi la validité du cadre.

5.3 Comparaison avec les facteurs identifiés dans la littérature

Dans l'ensemble, les données recueillies à l'aide des entrevues concordent avec le modèle conceptuel des facteurs influençant l'implantation des adjoints au médecin (fig 5) et la littérature sur le sujet. Tous les facilitateurs et les obstacles perçus en regard de l'acceptation de la profession des adjoints au médecin ont été abordés par les participants lors des entrevues bien que certains semblent avoir plus d'importance que d'autres. Les données recueillies viennent donc valider le modèle conceptuel, d'autant plus que les questions du guide d'entrevue ne faisaient aucune mention des différents obstacles et facilitateurs inclus dans celui-ci.

L'unique obstacle perçu par les participants qui ne se retrouvait pas dans notre modèle, mais qui pourrait être rattaché aux connaissances relatives à la profession ou au corporatisme était la crainte d'une perte financière qui pourrait potentiellement être encourue par les médecins si les adjoints au médecin étaient employés dans le réseau de santé du Québec. Certains participants ont mentionné que bien qu'ils aiment se concentrer sur des cas plus lourds, une grande partie de leur salaire se rattachait aux nombreux petits cas qu'ils pouvaient voir chaque jour dans leur cabinet. Cependant, certains ont aussi discuté du sujet en disant que des mécanismes pourraient être mis en place pour éviter les pertes financières découlant de cette situation. Dû à la nature de cet obstacle qui recoupe plusieurs éléments du cadre conceptuel, un autre onglet sous les obstacles perçus pourrait être ajouté et se nommer « impacts sur la pratique des médecins » et inclure les aspects financiers.

5.4 Limites de la recherche

Bien entendu, cette étude comporte quelques limites, mais se voulait exploratoire de prime abord. Le fait que les participants proviennent de deux milieux en particulier et qu'ils se connaissent a certainement eu un impact. Près de la moitié de ceux-ci travaillent dans une clinique militaire et bien que civil, leurs perceptions peuvent être influencées par leur milieu de travail quelque peu différent d'un environnement civil, notamment, au niveau de sa structure plus hiérarchisée. Le reste des participants, travaillant tous dans la région montréalaise, pourraient aussi avoir une perception différente de médecins provenant d'autres régions et étant potentiellement confrontés à différents problèmes liés à leur environnement comme le manque de médecins en régions éloignées.

Enfin, l'étude porte uniquement sur la perception de médecins, ce qui offre simplement leurs points de vue et ne tient pas compte de l'opinion des autres intervenants du réseau. Nous sommes donc limités par le fait que les infirmières qui collaboreront régulièrement avec les adjoints au médecin, n'ont pas partagé leur point de vue et n'ont pu corroborer les perceptions des médecins. À ceci s'ajoute le fait que les médecins n'ayant pas travaillé avec des AM n'ont pas été interrogés. Leurs perceptions auraient sans doute été différentes, mais leur méconnaissance de la profession d'AM aurait par contre peut-être limité leurs commentaires.

5.5 Recommandations

À notre connaissance, cette étude est la première du genre au Québec à examiner la réaction de médecins à l'égard des AM. Comme l'étude est d'envergure limitée, il serait important d'approfondir plus amplement le sujet. Les résultats étant basés sur la perception de médecins, il serait intéressant d'inclure les infirmières dans une étude subséquente, d'autant plus que les résultats suggèrent que celles-ci pourraient avoir un impact majeur dans l'acceptation de la profession des adjoints au médecin au Québec. Il serait aussi utile d'effectuer des recherches incluant des médecins n'ayant pas travaillé avec des adjoints au médecin et provenant de milieux plus variés pour corroborer nos résultats.

Enfin, dans l'éventualité où le gouvernement du Québec opterait pour l'introduction d'adjoints aux médecins dans le réseau de santé, les obstacles identifiés dans la présente étude devraient souhaitablement être diminués. Concomitamment, la promotion des avantages à l'utilisation d'adjoints au médecin auprès des différents professionnels concernés ainsi qu'auprès des médecins serait une mesure utile à cette intégration.

CHAPITRE 6 : CONCLUSION

Cette étude a permis d'identifier les facteurs pouvant influencer l'implantation des adjoints au médecin dans le système de santé québécois, selon l'opinion de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes. Des obstacles perçus importants, tels que le corporatisme, principalement de la part des infirmières, et le manque d'information sur la profession, pourraient interférer avec des démarches visant à introduire cette nouvelle profession au Québec. Cependant, les médecins ayant participé à l'étude s'entendent pour dire que ces obstacles ne seraient pas insurmontables, si les différents intervenants étaient bien informés sur les bénéfices à employer des adjoints au médecin. Les participants ont par ailleurs mentionné unanimement qu'ils travailleraient avec des adjoints au médecin si l'opportunité leur en était donnée. Enfin, le contexte actuel des services de santé au Québec, avec les défis en termes d'accessibilité et de manque de personnel, semble être un excellent moment pouvant favoriser l'acceptation de la profession d'adjoint au médecin. Alors que nous sommes en recherche de solutions à ces problèmes, les adjoints au médecin pourraient faire partie de ces solutions selon les participants.

Les adjoints au médecin ont des compétences uniques et travaillent déjà dans d'autres provinces canadiennes qui ont un réseau de santé similaire à celui du Québec. C'est donc en approfondissant les connaissances à leur égard que nous parviendrons à bien comprendre ce qu'ils ont à offrir à notre système de santé et ainsi diminuer les quelques obstacles vis-à-vis leur acceptation.

RÉFÉRENCES

AAPA. (2011). Site officiel de l'American Academy of Physician Assistants. Consulté le 24 avril, 2012, sur <http://www.aapa.org>

ACAM. (2009). Association canadienne des adjoints au médecin – champ d'activité et profil national de compétence. Consulté le 2 fév, 2012, sur www.capa-acam.ca

ACAM. (2011). Site officiel de l'Association canadienne des adjoints au médecin. Consulté le 2 fév, 2012, sur www.capa-acam.ca

AMC. (2010). Les adjoints au médecin: Guide pratique pour les médecins du Canada. Ottawa. 28 p. Consulté le 12 janvier, 2012, sur http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Physician_Assistants/PA-Toolkit_fr.pdf

Ashton, C. W. Aiken, A. & Duffy, D. (2007). Physician Assistants--a solution to wait times in Canada? *Forum gestion des soins de santé / Collège canadien des directeurs de services de santé*, 20 (2), 38-42.

Auerbach C.F. Silverstein L.B. (2003). *Qualitative Data : An Introduction to Coding and Analysis*. New York University Press.

Bélanger, A.Y. (2009, mai, 11). Et si on formait des assistants-médecins. *Le Soleil*. Consulté le 8 mars, 2011, sur <http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/200905/08/01-854590-et-si-on-formait-des-assistants-medecins.php>.

Berg B.L. (2003). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 5ndEdition, Allyn & Bacon.

Blais, R. Maheux, B. Lambert, J. Loiselle, J. Gauthier, N. & Framarin, A. (1994). Midwifery defined by physicians, nurses and midwives: The birth of a consensus? *Canadian Medical Association Journal*, 150 (5), 691-697.

Blais, M. Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26 (2), 1-18.

Bohm E, Dunbar M. (2007) Report on orthopaedic clinical assistants in Manitoba. *National Standards Committee; Canadian Orthopaedic Association*, June. Consulté le 5 fév, 2012, sur http://www.coaco.org/images/stories/articles/nsc_physician_assistant_report_2007_final.pdf.

Bohm, E. R. Dunbar, M. Pitman, D. Rhule, C. & Araneta, J. (2010). Experience with physician assistants in a Canadian arthroplasty program. *Canadian journal of surgery*, 53 (2) 103-108.

Boucard, A. (2009). *L'acceptation des rôles de l'infirmière praticienne en première ligne selon les données socio-démographiques des usagers de CLSC*. Mémoire, Université de Montréal.

Buch, K. E. Genovese, M. Y. Conigliaro, J. L. Nguyen, S. Q. Byrn, J. C. Novembre, C. L. & al. (2008). Non-physician practitioners' overall enhancement to a surgical resident's experience. *Journal of surgical education*, 65 (1), 50-53.

Bullough, B. & Winter, C. (1980). *The law and the expanding role, second edition, Physician's assistant and the law*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Contandriopoulos, A.P. Champagne, F. Potvin, L. Denis, J.L. & Boyle, P. (2005). *Savoir préparé une recherche - la définir, la structurer, la financer*. Montréal. Gaëtan morin éditeur.

Corbin, J. & Strauss, A.L. (1990). Grounded theory research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative sociology*, 13 (1), 3-21.

Craig, L. (2009). Un diplôme universitaire pour les adjoints au médecin. *La feuille d'érable*, 12 (28).

Creswell, J.W. (2003). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage. Denzin, N.K. & Lincoln, Y.

Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys: The Total Design Method*. Wiley, New York.

Drennan, V. Levenson R. Halter, M. & Tye, C (2011). Physician assistants in English general practice: a qualitative study of employers' viewpoints. *Journal of health services research & policy*, 16 (2), 75-80.

Ducharme, J. Alder, R. J. Pelletier, C. Murray, D. & Tepper, J. (2009). The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. *CJEM : Canadian journal of emergency medical care*, 11 (5), 455-461.

Dunlop, K. (2011). A team designed to meet patients' needs. *The Canadian nurse*, 107 (1), 36.

FMOQ, (2011). La FMOQ lance une nouvelle campagne publicitaire pour rappeler l'urgence d'investir en médecine familiale. Communiqué, site du FMOQ. Consulté le 2 janvier, 2012, sur <http://www.fmoq.org/fr/press/news/news/2011/Lists/Billets/Post.aspx?ID=4>

Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal (Qc), Décarie Éditeur.

Gendron, D. (2010, juillet, 29). Première super-infirmière au Québec. *Le Peuple Côte-sud*. Consulté le 30 mars, 2011, sur

<http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=151981&id=2269&classif=Nouvelles>.

Gervais, L.M. (2009, février,2). La pénurie de médecins de famille ne se résorbera pas. *Le Devoir*. Consulté le 24 mars, 2011, sur <http://www.ledevoir.com/societe/sante/230941/la-penurie-de-medecins-de-famille-ne-se-resorbera-pas>.

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine. Hawthorne NY.

Goldman, B. (1993). Why aren't we using physician assistants?. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 149 (8), 1170.

Grzybicki, DM. Sullivan, PJ. Oppy, JM. Bethke, AM. Raab, SS. (2002). The economic benefit for family general medicine practices employing physician assistants. *Am J Manag Care*, 8(7), 613-20.

Hooker, R. S. MacDonald, K. & Patterson, R. (2003). Physician assistants in the Canadian Forces. *Military medicine*, 168 (11), 948-950.

Hooker RS, Cawley JF, Everett CM. (2011). Predictive modeling the physician assistant supply: 2010-2025. *Public Health Reports 2011*, 126, September/October, 708-716.

Isberner, F. Lloyd, L. Simon, B. Craven, J. (2003) Utilization of Physician Assistants: Incentives and Constraints for Rural Physicians. *Perspective on Physician Assistant Education*. 14, (2), 69-73.

Jones, I.W. & Hooker, R.S. (2011) Physician assistants in Canada – Update on health policy initiative. *Canadian family physician*, 57, 83-87.

Jung, H.W. (2011). The birth of physician assistants in Canada. *Canadian family physician*, 57, 275-76.

Kaups, K.L. Parks, S.N. Morris, C.L. (1998). Intracranial pressure monitor placement by midlevel practitioners. *Journal of Trauma*, 45, 610-614.

Lamarre, D. (2011, mars, 16). Débats: des pouvoirs accrus aux pharmaciens? Vos points de vue. *La presse*. Consulté le 24 mars, 2011, sur <http://www.cyberpresse.ca/place-publique/la-presse-debats/201103/15/01-4379519-debats-des-pouvoirs-accrus-aux-pharmaciens-vos-points-de-vue.php>.

Legler, C. F. & Cawley, J. F. et al. (2007). Physician assistants: education, practice and global interest. *Medical teacher*, 29 (1), 22-25.

MacDonald, M. Schreiber, R. & Davis, L. (2005). Examen des nouveaux rôles en pratique infirmière avancée. Ottawa. ISBN 1-55119-965-3. 67p.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: A source book of new methods*. Beverly Hills, CA: Sage.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyse de données qualitatives*. (2^e éd.) Paris: De boeck.

Millar, W. Riehl, E. Napier, M. et al. (1998) Use of Physician Assistants as emergency/trauma house staff at an American College of Surgeons verified level 2 Trauma Centre. *Journal of Trauma*, 44, 372-376

Morgan PA, Shah ND, Kaufman JS, Albanese MA. (2008). Impact of physician assistant care on office visit resource use in the United States. *Health Serv Res*, 43 (5.2), 1906-1922.

O'Connor, T. M. & Hooker, R. S. (2007). Extending rural and remote medicine with a new type of health worker: physician assistants. *The Australian journal of rural health*, 15 (6), 346-51.

Pelletier, J. & Tapp, D. (2010, décembre, 17). Infirmières praticiennes spécialisées-Nous dénonçons la position des médecins. *Le Devoir*. Consulté le 24 mars, 2011, sur <http://www.ledevoir.com/societe/sante/313138/infirmieres-praticiennes-specialisees-nous-denoncons-la-position-des-medecins>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and method*. (7th ed.).

Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Poupart, J. Groulx, L.H. Deslaurier, J.P. Laperrière, A. Mayer, R. & Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan

Morin, éditeur.

Rioux-Soucis, L.M. (2011, mars,18). Pas l'année de la santé. Le Devoir. Consulté le 24 mars, 2011, sur <http://www.ledevoir.com/societe/sante/319041/pas-l-annee-de-la-sante>.

Roy CL, Liang CL, M Lund, Boyd C, Katz JT, McKean S, SCHNIPPER JL. (2008).

Implementation of a physician assistant/hospitalist service in an academic medical center: impact on efficiency and patient outcomes. *J Hosp Med*, 3 (5), 361-68.

Rumble, T. Bohm, E. & Dunbar, M. (2007). Adjointes aux médecins : la solution à la pénurie d'orthopédistes au Canada. *Association canadienne d'orthopédie*. Consulté le 9 mars, 2011,

sur <http://www.coa-aco.org/fr/bulletin-de-l-aco/issue-75/info-adjoints-au-medecin-la-solution-a-la-penurie-dorthopedistes-au-canada.html>.

Sharma, T. R. & Nicely, M. D. (2011). Physician assistants in mental health. *Southern medical journal*, 104 (2), 87-88.

Smith, A. (2011). *Mise en place de conditions favorables à l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne : une recension des écrits et des meilleures pratiques*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Talbot, M. (1994). Canadian Forces physician assistants. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 150 (7), 1058-1059.

Thrasher, C. & Purc-Stephenson, R.J. (2007). Integrating nurse practitioners into Canadian emergency departments: a qualitative study of barriers and recommendations. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 9 (4), 275-281.

Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27 (2), p. 237-246.

Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières. Consulté le 12 avril, 2012, sur <http://www.scinf.umontreal.ca/etudes/deuxieme-cycle/programmes/maitrise/soins-specialises.htm#>

Wiwanitkit, V. (2010). Integration of nurse practitioners and physician assistants in emergency departments. *CJEM : Canadian journal of emergency medical care*, 12 (2), 102.

Wolinsky, F.D. (1988). *Seeking and using health services, in the sociology of health: principles, practitioners and issues*. Belmont: Wadsworth Publishing Co.

Yin, R.K. (1994). *Case study research: design and methods* (2e éd.). Newbury Park: Sage Publications

ANNEXE 1 – GRILLE D’ENTREVUE

Perceptions des médecins québécois à l’égard des adjoints au médecin

Guide d’entrevue avec les médecins omnipraticiens et spécialistes

Chercheur

Daniel Ayotte

Ayotte_d@*****.ca

450 332-****

Consignes :

- La rencontre va durer un maximum d’une heure. Cette rencontre est réalisée dans le cadre d’une recherche visant à mieux comprendre la perception des médecins québécois à l’égard d’une éventuelle intégration des adjoints au médecin dans le réseau de santé québécois advenant un changement de législation leur permettant d’exercer au Québec.
- Vous serez questionné sur vos perceptions à l’égard des adjoints au médecin basées sur votre expérience personnelle en tant que professionnel de la santé et sur votre connaissance du réseau et de ces principaux acteurs.

- Nous vous assurons que toutes les informations divulguées resteront confidentielles, seuls le chercheur et le personnel de l'Université de Montréal impliqué dans le projet auront accès aux noms des participants. Ces personnes se sont engagées à respecter la confidentialité des données recueillies.
- Si vous voulez ajouter des commentaires sur des thèmes dont nous n'aurions pas discuté, nous allons terminer la rencontre par une période libre;
- Avant de commencer, nous devons vous faire signer un formulaire de consentement. Signalons que la rencontre est enregistrée afin de faciliter la transcription des échanges.

Nom: _____

Spécialité: _____

Nombre d'années d'expérience avec des adjoints au médecin : _____

Lieu de travail: _____

1. Thème # 1 - Intégration des adjoints au médecin.

1.1. Selon vous quels seraient les obstacles à l'intégration des adjoints au médecin au Québec?

1.2. Y a-t-il des éléments qui pourraient favoriser l'intégration des adjoints au médecin au Québec?

1.3. Qu'est-ce qui permettrait aux médecins d'accepter les adjoints au médecin?

2. Thème # 2 - Emploi d'adjoints au médecin.

2.1. Voyez-vous des avantages à employer des adjoints au médecin au Québec?

2.2. Voyez-vous des désavantages à employer des adjoints au médecin au Québec?

3. Thème # 3 - Compétences cliniques.

3.1. Quelles sont les compétences cliniques que les adjoints au médecin civil devraient maîtriser?

3.2. Quelle devrait être la relation entre les médecins et les adjoints au médecin civil?

4. Avez-vous d'autres suggestions ou commentaires concernant l'introduction éventuelle d'adjoints au médecin au Québec?

5. Avez-vous des questions ou des commentaires?