

On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès du :

Publications  
Direction des communications  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9

La reproduction non commerciale du présent document à des fins éducatives ou de planification est autorisée.  
Prière de mentionner la source.

Publié par  
La Direction générale de la promotion et  
des programmes de santé  
Santé Canada

Also available in English under the title:  
*Health Human Resources in Community-based Health Care:  
A Review of the Literature*

N° de cat. H39-351/1-1996F  
ISBN 0-662-80930-0

***POUR ÉTABLIR UNE ASSISE PLUS SOLIDE :  
CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PLANIFICATION  
ET L'ÉVALUATION DES SERVICES DE SANTÉ  
COMMUNAUTAIRES AU CANADA***

**Composante 1**

**RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ  
DANS LE DOMAINE  
DES SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES : REVUE  
DE LA DOCUMENTATION**

**Raymond W. Pong, Ph. D.<sup>2</sup>  
L. Duncan Saunders, M. B., Ph. D.<sup>1</sup>  
W. John B. Church, Ph. D.<sup>1</sup>  
Margaret I. Wanke, M. H. S. A.<sup>1</sup>  
Paul Cappon, M. D., Ph. D.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Healthcare Quality and Outcomes Research Centre  
Department of Public Health Sciences  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)

<sup>2</sup>Northern Health Human Resources Research Unit  
Université Laurentienne  
Sudbury (Ontario)

**1995**

# REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé par le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS).

Les auteurs tiennent à remercier Richard Robert et Brenda Fantin de la Northern Health Human Resources Research Unit de l'Université Laurentienne ainsi que Carol Spooner, Marlene Dorgan et David Diamond de la University of Alberta pour leur aide à la réalisation des recherches bibliographiques en ligne, à la cueillette des articles dans les bibliothèques, à la communication avec les sources d'information, au résumé des études et à l'évaluation de leur méthodologie.

Les auteurs désirent également remercier les membres du Comité directeur pour leur aide et leurs contributions. Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles de les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada ou le Comité consultatif des ressources humaines en santé.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> . . . . .	v
<b>1 INTRODUCTION</b> . . . . .	1
<b>2 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE ET DE LA REVUE DE LA DOCUMENTATION</b> . . . . .	3
2.1 Recherche bibliographique . . . . .	3
2.1.1 Mots clés et stratégies pour la recherche bibliographique . . . . .	3
2.1.2 Tri des abrégés . . . . .	4
2.1.3 Autres recherches . . . . .	4
2.1.4 Revue des articles et des documents . . . . .	5
2.2 Exhaustivité de la revue de la documentation . . . . .	7
2.3 La grille modalités-résultats . . . . .	7
<b>3 RÉSULTATS DE LA REVUE DE LA DOCUMENTATION</b> . . . . .	11
3.1 Modalité I : Continuum des ressources humaines en santé . . . . .	11
3.1.1 Continuum des ressources humaines - Optimisation des ressources - Qualité des soins (I-C et I-D) . . . . .	13
3.1.2 Continuum des ressources humaines - Équité . . . . .	16
3.1.3 Éléments d'orientation . . . . .	17
3.2 Modalité II : Rôles des prestataires et substitution, élargissement et diversification des rôles . . . . .	18
3.2.1 Rôle des prestataires - Qualité des soins (II-D) . . . . .	19
3.2.2 Rôle des prestataires - Équité (II-B) . . . . .	21
3.2.3 Rôle des prestataires - Optimisation des ressources (II-C) . . . . .	24
3.2.4 Rôle des prestataires - Qualité de la vie professionnelle (II-E) . . . . .	26
3.2.5 Éléments d'orientation . . . . .	27
3.3 Modalité III : Éducation, formation et acquisition de connaissances et de compétences . . . . .	29
3.3.1 Éducation - Qualité des soins (III-D) . . . . .	29
3.3.2 Éducation - Équité (III-B) . . . . .	35
3.3.3 Éléments d'orientation . . . . .	36

3.4	Modalité IV : Modèles de composition des effectifs et de rémunération des prestataires . . . . .	38
3.4.1	Modèles de composition des effectifs et de rémunération des prestataires - Qualité des soins . . . . .	40
3.4.2	Modèles de rémunération - Optimisation des ressources (IV-C) . . . . .	42
3.4.3	Modèles de composition des effectifs - Qualité de la vie professionnelle (IV-E) . . . . .	43
3.4.4	Éléments d'orientation . . . . .	44
3.5	Modalité V : Réglementation juridique des professions de la santé . . . . .	45
3.5.1	Réglementation professionnelle - Équité (V-B) . . . . .	46
3.5.2	Réglementation professionnelle - Optimisation des ressources (V-C) . . . . .	48
3.5.3	Réglementation professionnelle - Qualité des soins (V-D) . . . . .	49
3.5.4	Éléments d'orientation . . . . .	49
3.6	Modalité VI : Gestion des effectifs en santé . . . . .	51
3.6.1	Gestion des effectifs - Qualité de vie professionnelle (VI-E) . . . . .	52
3.6.2	Gestion des effectifs - Optimisation des ressources (VI-C) . . . . .	55
3.6.3	Éléments d'orientation . . . . .	56
<b>4</b>	<b>SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DES ÉLÉMENTS D'ORIENTATION . . . . .</b>	<b>57</b>
4.1	Résumé des principaux résultats de recherche . . . . .	57
4.2	Principaux éléments d'orientation . . . . .	60
4.3	Conclusion . . . . .	63
	<b>BIBLIOGRAPHIE . . . . .</b>	<b>65</b>
	<b>ANNEXE 1 : Stratégies de recherche et résultats . . . . .</b>	<b>82</b>
	<b>ANNEXE 2 : Personnes Ressource . . . . .</b>	<b>94</b>
	<b>ANNEXE 3 : Données Statistiques sur la recherche bibliographique . . . . .</b>	<b>99</b>
	<b>ANNEXE 4 : Résumé des études . . . . .</b>	<b>100</b>



# RÉSUMÉ

## INTRODUCTION

Le Canada est doté d'un système de soins de santé bien développé, mais il affiche également l'un des taux d'institutionnalisation les plus élevés au monde. Toutefois, il est devenu évident que les soins de santé ne comprennent pas seulement les soins en établissement; ils englobent un éventail beaucoup plus large de services et d'activités, notamment les initiatives personnelles en matière de santé, la prévention des maladies, la promotion de la santé, le soutien communautaire, les soins ambulatoires, les traitements immédiats et spécialisés, les soins de longue durée et les services de réadaptation. Dans de nombreuses sociétés occidentales, dont le Canada, la nécessité de freiner l'escalade des coûts, de rendre des comptes aux consommateurs et d'accroître l'accessibilité des services, parallèlement à la prise de conscience du fait que les soins médicaux ne sont que l'un des nombreux facteurs qui contribuent au maintien de la santé de la population, sont autant de raisons qui ont amené une restructuration du système de soins de santé. En raison de la fermeture ou de la réduction des effectifs de certains hôpitaux, de la réforme du système de soins de longue durée et de l'importance accordée aux soins de santé primaires, on fait de plus en plus appel aux soins de santé communautaires. En même temps, grâce aux progrès technologiques, aux changements dans l'organisation de la pratique et à une meilleure information du public, un bon nombre de services médicaux traditionnellement offerts dans les hôpitaux sont maintenant fournis dans la communauté.

Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée pour les soins de santé communautaires, cette expression désigne généralement la prestation de services de santé le plus près possible des endroits où la population vit et travaille, à l'extérieur des hôpitaux et d'autres établissements. Le concept des soins de santé communautaires met l'accent sur la participation de la clientèle, l'approche holistique et le travail d'équipe, une utilisation plus rationnelle des ressources en santé, une responsabilisation personnelle accrue à l'égard du bien-être et une orientation favorable à la prévention des maladies et à la promotion de la santé.

Les soins de santé constituent un secteur à forte densité de main-d'oeuvre, le personnel représentant au moins 70 pour cent des coûts. Dans les soins de santé communautaires, où l'on fait moins appel aux installations et à la technologie de pointe, les ressources humaines jouent un rôle encore plus prépondérant et représentent une plus forte proportion des coûts. Dans l'élaboration d'un cadre pour l'évaluation et la prise de décisions stratégiques concernant les soins de santé communautaires, il est donc essentiel de porter une attention spéciale à la question des ressources humaines en santé.

## LA MÉTHODE DE LA REVUE DE LA DOCUMENTATION

Le but de cette revue de la documentation est de déterminer s'il existe des données documentées montrant comment la conceptualisation, l'utilisation, le perfectionnement, la réglementation et la gestion des ressources humaines en santé influent sur les résultats des soins de santé communautaires. À cette fin, une revue approfondie de la documentation a été réalisée. Elle comprenait des recherches en ligne dans des bases de données, des recherches supplémentaires pour repérer d'autres études, des démarches auprès de spécialistes, le tri des abrégés, l'évaluation des points forts des méthodologies adoptées pour les études et l'intégration des résultats. Les résultats de la revue de la documentation ont été organisés et présentés au moyen d'une grille

modalités-résultats. Les modalités se rapportent aux dimensions conceptuelles utilisées pour comprendre ou analyser les questions se rattachant aux effectifs en santé. Six modalités ont été retenues :

continuum des ressources humaines en santé  
rôles des prestataires de soins et substitution, élargissement et diversification des rôles  
éducation et acquisition de compétences  
modèles de composition des effectifs et de rémunération des prestataires  
réglementation des professions de la santé  
gestion des effectifs en santé.

Comme ces six dimensions sont abondamment traitées dans la documentation sur les effectifs en santé, elles représentent les questions ou problèmes majeurs pour les planificateurs, les décideurs et les chercheurs. Par ailleurs, le terme «résultats» désigne les résultats prévus ou atteints. Dans le cas présent, ils constituent la dimension en regard de laquelle on évalue les soins de santé communautaires. Les cinq résultats retenus sont les suivants :

sentiment de maîtrise  
équité  
optimisation des ressources  
qualité des soins  
qualité de la vie professionnelle.

## **PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA REVUE ET ÉLÉMENTS D'ORIENTATION**

D'après les résultats de la revue de la documentation, quatre éléments d'orientation ont été définis : continuum des ressources humaines en santé, substitution des ressources humaines, réglementation professionnelle et gestion et perfectionnement des effectifs. Des orientations générales sont ensuite proposées. Bien qu'il existe de nombreuses données empiriques à l'appui de ces orientations générales, il faudrait accorder la priorité à l'élaboration d'autres politiques entourant ces quatre éléments d'orientation.

### **Continuum des ressources humaines en santé**

**Résultats de la revue de la documentation** : *Les initiatives personnelles en matière de santé et les soins prodigués par des prestataires non officiels sont des phénomènes très répandus. Vu que les techniques médicales se perfectionnent de plus en plus et que la clientèle des soins devient de mieux en mieux informée, les individus peuvent maintenant exécuter de nombreuses tâches liées aux soins de santé, qui étaient autrefois assumées exclusivement par les prestataires officiels dans des établissements. La plupart des études passées en revue montrent que les initiatives personnelles et les soins non officiels se sont révélés des solutions utiles et efficaces à divers problèmes de santé. Les études démontrent qu'à partir du moment où les prestataires non officiels bénéficient d'une formation, d'une supervision et d'une surveillance appropriées, ils peuvent fournir des conseils et de l'information sur la santé, s'occuper de la*

*promotion de la santé, offrir des services de réadaptation, fournir des soins de longue durée, etc., de façon aussi efficace que les prestataires officiels. Puisque, par définition, les initiatives personnelles et les soins non officiels sont gratuits (du moins du point de vue des gouvernements et des autres tiers payants) elles sont rentables, à condition que les soins n'aggravent pas ou ne prolongent pas le problème de santé de celui qui les reçoit. Toutefois, on ne doit pas généraliser en affirmant que toutes les initiatives personnelles ou tous les soins non officiels sont efficaces. Il importe de préciser le genre d'initiative personnelle ou le genre de soins que peut prodiguer un prestataire non officiel et dans quelles conditions.*

Si l'on veut que les soins de santé communautaires deviennent efficaces, holistiques et axés sur le client, il faut reconsidérer les ressources humaines en santé sous un autre angle. En effet, on ne doit plus considérer les ressources humaines en santé comme on l'a toujours fait, c'est-à-dire presque exclusivement comme des prestataires officiels ayant reçu une longue formation. On doit plutôt les considérer comme un continuum, allant des personnes qui s'occupent elles-mêmes de leur santé aux personnes qui prennent soin de leurs parents ou amis malades ou handicapés, et des travailleurs de la santé issus du milieu, formés principalement sur le tas, aux spécialistes hautement qualifiés.

La question ici n'est pas de savoir si les initiatives personnelles en matière de santé et les prestataires non officiels font partie du continuum des ressources humaines en santé. Dans certains domaines et dans certaines conditions, il ne fait aucun doute qu'ils jouent un rôle prépondérant pour ce qui est de fournir un soutien au système de santé. Sans eux, le système officiel s'effondrerait, car ses ressources seraient vraisemblablement insuffisantes pour satisfaire à tous les besoins en matière de soins de santé et les demandes de tous les citoyens. Étant donné que les soins de santé sont de plus en plus concentrés sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, la réadaptation, le maintien de la santé, les soins de longue durée et le bien-être psycho-social, le rôle des personnes qui se donnent elles-mêmes des soins et des prestataires non officiels prend de plus en plus d'importance puisqu'ils se sont révélés efficaces dans bon nombre de ces domaines. Il est inutile d'élaborer un cadre de politiques sur les effectifs pour appuyer les soins de santé communautaires si l'on ne tient pas compte de tout l'éventail de prestataires.

Ce qu'il faut plutôt se demander c'est comment les initiatives personnelles, les soins non officiels et les soins officiels devraient être intégrés et comment ils pourraient se compléter. Une autre question découle de celle-ci, à savoir comment on pourrait appuyer les personnes qui se donnent elles-mêmes des soins et les prestataires non officiels. Il n'existe pas au Canada de cadre global et intégré de politique ou de planification en matière d'effectifs en santé qui tienne compte de l'ensemble du continuum des ressources humaines. L'élaboration et la mise en oeuvre d'un tel cadre doivent devenir l'une des priorités de la planification et de la mise en place des soins de santé communautaires.

## **Substitution des ressources humaines**

**Résultats de la revue de la documentation :** *Des études nombreuses et bien étayées parlent en faveur du recours à des prestataires des échelons intermédiaires, tels que les infirmières cliniciennes et les sages-femmes, en particulier en ce qui concerne les soins primaires. Dans de nombreuses provinces, il a été démontré à maintes reprises que les soins fournis par ces praticiens, travaillant sous la supervision de médecins, ou en collaboration avec des médecins, sont sans danger et de haute qualité.*

**Résultats de la revue de la documentation :** *Les recherches révèlent en général qu'il est rentable d'utiliser des prestataires d'échelons intermédiaires tels que les infirmières cliniciennes et les sages-femmes. Mais il faut souligner qu'à l'exception de quelques études portant sur les infirmières cliniciennes (menées au cours des années 70), la plupart des recherches dans ce domaine ont été réalisées dans d'autres pays où les systèmes ou modes de financement des soins de santé et de rémunération des praticiens diffèrent grandement de ceux du Canada. Il faut donc faire preuve de prudence lorsqu'on tente d'extrapoler les résultats de la recherche pour les appliquer au contexte canadien.*

**Résultats de la revue de la documentation :** *La substitution des rôles ne se limite pas aux prestataires des échelons intermédiaires. Bien que la quantité de données à ce sujet et la solidité de celles-ci varient d'un groupe professionnel à l'autre, on peut dire sans se tromper que la substitution de nombreux rôles est réalisable et efficace lorsqu'elle se fait de façon appropriée.*

Par rapport à beaucoup d'autres pays, le Canada est en retard dans l'utilisation de la substitution des ressources humaines en santé comme instrument politique de réforme des soins de santé. Au Canada, le recours aux infirmières cliniciennes est relativement rare, sauf dans les collectivités isolées et dans le Grand Nord. Ce n'est que tout récemment, et dans quelques provinces seulement, que la profession de sage-femme a été reconnue officiellement. En fait, on pratique souvent dans ce pays la «substitution inversée». Ainsi, des praticiens hautement qualifiés ou ayant une vaste formation prennent en charge des fonctions qui sont exécutées de façon satisfaisante par du personnel d'échelons inférieurs.

La plupart des études empiriques sur la substitution des rôles se rattachent aux prestataires des échelons intermédiaires. En ce qui concerne les autres domaines ou disciplines, les études sont moins systématiques et moins abondantes. Bien qu'il faille encourager la recherche et l'évaluation, ce n'est pas parce que les données empiriques sont relativement rares qu'il faudrait pour autant empêcher l'expérimentation de façons plus innovatrices d'utiliser les ressources humaines en santé.

La substitution des ressources humaines est un instrument politique qui peut servir à atteindre les objectifs des soins de santé communautaires tels que la rentabilité, l'accessibilité aux services et la répartition équitable des ressources. Toutefois, il importe de faire en sorte que la substitution ne serve pas uniquement de prétexte à la réalisation d'économies. On procède à la substitution des rôles parce qu'il est évident ou parce qu'on peut démontrer que la même fonction peut être exécutée de manière aussi compétente et efficace par un prestataire qui a une formation moins vaste ou qui ne possède pas de titre officiel. Si des économies peuvent être réalisées en même temps, c'est un avantage supplémentaire.

## **Réglementation des professions de la santé**

**Résultats de la revue de la documentation :** *Bien que très peu d'études sur la réglementation juridique des professions de la santé soient directement liées aux soins de santé communautaires, il ne faut pas négliger l'importance de la réglementation professionnelle. Si l'une des caractéristiques des soins de santé communautaires est une utilisation plus souple des ressources humaines, les résultats de la recherche permettent de croire que c'est un concept difficile à mettre en pratique, à moins que des changements majeurs soient apportés à la réglementation des professions. Plusieurs études révèlent qu'une réglementation rigide empêche le recours aux prestataires des échelons*

*intermédiaires. Cela peut être vrai aussi pour d'autres formes de substitution de rôles et l'utilisation de travailleurs polyvalents. Des études ont également démontré qu'une réglementation excessive a pour effet d'augmenter le coût des services et de réduire l'accès à ceux-ci. Lorsque les professions ont le droit d'établir des critères stricts d'admission et d'autres conditions, le coût des services a tendance à augmenter et leur utilisation a tendance à diminuer.*

La réforme du système actuel de réglementation professionnelle est une condition sans laquelle il serait impossible d'élaborer et de mettre en oeuvre une politique sur les ressources humaines qui soit favorable aux soins de santé communautaires. En effet, la réglementation juridique des professions de la santé est habituellement considérée comme un fait acquis et rarement comme un important outil politique pour la réforme du système de santé. Si aucun changement n'est apporté à la réglementation des professions de la santé, il sera difficile de procéder à une substitution des rôles ou d'avoir recours à des travailleurs polyvalents. Si l'on veut que les soins communautaires permettent de mieux répondre aux besoins de la clientèle, il faut que les effectifs soient plus souples. Pour cela, on a besoin d'un système de réglementation professionnelle qui permette de faire des essais et d'innover en ce qui concerne l'utilisation, le perfectionnement et la gestion des ressources.

Cependant, il importe de souligner que la réglementation professionnelle n'est qu'un aspect d'un système de réglementation complexe qui englobe, entre autres, l'agrément de programmes ou d'établissements, l'adoption de politiques gouvernementales et l'assurance contre la faute professionnelle. Il serait vain d'apporter des changements à la réglementation professionnelle sans modifier en même temps d'autres aspects de ce mécanisme complexe. De plus, il faut insister sur le fait que la réforme de la réglementation professionnelle ne signifie pas pour autant la suppression des normes et des mesures de protection. Le défi consiste à trouver des solutions de remplacement au système actuel, qui permettent une plus grande souplesse sur le plan de la gestion, une utilisation appropriée des ressources humaines, un choix plus grand pour les consommateurs et l'assurance de la qualité des soins.

## **Gestion et perfectionnement des effectifs en santé**

**Résultats de la revue de la documentation :** *Si les personnes qui se soignent elles-mêmes et les prestataires non officiels sont considérés comme parties intégrantes du continuum des ressources humaines en santé, il faut leur donner l'occasion d'apprendre comment se prodiguer des soins et en prodiguer aux autres et améliorer leurs capacités dans ce domaine. Les études et les projets de démonstration montrent que certains types de formation sont efficaces. Mais compte tenu de la divergence des objectifs, du large éventail d'approches de formation utilisées et de la diversité des prestataires de soins, on n'a aucun mal à comprendre la difficulté pour les chercheurs de produire des données concordantes sur ce sujet.*

**Résultats de la revue de la documentation :** *En ce qui a trait aux prestataires officiels, le point de concentration de cette revue de la documentation était la préparation ou la réorientation des prestataires officiels en vue de leur permettre de travailler au niveau de la communauté. Les activités ayant fait l'objet d'études comprennent la reconception des programmes d'enseignement, le déménagement des salles de cours et des lieux de pratique des établissements aux installations communautaires, l'accès à des possibilités de formation dans un milieu multidisciplinaire et la prestation d'une aide aux soignants*

*afin de leur permettre de s'adapter au transfert des emplois entre les établissements et les organisations communautaires. De façon générale, les résultats des études sont positifs.*

**Résultats de la revue de la documentation :** *En ce qui concerne la gestion des effectifs, un des résultats des recherches revêt une importance capitale pour les soins de santé communautaires; il s'agit des caractéristiques du travail dans des organisations communautaires, qui favorisent une bonne qualité de vie au travail. Selon de nombreuses études, les praticiens qui oeuvrent dans les domaines des soins à domicile et de la santé communautaire aiment leur travail; de plus, ils considèrent que l'autonomie, la liberté de gérer leurs tâches et leurs contacts avec les patients/clients sont les aspects les plus stimulants de leur travail.*

Diverses mesures dans les domaines de la gestion et de l'éducation pourraient permettre d'améliorer l'efficacité des praticiens en ce qui concerne la prestation de soins de santé communautaires ainsi que leur qualité de vie au travail. De même, la façon dont les prestataires sont organisés, déployés et rémunérés pourrait avoir des effets sur la qualité et la rentabilité de leurs services. Toutefois, il n'y a pas de formule magique ni de solution miraculeuse. Les études examinées révèlent que certaines mesures sont efficaces dans un programme ou un service de santé, ou dans une communauté, mais pas nécessairement dans d'autres. En outre, d'après la revue des études sur l'éducation et l'acquisition de compétences, bien que les experts s'entendent généralement sur plusieurs changements à apporter, ils ne s'accordent pas sur la façon de les apporter. Comme les soins de santé communautaires englobent une vaste gamme de services, de prestataires, d'organismes et d'organisations de toutes sortes, il faut mettre à l'essai différentes stratégies, en s'inspirant de l'expérience acquise dans d'autres programmes ou pays. Une approche empirique et des améliorations progressives semblent être une façon prudente de mettre en place des modèles de formation et des pratiques de gestion appropriés, en attendant du moins que des approches et des modèles définitifs soient définis.

# 1 INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, les provinces et les territoires ont procédé à des examens en profondeur de leur système de santé. Les initiatives actuelles de réforme dans les provinces et les territoires ayant fait suite à ces révisions visent à améliorer la qualité, la rentabilité, la responsabilité et l'équité des soins de santé.

Le Canada possède un système de santé bien développé, mais il affiche en revanche l'un des taux d'institutionnalisation les plus élevés au monde. Or, l'institutionnalisation entraîne généralement une centralisation, une spécialisation et une hiérarchisation inutiles et accorde une importance exagérée aux soins curatifs. Par ailleurs, il est devenu évident que les soins de santé ne comprennent pas seulement les soins en établissement mais englobent un éventail beaucoup plus large de services et d'activités, notamment les initiatives personnelles en matière de santé, la prévention, la promotion et la protection de la santé, le soutien communautaire, les soins ambulatoires, les traitements immédiats et spécialisés, les soins chroniques et les services de réadaptation. Dans de nombreuses sociétés occidentales, dont le Canada, la nécessité de freiner l'escalade des coûts, de rendre des comptes aux consommateurs et d'accroître l'accessibilité des services, ainsi que la réalisation que les soins médicaux ne sont que l'un des nombreux rouages du maintien de la santé dans la population, ont contribué à apporter au système de santé plusieurs transformations importantes, entre autres l'importance croissante accordée aux soins communautaires. Ainsi, les réformes majeures mises en oeuvre dans ce domaine au Canada, notamment les stratégies de santé communautaire, la réforme des hôpitaux, des soins en santé mentale et des soins prolongés et la stratégie des services de soutien et de réadaptation, reposent en grande partie sur les services communautaires. Les progrès technologiques et les changements dans l'organisation de la pratique ont également permis que de nombreux services médicaux traditionnellement offerts en établissement le soient dans un cadre communautaire (Stoeckle, 1995).

Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée pour les soins de santé communautaires, ce terme désigne généralement la prestation de services de santé le plus près possible des endroits où la population vit et travaille, à l'extérieur des hôpitaux et d'autres établissements. Fondé sur la conviction que la plupart des besoins en santé peuvent être satisfaits dans un cadre communautaire et ne requièrent pas d'interventions professionnelles majeures, le concept des soins de santé communautaires met l'accent sur la décentralisation de la prise de décisions et de la prestation des services, la participation de la clientèle, l'approche holistique et le travail d'équipe, une utilisation plus rationnelle des ressources de santé, une responsabilisation personnelle accrue et l'autonomie en matière de santé et une orientation favorisant la prévention et la promotion de la santé. Cependant, il n'est pas facile d'évaluer avec précision les avantages, économiques ou autres, de ces modèles.

Afin de mieux comprendre la nature des soins de santé communautaires et de créer un cadre d'évaluation des initiatives dans le domaine, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des ressources humaines en santé a commandé une étude intitulée «A Framework for Evaluation and Policy Decisions for Community-based Health Care in Canada - Focus on Health Human Resources» (Cadre pour l'évaluation et la prise de décisions en santé communautaire - Ressources humaines en santé). L'objectif de cette étude est d'élaborer un cadre d'évaluation pratique et flexible doté de buts similaires à ceux qui avaient été présentés dans le document «Planning for Health: Toward Informed Decision-Making» (Santé Canada, 1994), soit :

- l'amélioration de la santé communautaire
- l'efficacité et l'efficience des services
- l'intégration et la coordination
- l'égalité d'accès aux soins de santé
- la volonté de répondre aux besoins et aux désirs de la collectivité
- la participation de la collectivité à la gestion du système de santé

Le projet comporte trois résultats prévus. La première composante consiste en une revue systématique de la documentation sur les ressources humaines en santé communautaire. La deuxième comprend une revue similaire sur les modèles organisationnels en santé communautaire. Enfin, la troisième composante comporte l'élaboration d'un cadre pouvant servir à l'évaluation et à l'établissement de politiques liées aux soins de santé communautaires. Le présent rapport, la Composante I, porte sur les questions relatives aux effectifs dans les soins de santé communautaires et est basé sur une revue sélective de la documentation pertinente.

Les soins de santé constituent un secteur à forte intensité de main-d'oeuvre, le personnel représentant au moins 70 pour cent des coûts. En santé communautaire, qui fait moins appel aux installations et à la technologie de pointe, les ressources humaines jouent un rôle encore plus prépondérant et représentent une plus forte proportion des coûts. L'orientation favorisant les soins communautaires influe inévitablement sur les façons de concevoir, d'utiliser, de gérer et de régler les ressources humaines. La gestion des ressources humaines, à son tour, a des répercussions sur les modes de prestation et l'efficacité des soins communautaires. Par conséquent, il ne faut pas se surprendre que parallèlement aux changements majeurs touchant le système de santé, de nombreux rapports clés émanant du Conseil des premiers ministres, des commissions ou des groupes de travail sur le système de santé recommandent un examen ou une réforme des effectifs en santé (Angus, 1991). L'élaboration d'un cadre servant à l'évaluation et aux décisions d'orientation en santé communautaire devra donc à tout prix accorder une attention particulière aux ressources humaines.

Bien que le présent rapport puisse être traité comme un document indépendant, il est important de rappeler qu'il constitue une partie intégrante du projet de recherche. Son but principal est de servir d'information et de guide à l'élaboration d'un cadre d'évaluation et d'établissement de politiques liées aux soins de santé communautaires. En raison de l'envergure de cette étude, il n'est pas possible de procéder à une revue exhaustive de la documentation, portant sur tous les aspects des soins de santé communautaires (voir la section 2.2 pour la discussion de ce point), et d'évaluer les forces et les faiblesses des résultats en entier (bien qu'une évaluation de certaines études comparatives soit présentée). En fait, il s'agit plutôt de chercher à mieux connaître les prestataires de soins de santé oeuvrant en milieu communautaire au moyen d'une revue assez approfondie de la documentation. Plus précisément, la présente composante examine de quelle manière ont été atteints certains objectifs en santé communautaire et dans quelle mesure divers aspects des ressources humaines y ont contribué. Les résultats et les problèmes signalés dans cette étude ainsi que les résultats de la Composante II servent ensuite à formuler des questions pour les visites d'évaluation et la séance du groupe de discussion faisant partie des activités de la Composante III.

## **2 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE ET DE LA REVUE DE LA DOCUMENTATION**

Cette section présente une description des stratégies et du processus de recherche bibliographique ainsi que les diverses sources d'information. On y traite également de l'exhaustivité et de la représentativité des études examinées. Enfin, l'organisation des résultats de la revue de la documentation au moyen d'une grille modalités-résultats est présentée.

### **2.1 Recherche bibliographique**

La recherche bibliographique comprend les grandes étapes ci-dessous :

- détermination des mots clés et des stratégies de recherche;
- revue de la bibliographie des articles déjà obtenus pour repérer les études potentiellement utiles;
- interrogation en ligne des bases de données pour trouver des articles pertinents;
- démarches auprès de spécialistes universitaires, d'organisations et de ministères gouvernementaux afin d'obtenir des études additionnelles et documents non publiés;
- création d'une base de données informatisée à partir d'articles pertinents;
- tri des abrégés pour isoler les études qui feront l'objet d'une analyse plus approfondie;
- revue de la bibliographie de certains articles pour repérer d'autres études utiles.

Voici une description plus détaillée de certaines de ces étapes.

#### **2.1.1 Mots clés et stratégies pour la recherche bibliographique**

En collaboration avec des bibliothécaires expérimentés dans les recherches bibliographiques en ligne, des stratégies ont été élaborées pour les domaines suivants :

- soins communautaires,
- modalités liées aux ressources humaines en santé et résultats.

Ces recherches ont été limitées à l'anglais et au français, aux pays appartenant à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et aux études comparatives. On a appliqué ces critères pour que la revue de la documentation soit faisable. Seules les études menées dans les États membres de l'OCDE ont été retenues étant donné que les systèmes de santé de ces pays ressemblent généralement à celui du Canada. En outre, seules les études comparatives ont été retenues parce qu'elles sont plus susceptibles de donner des résultats empiriques robustes.

Les termes établis à l'origine ont été redéfinis au cours des recherches pour tenir compte des termes et mots clés utilisés par les divers services de recherche en ligne. Plusieurs essais ont été menés avant d'en arriver à une stratégie valable dont soient satisfaits les chercheurs et les bibliothécaires. On trouvera à l'Annexe 1 les mots clés utilisés pour les interrogations des bases de données.

Les recherches ont été effectuées dans les bases de données suivantes : Medline (1966-1994), Healthplan (1974-1994) et CINAHL (1982-1994). Lorsque c'était possible, on a éliminé les répétitions au cours du processus. Une fois terminées les recherches sur chacune des catégories, les données ont été regroupées de la façon suivante : santé communautaire + modalités liées aux ressources humaines en santé + résultats + anglais/français + études comparatives.

### 2.1.2 Tri des abrégés

Au total, 2282 abrégés ont été retenus, à partir de la recherche combinée sur les ressources humaines en santé, pour subir un examen plus approfondi. Ce corpus a été traité par Reference Manager, un logiciel spécialement conçu pour le traitement des recherches bibliographiques. Reference Manager assure l'élimination des répétitions dans la base de données et produit une liste des toutes les entrées. Le tri des abrégés a été guidé par la définition des soins de santé communautaires selon l'équipe de recherche. Ainsi, trois caractéristiques définies au sens large ont servi à déterminer si le service était communautaire :

**proximité du domicile** : pour les services fournis dans le cadre de la vie quotidienne; il n'est pas seulement question de la proximité physique (c.-à-d. les services près des endroits où les gens vivent et travaillent) mais également des affinités culturelles et idéologiques (p. ex., centres de guérison autochtones pour la clientèle autochtone);

**non institutionnel** : pour les services qui ne sont pas donnés dans les hôpitaux, les établissements psychiatriques ou les établissements de soins prolongés traditionnels; certains services amorcés en établissement puis poursuivis à l'externe pourraient se classer comme soins communautaires, par exemple les services à domicile gérés par un hôpital, les hôpitaux extra-muros et les cliniques de soins ambulatoires parrainées par des hôpitaux;

**éventail de services** : au moins deux services dans une série de services sanitaires et connexes ayant des liens démontrables entre eux.

Les abrégés ont été triés à l'insu par deux chercheurs. En cas de désaccord concernant l'inclusion ou l'exclusion d'un article, les chercheurs discutaient pour en arriver à un consensus. Seules les études qui portaient sur des interventions possédant les caractéristiques ci-haut mentionnées ont été retenues pour la revue.

### 2.1.3 Autres recherches

Les recherches en ligne étant limitées par le contenu des bases de données et les mots clés adoptés par celles-ci, l'équipe de recherche a repéré, au cours des recherches en ligne, des articles potentiellement pertinents dans ceux qu'elle avait déjà en sa possession et en examinant la bibliographie des articles retenus pour la revue. Les titres de ces études ont été ajoutés à la base de données de Reference Manager.

De plus, pour savoir si d'autres études, non publiées, avaient été menées dans le domaine des soins communautaires, l'équipe de recherche a communiqué avec des personnes ressources appartenant aux catégories suivantes : centres de recherche et chercheurs, ministères des gouvernements fédéral et provinciaux et organismes de services de santé nationaux ou des provinces (ou des États) du Canada et des États-Unis. La liste des personnes et des organismes sollicités apparaît à l'Annexe 2.

Il faut mentionner que les critères de sélection utilisés dans les recherches en ligne par mots clés étaient considérablement élargis dans la catégorie «autres recherches», en particulier pour les deux critères «soins de santé communautaires» et «études comparatives». Ce projet de recherche porte sur les soins communautaires; toutefois, de nombreuses études sur la main-d'oeuvre oeuvrant à l'extérieur d'un cadre communautaire peuvent avoir un rapport avec les effectifs en milieu communautaire ou des répercussions sur les politiques dans ce domaine. De même, bien que l'équipe de recherche soit convaincue que les études comparatives offrent généralement les résultats empiriques les plus robustes et les preuves les plus solides, il faut reconnaître que la majorité des études sur les effectifs en santé ne sont pas de nature comparative. Si toutes les études non comparatives étaient écartées, beaucoup de données et de réflexions utiles seraient perdues.

#### **2.1.4 Revue des articles et des documents**

Les articles choisis pour faire l'objet d'une revue et d'une synthèse ont été obtenus des sources suivantes : la Northern Health Human Resources Research Unit, la bibliothèque de l'Université Laurentienne, la bibliothèque de l'Université Western Ontario, la bibliothèque de l'Université de l'Alberta, les prêts entre bibliothèques et, dans le cas des documents non publiés, de personnes, centres de recherche, associations et ministères gouvernementaux. En date du 14 avril 1995, un total de 607 articles ou documents potentiellement utiles avaient été repérés; de ce nombre, 231 ont été passés en revue et jugés utiles pour la présente étude. On trouvera à l'Annexe 3 les données statistiques sur la recherche bibliographique.

Chaque article admissible a ensuite été classé selon sa méthodologie dans l'une des catégories suivantes : article d'opinion par un expert, étude descriptive, étude quasi-comparative et étude comparative. Cette division vise à fournir une catégorisation hiérarchique où on estime, en règle générale, que les articles d'opinion apportent les preuves les moins valides et les études comparatives, les preuves les plus valides pour ce qui est de la relation entre l'intervention et le résultat.

- i. Article d'opinion par un expert* : cette catégorie comprend des articles pertinents par rapport à l'étude mais dont le but n'est pas de décrire les méthodes ou les résultats d'études originales. Mentionnons à titre d'exemple les articles traitant des avantages et inconvénients des différentes approches de formation des praticiens à la pratique multidisciplinaire mais ne contenant aucune nouvelle donnée. Ces articles citent parfois des résultats d'autres études. Les revues non systématiques font également partie de cette catégorie.
- ii. Études descriptives* : il s'agit d'études qui décrivent des méthodes et des résultats originaux mais dont le but n'est pas de comparer les résultats de différentes interventions. Cette catégorie comprend des études de méthodologies très variées, dont les enquêtes et les études de cas.

- iii. **Études quasi-comparatives** (sans témoins appariés pour le temps et l'endroit) : ce sont des études originales dont le but est de comparer les résultats de différentes interventions. Toutefois, les résultats obtenus dans le groupe expérimental sont comparés aux résultats de témoins observés dans d'autres conditions en ce qui a trait au temps et à la région. Les différences dans les caractéristiques des groupes et dans la méthodologie de cueillette de données, ainsi que d'autres facteurs externes, diminuent généralement la validité de ces études.
- iv. **Études comparatives** : il s'agit d'études originales dont le but est de comparer les résultats de différentes interventions. Les résultats sont comparés entre des groupes qui font partie intégrante de l'étude, à l'aide de critères de sélection similaires, et ils sont mesurés de la même manière. Les études comparatives se subdivisent comme suit :
- transversales** : les résultats et les interventions sont mesurés au même moment
  - cas-témoins** : les participants montrant des résultats positifs et négatifs sont comparés quant à l'intervention
  - de cohortes** : les participants ayant subi différentes interventions sont suivis dans le temps et comparés quant aux résultats observés
  - avant/après** : on compare les résultats avant et après l'intervention chez les participants
  - essais cliniques** : les sujets sont répartis au hasard pour recevoir différentes interventions et les résultats sont comparés
  - essais dans la collectivité** : les membres ou les groupes communautaires sont répartis au hasard pour recevoir différentes interventions et les résultats sont comparés
  - revue systématique** : les résultats obtenus de plusieurs études comparatives originales font l'objet d'une comparaison systématique et d'une synthèse.

Les études comparatives ont également été évaluées en fonction de leur valeur méthodologique. Pour chaque étude comparative, deux chercheurs ont évalué à l'insu la similarité des groupes comparés, la clarté de la définition, la répartition des interventions, la précision des mesures des résultats, la qualité du suivi et la taille de l'échantillon. Chaque article a reçu une cote qualitative selon qu'il était fort, moyen ou faible sur le plan méthodologique. Les cotes des deux évaluateurs ont ensuite été comparées puis on en est arrivé à un consensus après discussion. Dans ce contexte, une étude solide sur le plan méthodologique fournit des preuves convaincantes d'une relation entre une intervention et un résultat, relation qui n'est pas due à un biais, à des facteurs confusionnels ni au hasard. Cette évaluation ne se veut pas un jugement sur la qualité ou la valeur globale de l'article. En effet, les circonstances entourant l'étude peuvent avoir fait en sorte qu'il soit impossible de mener une étude solide sur le plan méthodologique. De plus, l'étude peut avoir apporté d'autres renseignements valides ou utiles, notamment des recommandations pour l'action.

## 2.2 Exhaustivité de la revue de la documentation

Le champ de ce projet de recherche est extrêmement vaste. À l'examen des dimensions de modalités et de résultats (voir la section 2.3), on constate que la plupart des aspects majeurs des ressources humaines en santé sont analysés. Le dilemme auquel faisait face l'équipe de recherche était le choix entre l'exhaustivité et la faisabilité. Pour rendre le projet faisable, certains critères ont été adoptés pour les recherches en ligne par mots clés. En revanche, afin de ne pas écarter de nombreuses études peut-être utiles, certaines des conditions imposées ont été élargies pour les autres étapes de la recherche bibliographique. Toutes les études comparatives ont été incluses dans la revue de la documentation, ainsi que les articles d'opinion et les études descriptives et quasi-comparatives jugés les plus pertinents. On peut affirmer que les études répondant à tous les critères de sélection ont fait l'objet d'une recherche exhaustive mais ce n'est pas le cas pour les autres, en raison de l'ampleur du projet, de l'abondance de documentation ainsi que des contraintes de temps et de ressources. Une autre stratégie visant à assurer la faisabilité a été de faire usage des revues et méta-analyses existantes qui présentent un résumé ou une analyse intégrée de plusieurs études distinctes.

On n'a pas cherché à inclure dans la revue toutes les études qui avaient été choisies ou examinées. Les études mentionnées à la section 3 ont été retenues à des fins d'illustration. Les études qui font état de résultats empiriques et qui ont été citées dans la section portant sur les résultats de la revue ont été résumées en ce qui concerne le cadre, la population cible, la méthodologie, les interventions et les résultats. On trouvera à l'Annexe 4 une brève description de ces études.

## 2.3 La grille modalités-résultats

Les questions de ressources humaines concernant les soins de santé communautaires ont été analysées au moyen de la grille modalités-résultats (voir la Figure 1 à la page 10). On entend par modalités les dimensions conceptuelles utilisées pour comprendre ou analyser ce qui touche aux effectifs en santé. Six modalités ont été retenues (les désignations des modalités utilisées à la Figure 1 sont entre parenthèses) :

- i.* continuum des ressources humaines en santé (Continuum des ressources humaines)
- ii.* rôles des prestataires de soins et substitution, élargissement et diversification des rôles (Rôle des prestataires)
- iii.* éducation, formation et acquisition de connaissances et de compétences (Acquisition de compétences)
- iv.* modèles de composition des effectifs et de rémunération des prestataires (Modèles de composition des effectifs et de rémunération)
- v.* réglementation des professions de la santé (Réglementation professionnelle)
- vi.* gestion des effectifs en santé (Gestion des effectifs)

Comme ces six dimensions sont abondamment traitées dans la documentation sur les effectifs en santé, elles représentent les questions ou problèmes majeurs pour les planificateurs, les décideurs et les chercheurs en matière de ressources humaines en santé. Il convient de noter qu'un grand nombre de ces modalités ont été citées dans la *Demande de propositions* comme des questions importantes à discuter.

Le terme «résultats» désigne les résultats prévus ou atteints. Dans le cas présent, ils constituent la dimension en regard de laquelle on évalue les soins de santé communautaires. Peu d'articles ont été écrits sur l'évaluation des soins communautaires mais quelques auteurs ont offert leurs réflexions sur les facteurs essentiels à la pratique des soins primaires. Comme il y a un chevauchement considérable entre le concept des soins primaires et celui des soins communautaires, certains des critères d'évaluation utilisés pour les premiers pourraient être appliqués également aux seconds. Par exemple, selon l'Agency for Health Care Policy and Research (1993), la qualité des soins primaires peut se caractériser par trois dimensions. La première est la perception par le patient que ses besoins en santé sont satisfaits, et se mesure généralement par la satisfaction du patient. La seconde dimension est l'atteinte des résultats optimaux et la troisième, l'usage judicieux des ressources du système de santé. Longo et Daugird (1994) ont proposé d'évaluer la qualité des soins primaires ambulatoires en tenant compte des attributs suivants : accessibilité, obligation de rendre des comptes, disponibilité, coordination, exhaustivité et continuité. La synthèse et la refonte de ces idées, et d'autres, ont servi à dégager les dimensions de résultats suivantes :

- i. sentiment de maîtrise,
- ii. équité,
- iii. optimisation des ressources,
- iv. qualité des soins,
- v. qualité de la vie professionnelle.

«Sentiment de maîtrise» signifie l'obligation de rendre des comptes pour les prestataires de services et l'impression d'être maître de la situation pour les patients ou clients, à titre individuel ou collectif. Ce résultat recouvre des concepts tels que la participation du citoyen/consommateur/non-spécialiste à la prise de décision, la souveraineté du consommateur, etc. On entend par «équité» l'offre ou disponibilité et la distribution équitable des ressources humaines en santé. Ce résultat comprend des concepts tels que l'équité et la prestation efficace des services. L'«optimisation des ressources» recouvre le coût des services, la rentabilité et la prestation efficace de services. La «qualité des soins» représente les résultats cliniques ou l'état de santé, la qualité et le choix judicieux des soins, la satisfaction du consommateur, etc. Enfin, la «qualité de vie professionnelle» fait référence à la satisfaction professionnelle des prestataires de soins. Alors que les autres résultats sont axés sur le patient ou client, cette dernière dimension est axée sur le prestataire. Cependant, une analyse plus poussée révèle que la «qualité de vie professionnelle» est étroitement liée à la rentabilité, à la qualité des soins et à la distribution équitable des ressources humaines en santé, ou qu'elle pourrait avoir une incidence sur ces dimensions. Par exemple, l'absence de motivation ou l'insatisfaction pourraient provoquer un roulement de personnel élevé qui, à son tour, pourrait exercer un effet néfaste sur la qualité des soins ou le coût de prestation.

Il convient de noter que les cellules de la grille modalités-résultats ne contiennent pas toutes des renseignements pertinents. En dépit de recherches bibliographiques poussées, on n'a pas trouvé d'études, ou très peu, portant sur certaines paires modalités-résultats. Ainsi, aucune étude sur les effectifs en santé n'a été signalée en ce qui concerne le «sentiment de maîtrise». Toutes les cellules portant sur ce sujet sont donc vides. Ceci pourrait signifier qu'aucune des modalités n'est liée au «sentiment de maîtrise» ou que cette dimension n'est pas considérée comme une question importante par les chercheurs. De même, très peu d'études sur la réglementation professionnelle ont été trouvées et la plupart d'entre elles se rangent dans deux cellules : «Réglementation professionnelle - Équité» et «Réglementation professionnelle - Optimisation des ressources». On peut invoquer au moins deux raisons à ce phénomène. Premièrement, il semble que la plupart des études portant sur la réglementation professionnelle traitent le système de santé dans son ensemble. Par conséquent, lorsque les soins de santé communautaires sont choisis comme critère de sélection, la plupart des articles sur la réglementation professionnelle sont exclus. Deuxièmement, il semble aussi que la plupart des études sur la réglementation professionnelle soient publiés dans des revues de sciences sociales, d'intérêt public ou des revues juridiques et non dans des revues de sciences et de services de santé. Les recherches informatisées par mots clés ayant été limitées à Medline, CINHALL et Healthplan, il n'est pas étonnant que peu d'études aient été trouvées.

*Figure 1*

**LA GRILLE MODALITÉS-RÉSULTATS**

<b>MODALITÉ</b>		<b>RÉSULTAT</b>				
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
		<b>Sentiment de maîtrise</b>	<b>Équité</b>	<b>Optimisation des ressources</b>	<b>Qualité des soins</b>	<b>Qualité de vie professionnelle</b>
<b>I</b>	Continuum des ressources humaines					
<b>II</b>	Rôle des prestataires					
<b>III</b>	Acquisition de compétences					
<b>IV</b>	Modèles de composition et de rémunération des effectifs					
<b>V</b>	Réglementation professionnelle					
<b>VI</b>	Gestion des effectifs					

## 3 RÉSULTATS DE LA REVUE DE LA DOCUMENTATION

La revue de la documentation qui suit a pour but de vérifier s'il existe des preuves documentées que des interventions dans l'une des modalités relatives aux ressources humaines en santé atteignent les résultats désirés. Les résultats de la revue sont organisés suivant les cellules de la grille modalités-résultats (voir la figure 1). Chaque cellule se rattache au rapport qui existe entre une modalité et un résultat. En outre, les éléments d'orientation qui ont été proposés par les auteurs sont présentés à la suite des résultats de la revue.

### 3.1 Modalité I : Continuum des ressources humaines en santé

Le continuum des ressources humaines désigne l'éventail de professionnels de la santé ou de prestataires de soins desquels nous dépendons pour assurer les services ou atteindre les objectifs de santé communautaire. Il s'agit d'une question importante car, malgré l'augmentation substantielle du nombre de professions en raison de la création de nouvelles technologies et de la fragmentation des professions, le système de santé officiel n'a toujours utilisé qu'une petite partie des effectifs possibles. De façon générale, on a omis de considérer les ressources humaines inexploitées que constituent les initiatives personnelles en matière de santé et les soignants naturels n'appartenant pas au réseau structuré. De même, dans la documentation de recherche et de planification sur les effectifs en santé, on a accordé très peu d'attention aux rôles, aux contributions et aux limites de ces prestataires de soins, ainsi qu'à leurs liens avec le système de santé officiel. Lorsque les soins en établissement sont la première préoccupation du système de santé, cette «négligence bénigne» est compréhensible parce que l'accent est habituellement mis sur les soins de courte durée, l'intervention de spécialistes, la technologie médicale, etc. L'importance croissante des soins primaires et des services communautaires exige une meilleure connaissance des ressources humaines en santé vu qu'on accorde maintenant plus d'importance à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, aux soins de longue durée et à la préservation de la santé.

Une perspective plus large émerge lentement du discours sur les ressources humaines en santé. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (1990) a déclaré : «Le terme "ressources humaines en santé" englobe tous ceux qui contribuent aux objectifs du système de santé, qu'ils aient ou non une formation officielle en santé et qu'ils travaillent ou non dans le réseau structuré des soins de santé» (p. 45). De la même manière, Frenk (1993) a présenté des arguments convaincants à l'appui du fait que le concept de ressources humaines était suffisamment large pour englober non seulement le personnel du domaine de la santé mais aussi les personnes, familles et groupes qui agissent pour la santé. En fait, le mouvement de l'autonomie en matière de santé est fondé sur l'idée que chaque personne constitue une ressource fondamentale pour sa propre santé. De plus, les familles sont le cadre de production domestique de services de santé qui, dans tous les pays, représentent une proportion substantielle de l'ensemble des produits de soins de santé» (p. 316). Dans la même veine, le Community Health Framework du ministère de la Santé de l'Ontario affirme, dans sa déclaration sur la réforme du système de santé :

«Pour ce qui est des ressources humaines, les médecins continueront de jouer un rôle clé dans la prestation de l'éventail complet des services de santé essentiels, mais d'autres prestataires, dotés d'autres compétences, doivent également intervenir. De plus, on doit accorder plus d'attention à la coordination de ces services dans la collectivité. Cette idée met également l'accent sur l'autonomie, l'entraide et d'autres services de soutien assurés par des bénévoles et des professionnels.» (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1994).

Les initiatives personnelles et les soins prodigués par des bénévoles, notamment les membres de la famille, sont très courants. Dean et coll. (1983), Hickey et coll. (1986) et Russell et Iljon-Foreman (1985) ont fait remarquer que 70 pour cent ou plus de tous les soins de santé sont fournis par des non-spécialistes, sans intervention de prestataires du réseau structuré. La National Birth Centre Study, étude menée par la National Association of Childbearing Centres entre 1985 et 1987 à laquelle ont participé près de 18 000 femmes aux États-Unis, a révélé que les trois quarts des femmes participaient à leurs soins prénatals et en assumaient en partie la responsabilité (Rooks et coll., 1992). Dans une étude menée au Danemark auprès de 1462 personnes (Dean et coll., 1983), le comportement le plus fréquent en présence de six affections courantes était une forme quelconque d'auto-traitement sans médicament. Environ 80 pour cent des répondants ayant signalé une grippe, une dépression, des douleurs lombaires ou un rhume appliquaient au moins une forme d'auto-traitement sans médicament. Les comportements comportant la médication et la consultation d'un professionnel étaient signalés plus souvent que l'auto-traitement sans médicament seulement dans le cas d'une éruption cutanée. Par contre, les douleurs thoraciques constituaient l'affection pour laquelle la plus grande proportion des répondants, soit 29 pour cent, ne faisaient rien.

L'omniprésence des initiatives personnelles en matière de santé se traduit également par la multiplication des groupes d'entraide. Ces groupes apportent généralement de l'aide, des encouragements et les services nécessaires aux personnes souffrant d'affections chroniques et incapacitantes. La croissance du mouvement d'entraide aux États-Unis a été suivie par Gussow et Tracy (1976). Ces auteurs ont examiné un certain nombre d'organismes d'entraide, y compris l'International Laryngectomy Association, les United Ostomy Clubs et les Alcoolistes anonymes, et ont constaté que le nombre de sections de ces organismes avait augmenté à un taux annuel moyen de trois pour cent pendant les trois décennies écoulées entre 1942 et la tenue de l'étude.

La documentation portant sur les personnes qui s'occupent de leurs époux, parents, enfants ou autres membres de la famille invalides ou malades est également appréciable. Par exemple, des études de cahiers de santé ont révélé que de nombreuses mères prennent des décisions au sujet des problèmes de santé mineurs chez leurs jeunes enfants au moins une fois par semaine, en général sans avis médical. Par conséquent, les mères constituent une importante ressource humaine en santé pour les soins à fournir aux jeunes enfants (Rasmussen, 1989). Une étude effectuée par Dalquist et coll. (1987) dans une banlieue de Stockholm a signalé des résultats similaires. Les données de la National Long-Term Care Survey de 1982 menée aux États-Unis montrent qu'en 1982, environ 2,2 millions de prestataires de soins apportaient une aide gratuite à 1,6 million de personnes âgées invalides ne vivant pas en établissement et souffrant d'au moins une limitation dans les activités de la vie quotidienne (Stone et coll., 1987).

À la lumière de ces observations, on suggère que, dans le cadre de la santé communautaire, le continuum des ressources humaines en santé devrait être considéré comme un élément comportant trois catégories principales : les personnes se donnant elles-mêmes des soins, les prestataires n'appartenant pas au réseau structuré de la santé et appelés ici prestataires non officiels et les prestataires du réseau structuré de la santé, appelés ici prestataires officiels. La différence entre

prestataire non officiel et prestataire officiel n'est pas nécessairement basée sur la formation ou la compétence. En fait, le facteur distinctif le plus important est l'occupation d'un emploi rémunéré. Alors que les prestataires officiels sont rémunérés pour leur travail, les prestataires non officiels fournissent leurs services à titre bénévole. Un autre facteur est la sanction juridique. Alors qu'un bon nombre de professions sont reconnus juridiquement par l'État au moyen d'un permis d'exercice, d'un agrément ou d'une autorisation, les prestataires non officiels ne jouissent pas de cette reconnaissance. Dans la catégorie des prestataires officiels, on trouve des spécialistes hautement qualifiés tout comme des travailleurs ayant reçu une formation minimale sur le tas. Comme on peut s'y attendre, la documentation sur les ressources humaines en santé porte en grande partie sur les prestataires officiels, en particulier le personnel très qualifié. L'inclusion des prestataires officiels dans le continuum des ressources humaines en santé va de soi. Afin de faire contrepoids à l'importance que les décideurs et les chercheurs ont toujours accordée, non sans une certaine partialité, aux prestataires officiels, la Modalité I accorde une attention particulière à ceux qui sont à l'autre extrémité du continuum des ressources humaines en santé.

### **3.1.1 Continuum des ressources humaines -Optimisation des ressources - Qualité des soins (I-C et I-D)**

Étant donné que de nombreuses études examinent ensemble la rentabilité et la qualité des soins, ces deux dimensions des résultats seront traitées dans la même section. Les résultats sont indiqués séparément pour les initiatives personnelles et les prestataires non officiels.

#### ***3.1.1.1 Initiatives personnelles en matière de santé***

L'autonomie en matière de santé remplit au moins quatre fonctions : atténuer la maladie, soulager les symptômes, prévenir les maladies et assurer la régulation des fonctions de l'organisme (Barofsky, 1978). Selon Dean et coll. (1983), peu d'études ont évalué les initiatives personnelles de santé mais celles qui l'ont fait montrent qu'elles sont généralement appropriées et efficaces.

Les initiatives personnelles pour traiter les affections mineures symptomatiques sont un phénomène courant. Ondrejka (1983) a signalé un programme de médication personnelle qui a été mis sur pied dans une entreprise industrielle. Des données recueillies sur une période de 33 mois semblaient indiquer qu'il y avait un risque négligeable à appliquer un programme de ce genre pour les affections mineures telles que les céphalées, les rhumes, les maux de gorge, la congestion des sinus et les troubles gastriques, même lorsque très peu d'aide est fournie pour l'auto-traitement. Le programme de médication personnelle a entraîné une diminution de 65 pour cent des consultations pour des raisons de santé non professionnelles et a semblé constituer une solution de rechange viable et une source d'économies importante en raison du temps gagné pouvant être affecté à d'autres tâches par les prestataires. Il faut noter que les résultats de santé du programme n'ont pas été évalués.

Toutefois, les progrès technologiques et l'amélioration de l'éducation donnée aux patients ont permis à cette forme de soins d'aller plus loin que le traitement des symptômes mineurs. En effet, on a de plus en plus recours aux initiatives personnelles pour remplacer les soins autrefois assurés presque exclusivement par des prestataires officiels et souvent dans un établissement. On trouve un nombre croissant d'articles sur les initiatives personnelles en relation avec des affections chroniques telles que l'asthme, le diabète, l'arthrite, l'hypertension et la fibrose kystique. En règle générale, ces études montrent que, s'ils reçoivent la formation (thème abordé à la Modalité III) et le soutien adéquats, la plupart des patients peuvent s'administrer adéquatement le traitement qu'exige leur

état. Par exemple, on a comparé dans une étude les modifications des symptômes de l'asthme, les connaissances sur l'asthme, la technique d'administration par aérosol doseur et les comportements d'auto-traitement chez 323 patients souffrant d'asthme modéré à grave qui ont été répartis au hasard dans des groupes de formation à l'auto-traitement et dans des groupes témoins. Les sujets du groupe expérimental ont montré des améliorations notables de la maîtrise de l'asthme, de l'administration par aérosol doseur et des pratiques de surveillance de l'environnement (Wilson et coll., 1993). Dans une autre étude, douze enfants souffrant d'immunodéficience primaire ont été inscrits dans une étude d'une durée de neuf mois visant à évaluer la faisabilité et l'innocuité de l'auto-administration d'immunoglobulines par voie intraveineuse à domicile. Les enfants ou leurs parents ont appris les techniques nécessaires ainsi que la surveillance et le traitement des réactions indésirables. Les douze enfants ont terminé l'étude en suivant le protocole et aucune réaction indésirable n'est survenue. On a estimé que les économies réalisées se chiffraient à une somme de 195 à 355 \$ par perfusion (Kobayashi et coll., 1990). D'autres essais comparatifs semblables portant sur l'efficacité des actions d'autonomie ont été réalisés entre autres par Cohen (1986), Glasgow (1992) et Rubin et coll. (1989).

Beaucoup d'études ont été réalisées sur l'efficacité clinique et la rentabilité de l'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile. Par exemple, Wiernikowski et Dawson (1991) ont effectué une étude pour déterminer si l'antibiothérapie par voie intraveineuse pour le traitement des épisodes neutropéniques fébriles chez les enfants atteints de cancer, traitement jusque-là administré à l'hôpital, pouvait être donnée à domicile. Au cours d'une période de six mois, 13 enfants et leur famille ont participé au traitement réussi de 22 épisodes d'infection. Le programme s'est avéré beaucoup moins coûteux que le traitement à l'hôpital et a été bien accueilli par les parents participants. D'autres études similaires (p. ex., Grizzard, 1985; Kind et coll., 1985; Rehm et Weinstein, 1983) ont révélé que l'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile pouvait être réalisée efficacement et sans danger et qu'elle entraînait des économies substantielles.

D'autres types de surveillance, de traitement et de soins qui se sont révélés efficaces et sans danger entre les mains de non-spécialistes comprennent la mesure de la tension artérielle, la physiothérapie contre l'arthrite, l'auto-examen des seins, l'auto-examen du col de l'utérus, la nutrition parentérale totale, l'hémodialyse, l'auto-administration de globulines antihémophiliques, la chimiothérapie par voie intraveineuse et la dialyse péritonéale continue ambulatoire.

### **3.1.1.2 Prestataires non officiels**

Comme les personnes qui se donnent elles-mêmes des soins, les prestataires non officiels se sont montrés efficaces dans de nombreuses tâches liées aux soins de santé. Étant donné qu'il existe un nombre considérable d'études sur les soins non officiels, seuls les résultats de quelques études choisies sont signalés dans le présent document.

Après avoir passé en revue plus de 80 études sur l'utilisation et l'efficacité de bénévoles dans des programmes consacrés aux personnes souffrant de maladies mentales, Carkhuff (1968) a conclu que des bénévoles pouvaient être formés en relativement peu de temps pour faciliter les changements constructifs chez ces patients et que le soutien de bénévoles était particulièrement utile pour aider les patients à développer des compétences leur permettant de remplir une fonction productive dans la société. Cet auteur a également constaté que les patients qui travaillaient avec certains non-spécialistes montraient des progrès aussi grands, et parfois plus grands, que ceux qui travaillaient avec des prestataires officiels.

Les bénévoles ont montré qu'ils pouvaient fournir de l'information sur la santé et conseiller la population. Ainsi, on a fait appel à des bénévoles formés au Heart Information Service, un service communautaire de renseignements et d'orientation à Los Angeles dont le but est de diffuser de l'information sur les maladies cardiovasculaires. Le service de renseignements a été évalué au moyen d'une analyse rétrospective portant sur 4351 appels, une enquête postale auprès des personnes ayant reçu les renseignements et une analyse des réponses obtenues à des appels simulés. Les résultats ont indiqué que les bénévoles non spécialistes pouvaient efficacement fournir des renseignements au téléphone sur les affections cardiaques, leur prévention et leur traitement, ainsi qu'un soutien psychosocial limité aux cardiaques et à leur famille (Dracup et Frerichs, 1986). Une étude semblable a été menée afin d'évaluer l'efficacité de bénévoles formés qui fournissaient un counseling téléphonique spécialisé en intervention d'urgence et en santé mentale. On y comparait les bénévoles, les prestataires officiels et des sujets témoins en ce qui a trait à l'efficacité des réponses à des appels téléphoniques simulés. Les résultats semblaient indiquer que des bénévoles soigneusement choisis et formés pouvaient fonctionner aussi efficacement que des prestataires officiels dans le counseling téléphonique de personnes en crise ou de clients de centres communautaires de santé mentale (O'Donnell et George, 1977).

De nombreux projets innovateurs ont tenté de faire appel à des non-spécialistes pour s'occuper de promotion de la santé et d'éducation. L'un de ces projets, lancé à Hamilton en Ontario, portait sur les immigrants et les réfugiés. Des infirmières en santé publique ont travaillé avec des professeurs d'anglais langue seconde, et les ont aidés à intégrer à leurs cours un thème sur la prévention et la promotion de la santé; elles ont également aidé des étudiants immigrants à développer leurs compétences de façon à ce qu'ils soient des intervenants en santé dans leur milieu. Bien que l'évaluation formelle de ce projet ait été difficile en raison de la barrière des langues et d'autres difficultés techniques, l'étude a rapporté des preuves ponctuelles que les étudiants acquéraient des connaissances et des comportements nouveaux (Edwards et coll., 1992).

La capacité qu'ont des citoyens ordinaires de sauver des vies est documentée dans une série d'études portant sur la réanimation cardiorespiratoire (RCR) par des passants. Dans l'une de ces études, réalisée en Belgique, on a examiné plus de 3000 cas d'arrêt cardiaque survenus en dehors d'un hôpital entre 1983 et 1987. Le taux de survie était notablement plus élevé chez les victimes d'arrêt cardiaque auxquelles des passants avaient administré la RCR. Cet avantage était particulièrement évident dans les événements d'arrêt cardiaque où le temps de réponse de soins spécialisés en réanimation dépassait huit minutes (Bossaert et coll., 1989). Des résultats similaires ont été signalés entre autres par Eisenberg et coll. (1979), Ritter et coll. (1985) et Sobel (1991). Les options permettant de réduire le temps écoulé entre l'arrêt cardiaque et le début de la RCR comprennent l'augmentation du nombre d'ambulances dotées de techniciens urgentistes et du nombre de citoyens pouvant effectuer la RCR. Selon Eisenberg (1979), cette dernière option est beaucoup plus faisable sur le plan économique, la RCR pouvant être enseignée à des citoyens à peu de frais au cours d'une séance de trois heures. D'autres études sont allées plus loin en démontrant qu'il était possible d'avoir recours à des non-spécialistes pour faire fonctionner un défibrillateur externe automatique. On a montré que les non-spécialistes pouvaient apprendre à faire fonctionner sans danger ces appareils et que les compétences acquises restaient bien mémorisées.

Plusieurs essais comparatifs, dont une étude menée par Meikle et coll. (1979), ont été réalisés afin d'examiner l'efficacité relative du traitement de patients aphasiques ou dysphasiques par des prestataires non officiels et des prestataires officiels. Des patients ayant subi un accident cérébrovasculaire (ACV) et ayant de graves problèmes de communication ont été répartis au hasard en deux groupes. L'un des groupes avait reçu un traitement classique par des orthophonistes en consultation

externe et l'autre, un traitement donné au domicile du patient par des bénévoles travaillant sous la direction d'un orthophoniste. Les deux groupes ont été comparés. Les bénévoles avaient reçu une brève formation sur la nature d'un ACV et de la dysphasie. Les résultats de l'essai n'ont révélé aucune différence notable entre les deux groupes. Les bénévoles ne se sont pas avérés moins efficaces que les orthophonistes. Cependant, les auteurs ont recommandé la prudence dans l'interprétation des résultats car l'étude portait sur un nombre relativement restreint de sujets. Des résultats similaires ont quand même été signalés entre autres par Shewan et Kertesz (1984) et Wertz et coll. (1986).

### **3.1.2 Continuum des ressources humaines - Équité**

Les ressources en santé, y compris les ressources humaines, sont souvent inégalement réparties. Les personnes qui bénéficieraient le plus des services offerts par les prestataires officiels - les défavorisés, les minorités, les habitants de régions éloignées - sont souvent ceux qui ont le plus de difficulté à accéder aux services. Les prestataires autochtones (ou les prestataires issus du même milieu que leurs clients), en particulier ceux qui ont le même cadre de vie, peuvent jouer un rôle important dans le redressement de ces disparités car ils semblent plus aptes à combler les fossés socioéconomiques, ethniques, linguistiques ou culturels. Un certain nombre de projets pilotes ont été réalisés où on avait recours à des prestataires du milieu pour les populations difficiles à rejoindre. En général, les prestataires du milieu sont des prestataires officiels ou non officiels qui reçoivent une formation limitée et qui ont l'habitude de fournir des services de santé à leurs pairs ou dans leur collectivité. Plusieurs appellations servent à désigner ces prestataires : travailleur des services d'approche de quartier, travailleur du milieu, conseiller issu du milieu, aide en santé communautaire, représentant en santé communautaire. Leurs rôles varient selon la situation et le programme et comprennent la défense des droits, l'habilitation de la collectivité, les services d'approche, la promotion de la santé, la prévention et la prestation directe de soins (Pew Health Professions Commission, 1994a).

Un programme latino-américain d'extension des services a été établi dans une grande région métropolitaine du centre-ouest des États-Unis à la fin des années 1980. Des travailleurs possédant les deux langues et les deux cultures ont reçu trois semaines de formation et des cours d'appoint périodiques sur place. À l'intérieur du cadre de soins primaires, les travailleurs communautaires ont offert aux résidents latino-américains de l'information de base en santé et ont facilité leur accès aux ressources communautaires. Une évaluation a révélé que grâce au programme, un nombre accru de personnes recevaient des services, plus de femmes s'inscrivaient plus tôt aux cours prénatals et plus de nourrissons recevaient des soins médicaux réguliers. On a observé des connaissances accrues et des changements positifs dans les comportements liés à la santé. De plus, avec l'aide des travailleurs du programme d'extension, les infirmières en santé publique ont pu s'occuper de plus de familles sans que la qualité des soins en souffre (Bray et Edwards, 1994). Herbert et coll. (1974), Kahn (1981), May et coll. (1991) et Warrick et coll. (1992) ont signalé des expériences ou des projets similaires ayant réussi à divers degrés.

Un programme communautaire de santé mentale dont la clientèle consistait en six réserves indiennes a été lancé en 1981 dans le nord-ouest de l'Ontario. L'objectif du programme était de favoriser le transfert de services en santé mentale aux Autochtones en enseignant aux habitants de la région des compétences de diagnostic et de counseling. Ces conseillers autochtones, dont la plupart avaient très peu d'instruction, ou pas du tout, ont graduellement pris la direction des services en santé mentale qui avaient auparavant été offerts par des prestataires non autochtones n'habitant pas la région. Selon Timpson (1983), le programme a été reçu avec enthousiasme par les habitants.

Certes, ces programmes et d'autres semblables sont surtout expérimentaux et l'évaluation de leur efficacité n'est, dans bien des cas, pas très rigoureuse. Toutefois, ils offrent des indications en faveur de l'utilisation de travailleurs de même ethnie dans le domaine de la santé pour compléter le travail des prestataires officiels et pour fournir des soins à des groupes particuliers de la population qui éprouvent des problèmes d'accès aux services.

### 3.1.3 Éléments d'orientation

- i.* Il est important de s'assurer que les initiatives personnelles et les soins non officiels sont en fait efficaces. En effet, certains faits semblent indiquer que les initiatives personnelles causent parfois des problèmes, par exemple l'auto-médication par des médicaments en vente libre et des médicaments d'ordonnance (Dean, 1986). Ondrejka (1983) a noté qu'il y avait peu d'information sur la somme de connaissances qu'un non-spécialiste doit acquérir pour se traiter lui-même adéquatement. Par conséquent, il est important de s'assurer que les gens sauront quand on peut se soigner soi-même et quand il vaut mieux ne pas le faire. Levin (1976) a dit presque en plaisantant que, dans le cas des personnes qui se soignent elles-mêmes, l'un des instruments qui peut faire défaut est l'assurance contre la faute professionnelle! L'éducation en santé peut jouer un rôle important à cet égard.
- ii.* Les initiatives personnelles constituent un phénomène omniprésent, qui doit être encouragé. Cependant, Hickey et coll. (1986) les ont comparées à une «épée à deux tranchants» qui pourrait poser un dilemme pour la société. Pour les personnes en meilleure santé et en meilleure condition, les initiatives personnelles constituent un moyen de prévention des maladies et de maintien de la santé. En revanche, pour les personnes atteintes d'une déficience chronique, les personnes âgées et les personnes plus vulnérables, l'auto-traitement peut être leur seul recours, qui se révèle souvent inadéquat. Soulignons, notamment, qu'en période de difficultés économiques, lorsque les dépenses sont réduites et les services sont coupés, les initiatives personnelles et les groupes d'entraide ne peuvent que contribuer à accentuer les inégalités sur le plan de l'accès aux soins.
- iii.* Une autre question à considérer est le type et l'ampleur du soutien officiel (p. ex., des gouvernements, du milieu des affaires, des organisations) nécessaire pour encourager ou conserver les soins non officiels. Les soins non officiels entraînent souvent des contraintes physiques, émotives, sociales et financières pour la personne qui les donne, en particulier lorsque les soins sont donnés pendant une longue période de temps ou qu'il sont destinés à une personne souffrant d'un handicap ou d'un déficit cognitif grave. De nombreuses études ont porté sur la morbidité physique et psychiatrique associée à la prestation de soins non officiels (p. ex. Baines, 1984; Baumgarten et coll., 1992; Jutras et Veilleux, 1991). Dans une revue de la documentation, Schulz et coll. (1990) ont rapporté des données montrant une augmentation des symptômes psychiatriques auto-déclarés ainsi que des affections psychiatriques diagnostiquées parmi les prestataires non officiels par rapport à la population générale ou à des groupes témoins. D'autres études semblent également indiquer une vulnérabilité accrue aux affections physiques parmi cette population. Le fardeau est particulièrement lourd chez les prestataires qui ont aussi un emploi (Stone et Short, 1990; Stone et coll., 1987). Faute de fournir un soutien adéquat, on pourrait assister à un arrêt de la prestation de soins par les prestataires non officiels ou à l'acceptation de l'institutionnalisation de leurs personnes à charge (Jones et Salvage, 1992).

Le soutien gouvernemental aux prestataires non officiels va rarement plus loin que l'apport d'une forme quelconque de soins à domicile, de soins de jour et de soins de relève. Certaines sociétés et organisations ont mis en place des programmes de soutien d'entreprise pour leurs employés qui doivent assumer cette responsabilité, entre autres des politiques de congés autorisés, des horaires de travail flexibles, des avantages financiers et des services d'information et d'orientation (Barr et coll., 1992). Mais souvent, il n'y a pas de politique globale. Les services de soutien, s'il y en a, sont souvent épisodiques et non coordonnées. Même les chercheurs ont des vues plutôt superficielles sur les besoins de soutien social chez les prestataires non officiels. Après avoir passé en revue 21 études sur la relation entre le soutien social et le bien-être des prestataires, Lévesque et Cossette (1991) ont exprimé l'inquiétude que les chercheurs avaient tendance à avoir une conception limitée du soutien social. Toutefois, les instruments de mesure utilisés dans ce projet consistaient en quelques questions ponctuelles sur le soutien social, ce qui en atténue la portée.

- iv. Les tendances démographiques et les changements socio-économiques constitueront probablement une menace pour les soins non officiels, en particulier si l'on considère que la majorité des prestataires non officiels qui donnent les soins directs sont des femmes. De nombreux chercheurs (p. ex., Cantor et Little, 1991; Gee, 1990; Gee et McDaniel, 1993; Stone et coll., 1987) ont cité les facteurs suivants qui pourraient faire diminuer ce type de soins : un rapport de dépendance de plus en plus défavorable créé par la baisse du taux de natalité et l'allongement de l'espérance de vie, une poussée du taux de participation des femmes à la main-d'oeuvre, le taux croissant de divorce qui, en séparant les époux, peut atténuer le sens de responsabilité filiale, etc. Des réaménagements majeurs des politiques de fiscalité et de retraite seront peut-être nécessaires.
- v. En ce qui concerne les travailleurs en santé issus du milieu, la Pew Health Professions Commission (1994a) a cerné un certain nombre de barrières à leur utilisation. Celles-ci comprennent l'absence d'une définition et d'une conception standard de ce qu'ils sont et de ce qu'ils font. D'un autre côté, l'institutionnalisation ou la normalisation des programmes pourraient provoquer un dilemme en menaçant le caractère unique et l'efficacité de ces travailleurs. La force de ces programmes semble être la flexibilité et les démarches innovatrices dont ils font montre pour répondre à l'évolution des besoins et des circonstances de la collectivité. Le fait d'imposer des structures et des contraintes peut réduire l'efficacité de ces travailleurs. Une autre barrière vient du fait qu'ils n'ont pas un statut légitime dans le système de santé et que certains prestataires officiels du réseau structuré ne leur font pas confiance.

### **3.2 Modalité II : Rôles des prestataires et substitution, élargissement et diversification des rôles**

La section précédente présente des arguments selon lesquels les personnes qui se soignent elles-mêmes et les prestataires non officiels, parce qu'ils ont un rôle important à jouer dans le système de santé, devraient être considérés comme une partie intégrante du continuum des ressources humaines en santé. Dans cette section, la discussion porte sur les prestataires officiels. Les changements et réformes actuels du système de santé ont fait s'infiltrer une certaine incertitude dans les professions de la santé. En réponse à ceci, certains demandent la réaffirmation ou la redéfinition des rôles professionnels. Toutefois, comme les sociologues l'ont toujours maintenu, les rôles

professionnels ne sont ni acquis ni immuables. En fait, ils évoluent et sont souvent vigoureusement contestés entre divers groupes de prestataires, ce qui donne lieu à d'incessantes batailles de territoire concernant le titre, le champ de pratique, la sphère de compétence, la qualification professionnelle et les normes.

L'importance accordée aux soins communautaires plutôt qu'aux soins en établissement intensifiera le débat sur les rôles des prestataires parce que les soins communautaires ont une structure moins rigide et une démarche moins formaliste. Cette fluidité relative peut favoriser l'apparition de nouveaux types de prestataires et de rôles qui susciteront peut-être de l'opposition de la part des groupes professionnels établis. Hutchison (1994) rend bien l'essentiel de cette situation dans son observation :

«La question de savoir qui devrait fournir les soins primaires et qui le fera suscite actuellement un débat actif, et parfois acrimonieux. Au Canada, les médecins de famille et les omnipraticiens ont été les prestataires dominants dans le système de santé officiel. Or, la dominance médicale est fortement remise en question tant par les autres prestataires que par les décideurs dans le domaine de la santé. Les discussions sur cette question font souvent appel à des données de recherche... Les «possédants» (c.-à-d. les médecins) ont tendance à juger les faits disponibles comme grossièrement inadéquats pour justifier des changements à l'échelle du système tandis que les «non-possédants» (c.-à-d. les autres prestataires) verront probablement ces mêmes faits comme une justification suffisante pour foncer...» (p. 21; parenthèses ajoutées)

Deux thèmes dominent ce domaine de recherche : la substitution et l'élargissement des rôles et la diversification des rôles. En ce qui concerne le premier, l'effort de recherche s'est porté généralement sur ce que de nombreux auteurs américains appellent «les prestataires des échelons intermédiaires», par exemple les infirmières cliniciennes, les assistants médecins et les sages-femmes. D'un autre côté, les discussions récentes sur la diversification des rôles ont surtout porté sur les travailleurs polyvalents. On entend par travailleur polyvalent un praticien de la santé qui a une formation multidisciplinaire lui permettant de procéder à des actes et de remplir des fonctions relevant d'au moins deux disciplines.

### **3.2.1 Rôle des prestataires - Qualité des soins (II-D)**

Un nombre considérable d'études ont été réalisées sur les prestataires des échelons intermédiaires. Edmunds (1978) a signalé qu'en 1978, plus de 600 articles et ouvrages traitant de certains aspects du rôle des infirmières cliniciennes avaient été publiés. Aujourd'hui, le nombre d'études portant sur tous les types de prestataires des échelons intermédiaires est forcément beaucoup plus important. Il n'est pas nécessaire de revoir ici la question de l'efficacité des prestataires des échelons intermédiaires étant donné qu'un certain nombre de revues, y compris des méta-analyses, ont fait la synthèse de nombreux essais comparatifs et ont exploré la question en profondeur.

Selon Abelson et Hutchison (1994), les études qui ont évalué l'impact de l'utilisation des infirmières cliniciennes dans un cadre de soins primaires sont nombreuses et de qualité méthodologique élevée. On peut dire la même chose des études sur les assistants médecins et sur les sages-femmes ou les infirmières sages-femmes. Par exemple, après avoir passé en revue 21 études où on comparait les soins donnés par une infirmière clinicienne ou un assistant médecin à ceux qui étaient donnés par un médecin, Sox (1979) a conclu qu'on ne pouvait les différencier. Cependant, dans une mise en garde, l'auteur a rappelé que le champ de ces études étant limité, on ne pouvait étendre la conclusion

aux soins donnés à l'extérieur d'un cabinet, aux soins non surveillés ou aux soins donnés aux grands malades. Ces vues étaient partagées par l'Office of Technology Assessment (1986) qui, après l'examen de plusieurs études sur les assistants médecins, les infirmières cliniciennes et les infirmières sages-femmes, a conclu que, dans leur domaine de compétence, ces travailleurs pouvaient fournir des soins primaires équivalents à ceux que donnent les médecins, et souvent d'une manière plus rentable. Brown et Grimes (1993), Edmunds (1978) et Record et coll. (1980) ont également publié des revues à ce sujet.

La substitution et l'élargissement des rôles ne se limitent pas à la délégation d'actes médicaux par des médecins à des prestataires d'échelon intermédiaire. En effet, certains des rôles ou des fonctions des autres prestataires peuvent également être délégués ou remplacés. Par exemple, certaines tâches exécutées par des audiologistes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes peuvent être déléguées à des techniciens ou à des assistants en réadaptation (Hagler et coll., 1993). Plusieurs études ont porté sur le rôle et l'efficacité d'infirmières dentaires en Nouvelle-Zélande. En se basant sur un certain nombre d'études, Larkin (1980) a conclu qu'en dépit de l'opposition manifestée par le milieu organisé des dentistes, la délégation de la responsabilité principale des enfants d'âge scolaire aux infirmières dentaires s'était avérée un succès. Les infirmières oeuvrant dans les écoles de Nouvelle-Zélande ont travaillé sans la supervision immédiate des dentistes et ont procédé à l'anesthésie locale d'infiltration, à des obturations, à des extractions et à la dentisterie préventive. Des résultats similaires obtenus aux États-Unis chez des assistants dentaires dont les fonctions avaient été élargies et dans les Territoires du Nord-Ouest chez des thérapeutes dentaires autochtones ont été signalés par Abramowitz et Berg (1973) et McDermott et coll. (1991) respectivement. Toutefois, cette dernière étude ne contient pas de données détaillées sur l'évaluation de la qualité des soins.

Dans la même veine, certaines responsabilités des infirmières autorisées pourraient être assumées par des infirmières auxiliaires autorisées ou agréées. En 1989, la Intravenous Nurses Society a appuyé l'intégration des infirmières auxiliaires ou aides infirmières agréées dans la spécialité des soins infirmiers en thérapie par injection intraveineuse. La justification de cette mesure était qu'en permettant aux infirmières auxiliaires et aides infirmières agréées de procéder à certaines tâches de thérapie intraveineuse, les infirmières autorisées pourraient consacrer plus de temps aux aspects plus complexes de cette spécialité. Roth (1993) a examiné les besoins en formation des infirmières auxiliaires et aides infirmières agréées pour qu'elles puissent pratiquer la thérapie intraveineuse sans toutefois se pencher sur l'efficacité de cette substitution de rôle.

Young (1988) a procédé à une «expérience naturelle» en comparant l'état de santé des habitants de deux types de collectivités autochtones dans la région de Sioux Lookout dans le nord-ouest de l'Ontario : ceux qui avaient un poste de soins infirmiers et ceux qui n'en avaient pas (les «satellites»). Les habitants des deux collectivités appartenaient au même groupe culturel et vivaient dans des conditions comparables. Les postes de soins infirmiers avaient du personnel infirmier et leur équipement et leurs installations étaient de loin supérieurs à ceux des postes de santé des collectivités satellites. Dans ces dernières, les soins primaires étaient assurés par des aides qui avaient beaucoup moins de formation. L'auteur n'a trouvé aucune différence statistiquement significative du taux moyen brut de mortalité, des taux de mortalité des nourrissons, de mortalité accidentelle, d'admission à l'hôpital ainsi que de l'incidence de la tuberculose entre les deux groupes dans les années 1970. Le nombre moyen de jours-médecins par 1000 habitants par année était de 90 dans les collectivités dotées d'un poste de soins infirmiers et de 50 dans les collectivités satellites. Tout en reconnaissant le caractère rudimentaire des indicateurs utilisés, l'auteur conclut que le niveau moindre des soins médicaux auxquels avaient accès les habitants des collectivités satellites ne

semblait pas avoir un effet perceptible sur leur état de santé. Les résultats de Young semblent indiquer que les soins fournis par les aides sanitaires étaient aussi efficaces que les soins donnés par les infirmières dans le milieu décrit.

Même les prestataires ayant une formation minimale peuvent fournir des soins utiles dans certaines circonstances. On a évalué l'efficacité des «assistants sanitaires» d'une clinique de diabète de Boston. Ces assistants, des personnes sans formation médicale, ont reçu quatre semaines de formation où on leur a appris un éventail limité de compétences cliniques. Les résultats d'une étude où on a comparé les soins donnés par ces prestataires utilisant un algorithme pour le diabète, l'hypertension et des affections connexes, aux soins prodigués dans un système «traditionnel», dans lequel les médecins déléguaient peu de tâches cliniques, ont montré que les soins donnés par les deux groupes différaient peu en qualité (Komaroff et coll., 1976). Selon une méta-analyse menée par Berman et Norton (1985), en psychothérapie, les paraprofessionnels n'ayant reçu aucune formation officielle n'étaient ni plus, ni moins efficaces que les thérapeutes professionnels.

Une vaste revue de la documentation sur la substitution des ressources humaines en santé a été réalisée par Manga et Campbell (1994). À l'aide de faits tirés d'un grand nombre d'études et d'essais comparatifs, les auteurs ont pu montrer que de nombreuses formes de substitution de rôle étaient non seulement possibles mais souvent sans danger et rentables. Les auteurs ont conclu que les infirmières cliniciennes, les hygiénistes dentaires, les sages-femmes, les techniciens de pharmacie, les infirmières anesthésistes et les chiropraticiens peuvent tous, sans danger et efficacement, remplir certaines fonctions élargies relevant généralement de praticiens qui ont une formation plus poussée. Par exemple, les techniciens de pharmacie peuvent accomplir dans la collectivité et les pharmacies d'hôpital une grande variété de tâches n'exigeant pas de jugement professionnel, ce qui permet d'utiliser le pharmacien de manière plus judicieuse pour le counseling du patient et les activités de pharmacie clinique. Dans le cas des soins infirmiers, les auteurs ont remarqué que bien que les infirmières auxiliaires autorisées ou agréées aient remplacé les infirmières autorisées à divers degrés depuis nombre d'années, il y avait très peu de recherche concernant l'équilibre approprié des compétences dans les soins infirmiers. Enfin, une partie du travail accompli en général par les médecins spécialistes pourrait l'être tout aussi efficacement par les omnipraticiens.

### **3.2.2 Rôle des prestataires - Équité (II-B)**

Il existe également des preuves abondantes que la substitution des rôles par les prestataires d'échelon intermédiaire peut compenser partiellement les effets de la pénurie de médecins dans certaines régions mal desservies, ce qui assure une répartition un peu plus équitable des services. Selon Robyn et Hadley (1980), les proportions d'infirmières cliniciennes et d'assistants médecins exerçant à l'extérieur des zones urbaines standard aux États-Unis dépassaient le pourcentage de médecins en poste dans ces régions et étaient même plus élevées que le pourcentage de la population totale qui y habitait. Selon une étude menée par Shi et coll. (1993) sur l'utilisation des infirmières cliniciennes, des assistants médecins et des infirmières sages-femmes dans les centres de santé des collectivités rurales et des collectivités de travailleurs itinérants aux États-Unis, 77 pour cent des 243 centres étudiés employaient ce type de prestataires. Le fait que le nombre de médecins était inversement proportionnel au nombre de prestataires d'échelon intermédiaire sauf pour les assistants médecins semble indiquer que le rôle prédominant des infirmières cliniciennes et des infirmières sages-femmes était de remplacer les médecins. Les auteurs ont conclu que les prestataires d'échelon intermédiaire servaient de substituts aux médecins, ce qui atténuait les conséquences d'une pénurie de médecins de soins primaires dans les régions moins bien desservies.

On a réalisé des études pour mesurer l'impact sur les ressources humaines de la présence de prestataires d'échelon intermédiaire dans les régions rurales ou l'acceptation de ces prestataires par les habitants de ces régions. Voltmann (1975) a montré que des régions rurales et pauvres des États-Unis pouvaient recevoir des soins de santé complets en dépit d'un nombre décroissant de médecins dans ces régions. En effet, en utilisant les infirmières cliniciennes comme personnes ressources pour les patients, les médecins pouvaient déléguer de 50 à 75 pour cent de leurs tâches habituelles et par conséquent augmenter le nombre de patients qu'ils pouvaient voir. Ramsey et coll. (1993) ont mené une enquête sur la satisfaction des patients à l'égard des infirmières cliniciennes dans une collectivité rurale du Tennessee. Ils ont constaté que les soins assurés par des infirmières cliniciennes étaient très appréciés par 97 pour cent des répondants.

Dans une étude rétrospective utilisant l'état de santé et des données administratives, Levy et coll. (1971) ont examiné les indicateurs de santé chez des nourrissons avant, pendant et après un projet pilote faisant intervenir des infirmières sages-femmes et mis en oeuvre pour soulager une pénurie de ressources humaines dans un comté rural de Californie. Durant le programme, les soins prénatals ont augmenté et les taux de prématurité et de mortalité néonatale ont diminué. Après les trois ans qu'a duré le programme, les soins prénatals ont diminué tandis que les taux de prématurité et de mortalité néonatale ont augmenté. Aucun changement significatif n'a été observé dans ces indicateurs ailleurs dans le comté pendant toute la durée de l'étude. Les chercheurs ont conclu que l'arrêt des services des infirmières sages-femmes était l'un des facteurs majeurs de ces changements, la fin du programme ayant créé de nouvelles pénuries de ressources humaines qui, à leur tour, ont entraîné une baisse de la quantité et probablement de la qualité des soins pour les mères et les nourrissons. Une autre étude, par Reid et Morris (1979), a également montré que la mise en place d'un programme d'infirmières sages-femmes avait aidé à réduire la mortalité néonatale et le faible poids à la naissance dans les régions rurales de la Georgie.

Bien qu'on ait fait moins appel aux infirmières cliniciennes au Canada qu'aux États-Unis, Spitzer et Kergin (1973) ont rappelé que l'utilisation d'infirmières de brousse comme principaux prestataires de soins de santé avait été documentée depuis des décennies par le ministère de la Santé dans les collectivités éloignées du Nord, par l'International Grenfell Association à Terre-Neuve, par l'Église unie du Canada en Colombie-Britannique et par la plupart des ministères provinciaux de la Santé.

On a fait de la recherche sur les infirmières cliniciennes en milieu rural dans les années 1970 avant qu'elles ne se retirent plus ou moins du coeur du système de santé structuré au Canada. Par exemple, une enquête a été menée en 1971 dans les foyers d'une région du centre-sud de l'Ontario ayant peu de services médicaux pour connaître les attitudes à l'égard des infirmières cliniciennes comme prestataires de soins primaires. Les résultats ont révélé que la population appuyait les services de préservation de la santé et de surveillance des maladies assurés par les infirmières cliniciennes. Les auteurs (Chenoy et coll., 1973) ont suggéré que l'admission d'infirmières cliniciennes dans les régions peu desservies pourrait servir à combler les lacunes connues du système de santé. Une étude connexe menée par Batchelor et coll. (1975) a révélé que l'introduction d'un arrangement comportant des médecins de famille et des infirmières cliniciennes à Smithville, Ontario, a rendu les services de santé plus accessibles et pratiques pour les habitants des régions rurales et a, en général, augmenté leur satisfaction à l'égard des services existants.

Le Saskatchewan Nurse Practitioner Demonstration Project a été mis en oeuvre par le gouvernement provincial en 1973. Quatre infirmières ayant une formation spéciale ont été en poste pendant une période de deux ans dans des communautés rurales choisies où il n'y avait aucun médecin résidant pour servir de prestataire de premier recours. Une évaluation a montré que les habitants étaient très

enthousiastes à l'égard du programme. Certaines collectivités percevaient les infirmières comme des remplaçantes des médecins tandis que d'autres voulaient qu'elles participent à la coordination des services communautaires de santé (Cardenas, 1975).

Une étude d'évaluation menée par Chambers et coll. (1977) a comparé des collectivités rurales de Terre-Neuve recevant ou non les services d'infirmières cliniciennes. Les consultations pour soins primaires à l'intérieur des collectivités a augmenté de 186 pour cent après l'établissement d'une clinique communautaire pourvue d'infirmières en pratique familiale, et les consultations à l'hôpital ont diminué de 35 pour cent. Le nombre de jours de soins de courte durée à l'hôpital a diminué de cinq pour cent dans la collectivité expérimentale mais a augmenté de 39 pour cent dans la collectivité témoin. L'infirmière a été très bien acceptée par les patients et les autres prestataires et on n'a vu aucun changement de la qualité des soins. Dans un autre projet pilote mené à Terre-Neuve, Black et coll. (1976) ont constaté que l'utilisation d'une infirmière clinicienne semblait avoir grandement amélioré la qualité et l'accessibilité des soins médicaux primaires dans les collectivités rurales. Cette mesure a transformé les services médicaux de distants et impersonnels qu'ils étaient souvent, en services facilement accessibles et hautement personnalisés. De plus, on a mis plus l'accent sur la médecine préventive.

Bien qu'un grand nombre de ces études aient été faites à petite échelle, et qu'elles aient parfois porté sur un seul praticien, ensemble elles ont montré la faisabilité du recours à des prestataires d'échelon intermédiaire pour assurer de nombreux services de soins primaires dans les régions rurales. Dans les collectivités où il n'y a pas assez de médecins, ces prestataires pourraient compléter les services des médecins et dans les petites collectivités isolées, les remplacer.

Dans les petites collectivités autochtones très isolées, les travailleurs de la santé autochtones sont très souvent les seuls prestataires disponibles. Dans les Territoires du Nord-Ouest et d'autres collectivités autochtones au Canada, par exemple, il existe des représentants en santé communautaire (RSC). En Alaska, on parle d'auxiliaires en santé communautaire. Selon une enquête menée auprès des diplômés de l'Alberta Vocational College Community Health Representative Program par Adebayo (1995), la majorité des RSC interrogés étaient employés dans des régions isolées de l'Alberta. En 1990, environ 440 auxiliaires en santé communautaire assuraient la prestation des soins primaires à environ 45 000 personnes vivant dans 171 collectivités dispersées sur une superficie de 586 585 milles carrés (environ 1 520 000 kilomètres carrés) (Caldera et coll., 1991). De plus, parce qu'ils sont souvent choisis dans la collectivité où ils vivent et travaillent par les membres de cette collectivité, ils possèdent des affinités culturelles et linguistiques avec la population qu'ils desservent. De bien des façons, ils ressemblent aux travailleurs issus du milieu décrits à la section 3.1.2 mais les RSC et les auxiliaires en santé communautaire font partie du système de santé structuré et sont considérés comme des prestataires officiels.

Bien que la plupart des études sur ce type de prestataires soient de nature descriptive (Adebayo, 1995; Caldera, 1991; Caldera et coll., 1991; McLean, 1991) et ne contiennent pas de résultats d'évaluation, selon ces auteurs et d'autres auteurs, les RSC et les auxiliaires en santé communautaire fournissent des soins de bonne qualité et sont bien acceptés par les membres de leur collectivité et les autres professionnels de la santé. Selon des usagers des services qui ont participé à une enquête menée par Quick et Bashshur (1991), la qualité des soins fournis par les auxiliaires en santé communautaire se comparait favorablement à celle des soins que donnaient les autres prestataires. Il faut noter que bien que les RSC et les auxiliaires en santé communautaire reçoivent des formations similaires, leurs responsabilités sont très différentes. En effet, alors que les auxiliaires en Alaska fournissent des soins primaires de base, y compris les soins d'urgence, chez 85 à 90 pour cent des

patients faisant appel à leurs services, les RSC au Canada n'interviennent pas dans les soins directs. Ils jouent plutôt un rôle secondaire en s'occupant d'éducation et de promotion de la santé.

### **3.2.3 Rôle des prestataires - Optimisation des ressources (II-C)**

La rentabilité associée à l'utilisation d'autres types de prestataires a suscité beaucoup d'intérêt de recherche. L'étude de Reid et Morris (1979), mentionnée à la section 3.2.2, révèle qu'en plus d'être cliniquement efficaces, les infirmières sages-femmes ont aidé à diminuer les coûts des soins périnataux. De même, un essai randomisé, mené par Giles et coll. (1992), a démontré la rentabilité de l'utilisation de sages-femmes pour la prestation de soins anténatals en Australie. Cependant, les auteurs de l'essai n'ont pas examiné les résultats des soins donnés par les sages-femmes sur le plan de la santé. Graveley et Littlefield (1992) se sont penchés sur la rentabilité de l'utilisation d'infirmières cliniciennes spécialistes pour la prestation de soins prénatals à des femmes à faible risque. Ils ont comparé trois modèles de dotation de services cliniques prénatals : le modèle axé sur le médecin, le modèle mixte et le modèle axé sur des infirmières cliniciennes spécialistes jumelées à des médecins que les femmes peuvent consulter. Le dernier modèle est celui pour lequel la satisfaction des clientes était la plus grande et le coût par visite, le plus bas.

À l'issue d'une évaluation de la rentabilité des assistants médecins de la Health Maintenance Organisation (HMO; organisation de soins intégrés) de Kaiser-Portland, on a conclu que chaque assistant médecin faisait épargner au système au moins 15 000 \$ par année en assurant des soins en consultation externe qui autrement auraient été fournis par un médecin. On a estimé qu'il était possible de réaliser de plus grandes économies par une utilisation plus efficace des assistants médecins (voir Robyn et Hadley, 1980). Bentley et coll. (1984) ont comparé les coûts de la prestation de soins dentaires aux enfants pour trois modèles de soins dentaires. Le premier modèle consistait en une équipe en milieu scolaire, formée de deux auxiliaires dentaires ayant des fonctions élargies, d'un dentiste, d'une réceptionniste et d'un assistant dentaire. Le second modèle était fondé sur la prestation de soins en solo, c'est-à-dire uniquement par un dentiste, une réceptionniste et un assistant dentaire. La troisième modèle consistait en un groupe de prestataires de soins dentaires en cabinet privé fonctionnant indépendamment du système scolaire. Sur le plan des coûts relatifs, la pratique en milieu scolaire, regroupant des auxiliaires dentaires aux fonctions élargies, était plus économique que les deux autres types de pratique. Toutefois, le recours à des auxiliaires dentaires n'est peut-être pas la seule raison venant expliquer de telles économies. Les écarts entre les coûts pourraient aussi être attribuables à des différences entre les types d'interventions effectuées en milieu scolaire et celles qui sont pratiquées dans des cliniques privées.

Begley et coll. (1989) ont effectué une analyse en vue de déterminer la rentabilité relative de neuf projets de soins primaires destinés à des personnes de faible revenu au Texas. Ils ont comparé le coût moyen par visite pour des services de diagnostic, de traitement, d'urgence, de planning familial et de dépistage préventif. Après rajustement pour les prix des entrées et le volume de patients, on a examiné le rapport entre les différences de coût et les modèles de composition des effectifs. On entend par composition des effectifs le rapport entre médecins et autres prestataires (p. ex., infirmières autorisées, assistantes en soins infirmiers, éducateurs sanitaires, physiothérapeutes et nutritionnistes). Les résultats ont indiqué que les projets où le rapport médecins/non-médecins était élevé avaient tendance à présenter des coûts moyens plus élevés. Selon les auteurs, cette forte corrélation entre le coût et la composition des effectifs semblait indiquer que le remplacement des médecins par d'autres types de prestataires entraînerait des économies. Cependant, la norme des

soins n'a pas été examinée dans cette étude. On n'a donc pu déterminer si la baisse de coût produite par la substitution des rôles l'a été au détriment de la qualité des soins.

La rentabilité associée aux prestataires substitués est due en grande partie à l'augmentation de la productivité des médecins. En se basant sur une étude préliminaire, Golladay et coll. (1973) ont laissé entendre que la productivité d'un médecin pourrait s'accroître d'une proportion allant jusqu'à 74 pour cent en faisant appel à un assistant médecin. Spitzer (1978), lui aussi, croyait que des équipes formées d'infirmières cliniciennes et de médecins pourraient accroître les ressources en soins primaires. Se fondant sur les essais comparatifs de Burlington, il a conclu que des équipes de ce genre permettraient de s'occuper de 41 pour cent de plus de patients et d'augmenter le volume de services de 24 pour cent tout en gardant constants les coûts facturés au régime provincial d'assurance-maladie. Citant d'autres études, Lomas et Stoddart (1985) ont noté que de 40 à 90 pour cent des consultations chez les médecins de soins primaires pouvaient être déléguées à des infirmières cliniciennes. De plus, ils ont estimé qu'en 1980, de 20 à 32 pour cent des omnipraticiens en Ontario auraient pu être remplacés par des infirmières cliniciennes. Si les remplacements étaient étalés sur une période de 20 ans, la réduction du nombre d'omnipraticiens prévue par les auteurs était de 10 à 16 pour cent pour 1991 et de 20 à 32 pour cent pour 2001. Les économies entraînées par une substitution des ressources humaines de cette ampleur pourraient être considérables. À l'aide d'un modèle économétrique, Denton et coll. (1983) ont pu montrer que le recours aux infirmières cliniciennes pourrait produire des économies appréciables. Ces auteurs ont estimé qu'on aurait pu épargner 10 pour cent de tous les coûts médicaux et 15,9 pour cent des coûts des services ambulatoires en 1980 si on avait utilisé des infirmières cliniciennes pour fournir tous les services pour lesquels le remplacement des médecins par des infirmières s'est avéré sans danger et faisable.

Bien que le concept de polyvalence ait ses détracteurs (p. ex., Cameron, 1995), il semble que le recours à des travailleurs ayant de multiples compétences augmente. Toutefois, peut-être parce que ce phénomène est apparu assez récemment, ses répercussions sur le plan des ressources humaines n'a pas fait l'objet de recherches approfondies, en particulier en relation avec la santé communautaire. Néanmoins, quelques études ont révélé dans quelle mesure on faisait appel à cette ressource. Blayney et coll. (1989) ont cité une enquête menée en 1980 par l'American Medical Association auprès de cabinets de médecine familiale, dans laquelle on a constaté que 70 pour cent des 703 répondants avaient recours à du personnel polyvalent. Les compétences les plus fréquemment recherchées dans ce groupe de travailleurs comprenaient les soins infirmiers, les techniques de laboratoire, les épreuves d'ECG, les dossiers médicaux, l'éducation des patients, la radiologie, l'examen de la vue, l'exploration fonctionnelle respiratoire et l'audiométrie. Plus de 69 pour cent des répondants ont indiqué qu'ils engageraient du personnel polyvalent s'ils en trouvaient. Une étude plus récente menée en Caroline du Sud a cherché à déterminer le besoin de personnel polyvalent dans les professions paramédicales (Hernandez et Samuels, 1990). Même si la plupart des répondants provenaient d'établissements tels que des hôpitaux, l'échantillon comprenait de nombreuses cliniques spécialisées, des cliniques autonomes et des cabinets comptant plusieurs médecins. Près de la moitié des répondants ont indiqué qu'ils employaient quelques prestataires polyvalents. Les combinaisons de compétences les plus souvent utilisées et les plus recherchées se trouvaient chez les infirmières auxiliaires polyvalentes, les techniciens en inhalothérapie, en ultrasonographie ou en radiographie.

Selon une enquête portant sur les modèles de groupe et de personnel des HMO, le personnel polyvalent le plus fréquemment employé par ces organisations était constitué d'assistants médicaux, de technologues médicaux, de techniciens radiologistes et de personnel infirmier. Les techniques de radiologie, les technologies médicales et les soins infirmiers faisaient partie des compétences de

base des travailleurs polyvalents des HMO le plus souvent mentionnées par les répondants. Certains gestionnaires de HMO ont indiqué qu'ils ne se contentaient pas de prestataires monovalents parce qu'ils ne les considéraient pas rentables pour le service qu'ils fournissaient (Rudmann, 1989). Dans une autre étude, Gibeau (1993) a décrit les besoins en aides à domicile ayant des compétences en psychiatrie, qui pourraient non seulement aider aux soins personnels mais également aux soins psychiatriques. D'autres études sur les prestataires polyvalents menées aux États-Unis ont donné des résultats similaires, entre autres celles de Beachey (1988), de Hedrick (1987) et de Low et Weisbord (1987). La plupart de ces études concluent que la rentabilité est l'une des principales raisons pour lesquelles on a recours aux travailleurs polyvalents.

On a procédé à une étude en Alberta en 1994 pour déterminer dans quelle mesure était utilisé le personnel polyvalent dans cette province (Billey, 1994). Des questionnaires ont été envoyés à des hôpitaux, à des cliniques médicales, à des services de santé communautaires, à des organismes de soins à domicile, à des établissements de soins prolongés et à des services pour malades non hospitalisés. Les résultats de l'enquête ont montré qu'un peu moins de la moitié des organismes et des établissements employaient des travailleurs polyvalents. Ce sont les services de santé communautaires qui en employaient le plus grand nombre, suivis des organismes de soins à domicile et des cliniques médicales. La rentabilité, la flexibilité et l'efficacité du personnel constituaient les trois principales raisons fournies par les répondants pour faire appel à ces travailleurs. Les organismes et les organisations employant des travailleurs polyvalents semblaient croire que leurs besoins pour ce type de personnel allaient demeurer inchangés ou augmenter.

Il est à noter que la recherche bibliographique n'a révélé aucune évaluation sur une grande échelle de la qualité des soins par les prestataires polyvalents. En outre, bien que certains auteurs (p. ex. Hernandez et Samuels, 1990) aient mentionné la possibilité d'économies liée à l'engagement de travailleurs polyvalents, les conclusions à cet égard devraient être considérées comme provisoires parce qu'on ne dispose pas de comparaisons rigoureuses des divers modèles d'utilisation du personnel. Enfin, sauf quelques exceptions, la plupart des études et des enquêtes sur les travailleurs polyvalents ont été menées dans des hôpitaux. Par conséquent, l'applicabilité de la polyvalence aux soins de santé communautaires reste à démontrer.

### **3.2.4 Rôle des prestataires - Qualité de la vie professionnelle (II-E)**

L'élargissement des soins en milieu communautaire est susceptible d'apporter des changements majeurs dans la définition des rôles à mesure que les nouveaux prestataires entrent en scène et que les rôles et les fonctions traditionnels sont mis de côté ou remis en question. La confusion et les désaccords sur les rôles pourraient provoquer des conflits parmi les praticiens et les groupes professionnels et, par conséquent, un climat de mécontentement et des relations de travail hostiles.

Kethley et coll. (1982) ont procédé à une enquête sur la perception du rôle des infirmières et des travailleurs sociaux employés dans les soins à domicile dans l'État de Washington. Les résultats ont mis au jour la possibilité de conflits de territoire entre ces deux groupes de travailleurs. Les infirmières avaient tendance à se voir capables d'assurer toutes les tâches axées sur le patient et considéraient que peu de tâches liées aux soins à domicile relevaient uniquement du travail social. Ceci était en contraste frappant avec les opinions des travailleurs sociaux, en particulier en ce qui concerne les tâches du domaine psychosocial.

Dans une étude sur la perception des rôles, Davidson et coll. (1981) ont cherché à déterminer dans quelle mesure les médecins et les infirmières cliniciennes travaillant ensemble dans les soins

ambulatoires s'entendaient sur les rôles liés aux soins. Pour ce faire, on a demandé aux infirmières et aux médecins qui exerçaient ensemble s'ils trouvaient approprié, pour chacun d'eux, de donner des soins à des patients décrits dans une série de portraits. Les désaccords les plus fréquents quant au rôle des infirmières venaient de ce que les infirmières croyaient qu'elles pouvaient assurer plus de soins que les médecins ne les en croyaient capables. Un autre résultat important était la forte corrélation entre l'entente sur les rôles concernant les soins aux patients et la satisfaction professionnelle. Les auteurs ont émis l'hypothèse que les travailleurs seraient plus satisfaits de leur emploi si les rôles étaient plus clairement définis.

D'un autre côté, Spitzer (1978) a montré, dans un essai mené dans le sud de l'Ontario, qu'il ne semblait pas y avoir de baisse de la satisfaction professionnelle parmi les médecins et les infirmières cliniciennes. Dans le groupe expérimental et le groupe témoin, la satisfaction a été mesurée au moyen d'un questionnaire composé de 67 éléments portant, entre autres, sur les relations avec les collègues, les stimulations et les réalisations, le prestige et la rémunération. À l'exception de ce dernier élément, les cotes de satisfaction étaient élevées pour toutes les composantes chez les médecins et les infirmières des deux groupes.

### **3.2.5 Éléments d'orientation**

- i.* Comme Manga et Campbell (1994) l'ont fait remarquer, la substitution des rôles comme stratégie visant à améliorer la rentabilité et à limiter les coûts n'a pas été poursuivie sérieusement au Canada en dépit de preuves considérables de son efficacité et des économies potentielles. Selon ces auteurs, il existe quatre obstacles majeurs à la substitution des rôles : le pouvoir détenu par les professions et la réglementation professionnelle, les politiques sur la main-d'oeuvre, l'organisation et le financement de la prestation des soins et l'attitude de la population. Ils croient également que la substitution des rôles ne survient pas d'elle-même mais qu'il incombe surtout aux gouvernements de mettre en oeuvre des politiques à cet effet. Les instruments à leur disposition pour y arriver comprennent la réforme de la réglementation professionnelle, les changements à la structure et au financement de la prestation des soins de santé et la promotion d'un système de santé fort et coordonné.
- ii.* La qualité des soins fournis par les travailleurs polyvalents n'a pas fait jusqu'ici l'objet de recherches approfondies et systématiques, en particulier dans un cadre communautaire. Il semble que l'introduction de la polyvalence soit surtout motivée par une question de coûts. Cette opinion est soutenue par l'observation de Billey (1994) selon laquelle «la qualité des soins aux patients et l'amélioration des services aux patients ne sont pas les principales raisons pour mettre en place la polyvalence dans les organismes de soins de santé. La limitation des coûts et la rentabilité globale des activités sont des forces qui influent sur les changements de rôle du personnel» (p.4). À la lumière de cette observation, il est donc crucial de pouvoir démontrer que l'utilisation des travailleurs polyvalents n'est pas seulement rentable mais un gage de qualité des soins et d'efficacité et de flexibilité globales dans le système de santé.

- iii.* En supposant que la polyvalence soit compatible avec les soins de santé communautaires, certaines questions entourent quand même sa mise en application. Divers obstacles ont été relevés, entre autres les «impératifs territoriaux» des organisations, qui entravent le partage de personnel entre les services, la «préservation du territoire» et la crainte de l'empiétement professionnel par les praticiens des diverses disciplines concernées, les normes d'agrément restrictives, les limitations juridiques associées à des champs d'exercice exclusifs, les répercussions quant à la responsabilité et les politiques administratives qui découragent la collaboration interdisciplinaire nécessaire à l'élaboration de cours de formation communs (Bamberg et Blayney, 1984; Beachey, 1988; Hedrick, 1987). À moins que ces obstacles ne soient écartés, le recours à la polyvalence sera limité. De plus, il est nécessaire de se pencher sur un certain nombre de questions pratiques; par exemple, quelle est la description de tâches des travailleurs polyvalents? La polyvalence devrait-elle se constituer en nouvelle profession ou est-ce que les praticiens actuels devraient accroître leurs connaissances et leurs compétences pour devenir polyvalents?
- iv.* La planification des effectifs a toujours eu tendance à être ponctuelle et à être axée sur un groupe professionnel donné. Toutefois, l'offre et la demande des différents types et niveaux de prestataires sont interreliées car les professions sont, dans de nombreux cas, interdépendantes et remplaçables. Certains auteurs (p. ex. Lomas et Stoddart, 1985) soutiennent que la sur-production de prestataires des échelons supérieurs entrave la substitution des rôles. Par exemple, une offre trop grande de médecins peut nuire à l'utilisation de prestataires des niveaux intermédiaires. Par ailleurs, comme certaines études citées plus haut l'ont démontré, si on optimise l'utilisation des prestataires des niveaux intermédiaires, on aura moins besoin de médecins pour assurer la même quantité ou le même niveau de services; cela s'expliquerait par la substitution des rôles ou l'amélioration de la productivité des médecins. Golladay et coll. (1973) pensent donc qu'il est nécessaire de réorienter les débats portant sur les besoins en ressources humaines, de manière à ce que l'accent soit mis non plus sur le rapport médecin-population mais sur des systèmes efficaces de prestation des soins et sur les besoins estimés en personnel.
- v.* La substitution et la redéfinition des rôles au niveau des soins de santé communautaires ne peuvent faire autrement qu'engendrer des inquiétudes chez les praticiens et des désaccords, ou même de l'hostilité, entre les groupes professionnels. Kethley et coll. (1982), par exemple, ont documenté les conflits de territoire entre les infirmières et les travailleurs sociaux dans le domaine des soins à domicile (voir la section 3.2.4). Langsley et Barter (1983) ont traité de la «marginalisation» des psychiatres dans les centres de santé mentale communautaires, et de leur mécontentement dû à la prise en charge d'un grand nombre de leurs rôles traditionnels par des psychologues, des travailleurs sociaux et d'autres praticiens en santé mentale. La capacité de limiter ou de résoudre de tels conflits est une question qui revêtra une grande importance sur le plan de la gestion des soins de santé communautaires. Il n'y a pas de règles strictes permettant de résoudre les rivalités entre les professions. Kethley et coll. (1982), par exemple, préconisent qu'on incite les groupes qui sont aux prises avec des conflits de territoire à dialoguer et recommandent l'utilisation de modèles de gestion des conflits visant à aider les membres d'une équipe à résoudre leurs différends.

### **3.3 Modalité III : Éducation, formation et acquisition de connaissances et de compétences**

La formation et le développement continus des ressources humaines en santé dépendent de l'acquisition de connaissances et de compétences par ceux qui assurent la prestation des soins de santé. Dans la documentation sur les effectifs en santé, l'attention se porte principalement sur la formation et l'éducation continue des prestataires officiels. Mais, comme nous l'avons déjà mentionné, les effectifs en santé ne comprennent pas seulement ces travailleurs. Les personnes qui se soignent elles-mêmes et les prestataires non officiels sont tout aussi importants, en particulier dans une perspective de santé communautaire. Dans une revue de la documentation sur l'acquisition des compétences et sa relation avec les soins communautaires, on doit par conséquent porter une attention égale aux soins officiels, aux soins non officiels et aux initiatives personnelles.

La plupart des études obtenues de la recherche bibliographique sont liées à la dimension «qualité des soins» de la grille modalités-résultats, bien que quelques-unes se penchent sur la question de l'«équité». Certaines études portent également sur les questions de politiques dans le domaine du perfectionnement des effectifs de la santé.

#### **3.3.1 Éducation - Qualité des soins (III-D)**

Les résultats des études sur les liens entre l'éducation et la qualité des soins sont présentés séparément pour les personnes qui se donnent elles-mêmes des soins, pour les prestataires non officiels et pour les prestataires officiels.

##### **3.3.1.1 Initiatives personnelles en matière de santé**

La recherche en ce domaine donne des résultats contradictoires : de nombreuses études montrent que l'éducation en matière de santé ou l'éducation du patient produit des initiatives personnelles plus poussées ou plus adéquates, et d'autres ne trouvent aucune indication que l'éducation entraîne des comportements désirables ou des avantages sur le plan de la santé. Comme il y a une documentation abondante sur ce sujet, la discussion qui suit se fonde essentiellement sur quelques revues de synthèse des principaux résultats de recherche. Quelques études de cas typiques servent d'illustrations.

Glasgow et coll. (1992) ont rapporté un programme de formation de 10 séances sur l'auto-traitement, destiné aux personnes ayant plus de 60 ans souffrant de diabète de type II. Le programme d'une durée de huit semaines était dirigé par une équipe pluridisciplinaire comprenant des psychologues, une diététicienne, des entraîneurs agréés et d'autres éducateurs. Cent deux adultes ont été répartis au hasard dans un groupe expérimental ou un groupe témoin. Après l'essai, les sujets du groupe expérimental ont montré des baisses statistiquement significatives de l'apport calorique et du pourcentage de calories venant des graisses, comparativement au groupe témoin. On a jugé que le programme avait généralement réussi à produire des changements comportementaux souhaitables. Brown et coll. (1992), pour leur part, ont testé l'efficacité de l'utilisation d'une bande vidéo éducative sur le diabète dans un échantillon de 30 adultes diabétiques hispanophones. Ils ont constaté un effet modéré lorsqu'ils ont comparé les résultats sur le plan des connaissances entre le groupe expérimental et le groupe témoin, ce qui veut dire que la bande vidéo a permis dans une certaine mesure d'améliorer les connaissances des participants sur le diabète. Jones (1990) a mené une étude

similaire sur les effets d'une approche éducative autodidactique dans le domaine des techniques d'auto-traitement du diabète.

Vickery et coll. (1983) ont examiné l'impact d'un programme d'éducation sur l'autonomie en matière de santé dans une HMO du Rhode Island. Plus de 1600 foyers ont participé à l'essai comparatif randomisé. Les participants ont été répartis entre trois groupes expérimentaux et un groupe témoin, les groupes expérimentaux différant par l'intensité de l'intervention. Tous les groupes expérimentaux ont montré des baisses statistiquement significatives de l'utilisation totale des soins ambulatoires comparativement au groupe témoin. Les auteurs ont conclu qu'un système peu coûteux de communication écrite pouvait produire un effet substantiel sur les comportements d'utilisation. Parmi les autres études montrant un effet positif de l'éducation du patient sur l'autonomie en matière de santé, mentionnons celles de Brown et coll. (1992), de Bush et coll. (1989), de Roberts et coll. (1983) et de Rubin et coll. (1989).

D'autres études par contre n'ont pu montrer un effet de l'éducation sur les initiatives personnelles. Dans une étude comparative menée par Webb (1980), 123 patients hypertendus de race noire, à faible revenu et vivant en milieu rural ont été répartis au hasard en trois groupes, le premier recevant une éducation en groupe et des visites régulières chez le médecin, le deuxième, un counseling psychosocial individuel et des visites régulières chez le médecin et le troisième, le groupe témoin, seulement des visites régulières chez le médecin. Les résultats montrent que ni une éducation du patient intensive ni un counseling psychosocial, s'ajoutant à des soins médicaux de haute qualité dispensés à tous les sujets, n'arrivent à améliorer la fidélité au traitement ou la maîtrise de la tension artérielle diastolique. En d'autres mots, ni l'éducation ni le counseling n'ont réussi en eux-mêmes à améliorer de façon notable la fidélité au traitement ou la maîtrise de la tension artérielle lorsqu'ils étaient donnés en plus de soins médicaux réguliers par un médecin de famille.

Dans une autre étude réalisée en Australie par Redman et coll. (1991), 142 femmes et leurs partenaires ont assisté à des cours prénatals et ont été interrogées avant et après les cours. Le programme d'éducation prénatal a été conçu pour permettre d'accroître la participation éclairée à la prise de décision durant l'accouchement, les compétences comme parents d'un nourrisson et les comportements de prévention. Les acquisitions de connaissances étaient évidentes et la satisfaction à l'endroit du programme était élevée. Cependant, dans l'ensemble, l'éducation prénatale n'a pas semblé avoir un effet sur les comportements préventifs tels que l'intention d'allaiter ni sur le sentiment de contrôle au cours de l'accouchement. Parmi les autres études appartenant à cette catégorie, citons celles de Cohen (1986) et de Parcel et coll. (1994).

Plusieurs revues ont cherché à résumer et à évaluer les études sur le rôle de l'éducation sanitaire ou de l'éducation du patient en relation avec les modifications comportementales ou les résultats. À l'instar des essais cités plus haut, ces études n'ont pas abouti à des conclusions précises. Selon Mazzuca (1982), l'éducation du patient réussit très bien à modifier l'observance du traitement. Parmi les interventions les plus réussies, on trouve les rituels quotidiens de soins de santé personnels. Cependant, l'effet de l'intervention diminue généralement avec le temps. Une autre méta-analyse portant sur 23 évaluations de programmes d'éducation du patient montre également que les programmes influent fortement sur l'observance du traitement (Posavac, 1980).

Une méta-analyse des études portant sur l'éducation sur le diabète en particulier a révélé qu'une éducation structurée améliorerait les connaissances du patient, l'observance des modalités du traitement prescrit et le contrôle métabolique (Brown, 1992). Une autre méta-analyse des études comparatives sur les interventions éducatives et psychosociales dans le traitement du diabète sucré

a été effectuée par Padgett et coll. (1988). La revue signale des améliorations modérées mais significatives chez tous les sujets qui ont bénéficié de l'intervention. Le résultat clinique et l'acquisition des connaissances étaient les plus touchés, suivis de l'état psychologique et de l'observance du traitement. Mullen et coll. (1985) ont effectué une synthèse quantitative de 70 évaluations publiées de programmes éducatifs à l'intention de personnes souffrant de problèmes de santé à long terme et dont le régime thérapeutique incluait des médicaments. On a comparé les effets de sept types de techniques éducatives. Les valeurs décrivant l'ampleur de l'effet étaient suffisamment élevées pour convaincre les auteurs que les programmes d'éducation procurent des avantages substantiels chez les malades chroniques.

Bartlett (1980) a fait une vaste revue des études empiriques sur les effets de l'éducation sanitaire pour des affections telles que l'hypertension, le diabète, la myocardiopathie congestive et les infections à streptocoques. Certaines études montrent que : les parents s'occupent d'obtenir des soins dentaires pour leurs enfants, les patients suivent leur traitement, les familles de jeunes patients respectent plus le suivi, les patients observent leur traitement antihypertensif, etc. Il a également été démontré que l'éducation réduisait le temps écoulé avant de consulter un médecin pour des symptômes sérieux. Cependant, quelques études n'ont pu mettre en évidence aucun effet des activités éducatives en santé. Dans le cadre d'une autre étude, Rasmussen (1989) a constaté que les études sur les effets de matériel éducatif d'autonomie en santé, comme les brochures, avaient donné des résultats contradictoires.

### **3.3.1.2 Prestataires non officiels**

Les études de cette catégorie montrent en général que l'éducation a un effet positif sur les prestataires non officiels. Par exemple, le Clark Institute of Psychiatry de Toronto a mis en oeuvre un programme de bénévoles doté d'une composante de formation intensive de 10 semaines. Ce projet faisait partie d'une approche multidisciplinaire de réinsertion sociale de patients psychiatriques souffrant de maladies mentales chroniques. À l'aide de films et de cours, le programme de formation donnait de l'information sur les maladies psychiatriques et les ressources communautaires. Bien que les auteurs n'aient pas présenté de données détaillées, ceux-ci (Brooks et coll., 1989) ont signalé que les cotes obtenues à un questionnaire administré avant et après le programme indiquaient une acquisition de connaissances. De plus, certains des bénévoles ont fait part d'une tolérance accrue à l'endroit des personnes souffrant de maladies mentales. Une démarche similaire a été utilisée par le Mid-Eastern Iowa Community Mental Health Centre pour former des «aidants naturels» devant assurer la prestation des soins de santé mentale en milieu rural (Kelley et coll., 1977). Les stagiaires comprenaient des femmes au foyer, des étudiants du niveau secondaire, un omnipraticien, une infirmière de santé publique, un conseiller d'orientation d'école secondaire et un gérant de station-service. Le programme comportait 24 séances. L'efficacité de la formation a été mesurée de diverses façons y compris à l'aide du Personal Orientation Inventory (questionnaire d'attitudes personnelles) et d'une enquête postale auprès des stagiaires. Encore une fois, aucune évaluation détaillée n'a été présentée mais, selon les auteurs, les résultats montraient que des profanes pouvaient être formés à assurer efficacement la prestation de soins de santé mentale en milieu rural.

Seltzer et coll. (1992) ont évalué l'efficacité d'un programme de formation visant à accroître la capacité de gestion de cas des soignants familiaux. Ils ont constaté que les membres de la famille ayant reçu la formation réalisaient un plus grand nombre de tâches de gestion de cas pour leurs proches âgés que les membres non formés. O'Donnell et George (1977) ont examiné l'efficacité de bénévoles qui assuraient des services de counseling téléphonique dans un centre communautaire de santé mentale. Les bénévoles ont d'abord reçu 15 heures de formation didactique et d'expérience

sur les crises, les communications interpersonnelles efficaces et l'utilisation des ressources communautaires. A suivi un autre bloc de 15 heures d'expérience au téléphone avec des clients, sous étroite surveillance. Des cours d'appoint ont ensuite été offerts à intervalles réguliers. L'évaluation a montré que des bénévoles soigneusement choisis et formés pouvaient être aussi efficaces que des prestataires officiels pour assurer des services téléphoniques de soutien et d'urgence auprès de personnes en difficulté et de clients du centre communautaire de santé mentale. Nicoletti et Flater (1975) ont rapporté des résultats similaires.

L'avantage procuré par une brochure à grande distribution et une séance sur les maladies courantes des jeunes enfants a été examiné dans un essai comparatif mené en Suède par Rasmussen (1989). Les connaissances des mères sur les soins à donner aux enfants étaient mesurées par les réponses à des questions se rapportant à sept illustrations. Comparativement aux mères qui n'avaient pas lu la brochure, les mères qui l'avaient lue se montraient notablement plus aptes à suivre les recommandations pour décider quand il était nécessaire de consulter un médecin et elles avaient moins tendance à le faire quand ce n'était pas recommandé. Les mères qui avaient lu la brochure et assisté à une séance étaient plus nombreuses à se contenter d'initiatives personnelles lorsqu'il était recommandé de voir un médecin. Casey et coll. (1984) ont procédé à un essai comparatif portant sur une intervention éducative destinée à améliorer les connaissances et le traitement de la fièvre par les parents consultant une clinique privée. Les parents du groupe expérimental ont reçu une formation et une démonstration sur le traitement de la fièvre puis ils ont pu participer à un exercice. De plus, ils ont reçu deux mois plus tard un feuillet de renseignements comme mesure de renforcement. Les parents du groupe témoin et du groupe expérimental ont montré une acquisition de connaissances sur la fièvre; en revanche, on n'a observé une diminution des erreurs de médication et des consultations pour des affections fébriles mineures et passagères que chez les parents du groupe expérimental.

Un programme communautaire a été mis sur pied pour enseigner aux soignants familiaux d'adultes âgés invalides des compétences et des techniques visant à améliorer leur sentiment de maîtrise et à diminuer le risque de surmenage physique. Les compétences enseignées allaient de la façon de donner un bain au lit à des méthodes pour résoudre des problèmes complexes de gestion de cas. Les participants ont été interrogés au téléphone entre la première et la deuxième séance du programme de formation ainsi que trois mois et six mois après la fin du programme. Tous les participants ont eu une réaction positive à l'ensemble du programme et au contenu des cours. Cependant, l'article n'a signalé aucune mesure des résultats comportementaux (Mahoney et Shippee-Rice, 1994). Sheehan (1989) a évalué le Caregiver Information Project qui avait été conçu pour fournir aux chefs religieux et aux travailleurs sociaux de l'information sur les personnes âgées et leurs soignants. Les résultats ont montré que la formation avait réussi à améliorer les connaissances sur les questions liées au vieillissement et à la prestation de soins. Le projet a également permis d'augmenter le nombre d'activités de soutien aux soignants.

### **3.3.1.3 Prestataires officiels**

Les prestataires officiels sont formés essentiellement pour travailler dans des établissements, qui étaient et sont toujours le pivot du système de santé dans la plupart des pays. Cependant, le nombre croissant de services de santé passant au secteur communautaire fait qu'il est nécessaire de donner aux prestataires officiels une perspective plus large des soins de santé, de leur faire connaître les soins communautaires et de les préparer à travailler dans ce secteur, si nécessaire. On reconnaît de plus en plus ce besoin. Par exemple, Hamad (1991), consultant auprès de l'Organisation mondiale de la santé, commente ainsi les lacunes de l'éducation médicale classique :

«Actuellement, pas plus de 10 % des patients vont à l'hôpital et pas plus de 1 % y sont admis. Pourquoi alors continuer de limiter notre enseignement clinique à l'intérieur des murs de l'hôpital et prétendre que nous produisons des médecins compétents? Pour que ces médecins soient compétents, il est essentiel qu'ils reçoivent une formation équilibrée à tous les niveaux de prestation de soins de santé, soit primaires, secondaires et tertiaires, et qu'ils connaissent bien la culture, les traditions et les autres aspects psychosociaux des familles et des collectivités auprès desquelles ils vont exercer la médecine.» (p. 20)

L'insuffisance de la formation médicale classique en ce qui a trait à la pratique en cadre communautaire est illustrée par une étude portant sur 30 médecins de soins primaires participant à des services de soins à domicile, ou les supervisant, dans le cadre de leur travail quotidien auprès de patients de HMO des États-Unis (Polich et coll., 1990). Au cours des entrevues, les médecins ont dit à plusieurs reprises qu'ils connaissaient et comprenaient peu les critères des soins à domicile de Medicare, qu'ils étaient insuffisamment formés dans les soins à domicile et qu'ils avaient tendance à se sentir mal à l'aise à l'extérieur d'un cabinet ou d'un hôpital. Reconnaissant l'évolution des besoins dans les soins de santé et les limites de l'éducation médicale classique, la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine a demandé, dans sa déclaration d'Édimbourg, un transfert substantiel de l'enseignement de la médecine des hôpitaux universitaires au milieu communautaire. Au sommet mondial, la Fédération a une fois encore recommandé l'utilisation de cadres d'enseignement élargis pour agrandir et enrichir l'expérience hospitalière (voir Murray et coll., 1995).

De nombreuses études font état de projets pilotes et de nouvelles initiatives menés dans diverses régions. Toutefois, la majorité de ces études sont de nature descriptive ou ne présentent pas d'évaluation rigoureuse de l'efficacité ou de l'impact de ces projets. Quelques-unes d'entre elles sont présentées ici pour illustrer les types de programmes éducatifs dotés d'une orientation de santé communautaire, ainsi que leur ampleur.

Depuis 1991, la University College London Medical School a mis sur pied un stage médical général en milieu communautaire pour remplacer le stage médical hospitalier pour les étudiants de première année en clinique. Cette nouvelle approche a les mêmes objectifs, soit enseigner aux étudiants en médecine les compétences fondamentales de l'interrogatoire, de l'examen physique et de la communication (Murray et coll., 1995). Cermak (1976) a décrit un programme introduit par l'université de Boston pour fournir aux étudiants plus avancés en ergothérapie une expérience de travail en milieu communautaire. Mettant l'accent sur la prévention et l'intervention précoce auprès des jeunes enfants et de leurs parents, le programme a permis aux étudiants de se rendre compte de la complexité de la prestation de services communautaires et de perfectionner les compétences nécessaires à une intervention efficace.

Balzer et coll. (1980) ont rapporté une démarche semblable pour les soins dentaires. Cinq facultés de médecine dentaire des États-Unis ont élaboré, à l'intention des futurs dentistes ou auxiliaires dentaires, des programmes de formation pour la planification et la prestation de services dentaires préventifs dans un cadre communautaire, en équipe. Une équipe se composait au minimum d'un étudiant en médecine dentaire et de trois auxiliaires dentaires. Les résultats de l'évaluation ont été en général positifs. Les étudiants ont indiqué que le programme offrait une excellente expérience de formation interdisciplinaire et une solide formation en gestion. Cependant, un autre projet mené au département de dentisterie communautaire de l'université du Texas à San Antonio a eu moins de succès, selon Miller et Heil (1976). Le but du programme, qui combinait des cours en classe et une expérience sur le terrain (20 heures en tout), était de modifier les attitudes des étudiants en

médecine dentaire à l'égard des patients ayant des besoins particuliers. La comparaison des résultats obtenus avant et après l'intervention semble indiquer que le programme n'a pas réussi à produire les changements recherchés chez les étudiants.

La croissance du secteur des services communautaires fait qu'un nombre de plus en plus élevé de prestataires officiels devront passer du secteur institutionnel à ce secteur. Les changements de carrière que ce phénomène entraînera et les ajustements requis peuvent s'avérer difficiles pour certains praticiens et l'éducation pourrait faciliter la transition. Ceslowitz et Loreti (1991) ont étudié l'expérience de 80 infirmières autorisées n'ayant qu'une expérience hospitalière qui avaient été recrutées pour les soins infirmiers à domicile. L'étude traite des craintes des infirmières et décrit le stage de six semaines en soins à domicile devant les aider à effectuer ce changement de carrière. Les craintes mentionnées comprenaient la peur de l'inconnu, la complexité et l'ampleur des évaluations de patient requises, la nécessité de fonctionner comme généraliste et la sécurité personnelle au cours des visites à domicile. Les auteurs ont proposé un programme d'orientation complet assorti à un soutien continu pour les membres du personnel.

Une autre étude se penche sur la formation des médecins de famille en visites à domicile (Neale et coll., 1992). Comme l'importance accordée aux soins communautaires peut accroître la demande pour les visites à domicile, il est nécessaire de former les médecins de famille à utiliser efficacement cette modalité comme partie intégrante des soins aux patients. Le département de médecine familiale de la Wayne State University a mis au point une expérience structurée et supervisée de visites à domicile pour le programme de résidence. Ainsi, chaque résident doit effectuer sous supervision entre six et huit visites à domicile au cours de chaque période de rotation de trois mois pendant les deuxième et troisième années de résidence. Les données d'évaluation du programme semblent indiquer qu'après la formation, les résidents sont moins inquiets pour leur sécurité personnelle et plus susceptibles de convenir de l'importance des visites à domicile. On ignore si cette formation sera utilisée dans les pratiques médicales subséquentes. Des études sur des initiatives de formation similaires au niveau communautaire ont été réalisées par Couser et coll. (1990), Gravdal et Glasser (1987), Key et coll. (1973), Osborn et coll. (1986) et Osterweis et coll. (1980).

Étant donné que les soins communautaires mettent généralement l'accent sur l'approche multidisciplinaire ou interdisciplinaire, les prestataires officiels doivent apprendre à travailler en collaboration avec des praticiens d'autres disciplines de la santé. Selon G. Szasz (1974), pionnier de l'apprentissage interdisciplinaire à l'université de Colombie-Britannique, l'enseignement interdisciplinaire est un moyen de préparer les étudiants à des relations de collaboration dans la prestation de services. Il y a eu de nombreuses tentatives visant à introduire ou à renforcer la formation multidisciplinaire des prestataires de soins de santé. On a mené une enquête sur tous les programmes destinés aux assistants médecins et aux infirmières cliniciennes et reconnus par la National Commission on Certification of Physician Assistants en 1975. Les résultats montrent que regrouper des étudiants de formation différente dans la classe constituait une technique courante dans les programmes destinés aux prestataires des échelons intermédiaires. McCally et coll. (1977) ont signalé que 70 pour cent des programmes destinés aux assistants médecins et 38 pour cent des programmes à l'intention des infirmières cliniciennes avaient au moins une activité en classe en commun avec au moins une autre discipline de la santé. Baldwin et Baldwin (1978) ont décrit l'élaboration d'un programme interdisciplinaire en sciences de la santé à l'université du Nevada à Reno qui comportait un tronc commun pour tous les étudiants. De même, Szasz (1974) a décrit les tentatives menées à l'université de Colombie-Britannique pour introduire l'enseignement interdisciplinaire en sciences de la santé.

En 1984, le département de médecine familiale et communautaire de la faculté de médecine d'Eastern Virginia a mis en place, dans un quartier urbain pauvre en services médicaux, un cours facultatif interdisciplinaire d'un an en suivi des soins. Chaque étudiant inscrit au cours devait, pendant un an, passer une soirée par semaine à apprendre les compétences requises dans les soins prolongés. Les équipes de prestataires comprenaient des étudiants en médecine de niveau préclinique et de troisième année, ainsi que des étudiants en service social, en sciences infirmières et en soins infirmiers. Selon l'évaluation, les étudiants approuvaient fortement l'approche d'équipe. Le succès du programme du point de vue du patient a été évalué au moyen d'un sondage administré au hasard à un échantillon de patients à la fin de l'année. Tous les répondants ont trouvé que les soins étaient en général meilleurs que ceux qu'ils avaient reçus auparavant (Berger et Shaffer, 1986). Bassof (1983), Howard et Byl (1971) et Tanner et coll. (1972) ont également mené des études sur la formation multidisciplinaire des étudiants en médecine.

### **3.3.2 Éducation - Équité (III-B)**

Les pénuries de certaines catégories de personnel ou la distribution inégale des effectifs sont des questions importantes de la planification des ressources humaines en santé. Quelques études ont examiné les effets de la formation scolaire sur l'existence et la distribution des ressources humaines en santé, en relation avec les soins communautaires.

Le manque de médecins de premier recours est une préoccupation de longue date aux États-Unis et on a cherché à encourager plus d'étudiants en médecine à choisir cette discipline, ce qui accroît la probabilité qu'ils pratiquent dans un cadre communautaire. Basée sur les données relatives à l'enseignement de 123 facultés de médecine aux États-Unis, l'étude de Rabinowitz (1988) a montré que les étudiants des facultés de médecine exigeant un stage clinique de troisième année en médecine familiale étaient significativement plus nombreux à choisir une résidence dans ce domaine (16,8 pour cent) comparativement aux étudiants des facultés offrant un stage clinique en quatrième année (14,5 pour cent) ou aux étudiants des facultés n'exigeant pas de stage en médecine familiale (12,1 pour cent). Cependant, encore en 1986, seulement 27 pour cent des facultés de médecine américaines avaient un stage clinique obligatoire de troisième année en médecine familiale.

En réponse aux nouvelles exigences de la National League of Nursing et de l'American Nurses Association, de nombreux programmes de soins infirmiers aux États-Unis sont passés du niveau de diplôme de premier cycle à celui de maîtrise. Ce changement pourrait constituer un obstacle à l'inscription de certains types d'étudiants, par exemple les infirmières en milieu rural et celles qui sont membres de minorités et peut-être plus susceptibles d'exercer dans des régions pauvres en services. Une analyse effectuée par Fowkes et coll. (1994) avait pour but d'examiner l'effet des programmes des cycles supérieurs sur l'utilisation des diplômés dans les régions peu desservies. Les programmes étaient définis comme fructueux si plus de 60 pour cent de leurs diplômés exerçaient en soins de premier recours et qu'un nombre substantiel d'entre eux travaillaient dans des régions pauvres en services. Les résultats ont montré que seulement trois des 22 programmes de niveau supérieur, soit 14 pour cent, répondaient à ce critère de succès alors que les deux programmes de soins infirmiers de premier cycle y satisfaisaient. Autrement dit, les diplômés des programmes de premier cycle étaient beaucoup plus susceptibles de travailler en soins de premier recours ou dans des régions peu desservies que leurs homologues des cycles supérieurs. La même étude a également révélé que les programmes destinés aux infirmières cliniciennes, aux sages-femmes et aux assistants médecins devaient avoir recours à des stratégies élaborées pour encourager leurs diplômés à exercer dans des régions insuffisamment desservies. Ainsi, on pourrait

recruter des étudiants qui se sont engagés à travailler auprès de populations insuffisamment desservies, à soutenir leurs objectifs à l'aide d'expériences didactiques et cliniques, à les préparer à oeuvrer dans ces collectivités et à engager des professeurs qui ont choisi ce type de pratique. Les étudiants et les diplômés ont déclaré que l'expérience clinique en régions pauvres en services, des cours sur d'autres cultures et en santé publique, des modèles parmi les professeurs et enfin, l'importance des soins de premier recours dans le programme constituaient la préparation nécessaire à l'exercice dans ces régions.

### 3.3.3 Éléments d'orientation

Divers éléments d'orientation se rattachant à l'éducation et à la formation des prestataires de soins de santé sont proposés.

- i. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur le genre de modèle éducatif qui favoriserait les soins de santé communautaires, les chercheurs se rendent compte en général que les approches existantes comportent des lacunes. La revue ci-dessus a mis en évidence plusieurs problèmes, tels que la formation compartimentée, la formation surtout restreinte aux établissements et le manque d'importance accordée aux soins de santé primaires.

Outre ces critiques qui concernent spécifiquement cette question, d'autres critiques portent sur la formation des ressources humaines en santé en général. Slayton (1978) a critiqué ce qu'il appelle «l'enseignement professionnel traditionnel» qu'il considère comme un modèle rigide, incapable de répondre au changement. Selon l'auteur, le fait que cet enseignement doive consister en un programme de culture générale et en une formation poussée dans un ensemble de connaissances théoriques peut entraîner l'ignorance des activités pratiques peu spécialisées ou un manque d'intérêt envers elles. La présomption d'autonomie peut produire des praticiens qui ne peuvent ou ne veulent entreprendre certains types de tâches exigeant des compétences interdisciplinaires. Il fait remarquer également que la formation à outrance tend à rendre ces carrières inaccessibles pour un grand nombre, à produire un éventail de compétences étroit et uniforme et à augmenter le coût des services. Bien que l'opinion générale de Slayton ne soit pas partagée par tout le monde, son concept de l'apprentissage approprié au moyen de multiples points d'entrée et de sortie et d'un programme interdisciplinaire axé sur les services semble être compatible avec les objectifs des soins de santé communautaires.

- ii. L'une des questions les plus cruciales est le manque de formation dans un cadre communautaire. Bien qu'il y ait quelques projets innovateurs, dont certains ont déjà été décrits, l'enseignement dans le domaine de la santé est encore fermement ancré dans le paradigme classique. Dans le cas de la médecine, comme l'ont noté Woolliscroft et Schwenk (1989), il n'existe toujours pas de modèle d'enseignement ambulatoire. L'opinion de ces auteurs est reprise par Murray et coll. (1995) qui remarquent qu'on consacre peu d'efforts à la mise au point d'un enseignement qui soit vraiment communautaire. Ces auteurs croient qu'un ajout de trois à six semaines à la pratique générale n'est pas suffisant.

Réalisant que la préparation des prestataires de soins de santé est souvent inadéquate pour travailler dans le milieu communautaire, la Pew Health Professions Commission (1994b, 1994c) a préconisé pour les étudiants et les diplômés des facultés de médecine une augmentation des débouchés dans les domaines des soins ambulatoires, des soins ruraux et des autres soins communautaires ainsi que l'utilisation de certains fonds publics pour

réorienter les programmes d'études en soins de santé actuels, axés sur l'individu et la guérison, vers les soins communautaires et la prévention.

- iii. Pour donner aux étudiants en médecine et aux résidents une expérience éducative dépassant les murs des hôpitaux universitaires, les facultés de médecine sont nombreuses à chercher des sites d'enseignement des soins ambulatoires. On pense que ce cadre de pratique externe permet d'acquérir des compétences en communication médecin-patient et de former des liens de collaboration professionnelle avec d'autres travailleurs de la santé. Ainsi, il n'est pas étonnant que des 77 HMO examinées aux États-Unis en 1977, 48 (ou 62 pour cent) participaient à des programmes de formation des étudiants en médecine. Un grand nombre d'entre elles offraient une formation également à des résidents et à des étudiants d'autres disciplines (Osterweis et coll., 1980). Cependant, comme l'ont découvert Gordon et coll. (1977), l'enseignement dans un cadre communautaire est associé à des problèmes d'ordre pédagogique et pratique. Mentionnons entre autres l'utilisation de chargés de cours qui n'ont généralement pas de lien étroit avec l'université et dont l'expérience pédagogique est limitée, la difficulté d'assurer la comparabilité des expériences des étudiants assignés à des sites d'apprentissage différents et la difficulté de surveiller le rendement des étudiants dispersés sur un large territoire.
- iv. Une question connexe est la pertinence des programmes de formation existants. Dans le cas de la médecine, ce qui est enseigné dans les facultés peut ne pas être pertinent à ce qui est requis dans la pratique médicale, en particulier dans un cadre communautaire. Bartlett (1980), par exemple, a noté que chez les médecins de premier recours, le pourcentage de temps directement passé auprès du patient et consacré à l'éducation et au counseling variait entre 19,3 et 35,4 pour cent. Les médecins considéraient également l'éducation du patient comme une modalité thérapeutique importante. Par conséquent, cet auteur s'étonne de ce que l'éducation du patient ne soit enseignée, dans le cadre d'un cours obligatoire distinct, dans aucune des 120 facultés de médecine des États-Unis, d'après le répertoire des programmes de l'Association of American Medical Colleges de 1979-1980.
- v. La formation multidisciplinaire est devenue un concept à la mode. Toutefois, selon Kindig (1975), bien qu'on y ait consacré une grande variété d'activités interdisciplinaires didactiques et pratiques, on est loin de disposer d'un élément concret comme des principes éducatifs. Bassof (1983) est tout aussi sceptique. Cet auteur a fait remarquer que les études concrètes pouvant justifier la rentabilité de l'approche multidisciplinaire brillaient par leur absence. Selon l'auteur, il y a peu d'indications que le mouvement ait eu un effet de quelque importance sur l'enseignement des disciplines de la santé.

Par ailleurs, Shepard et coll. (1985) ont pu tirer de la documentation des idées pour l'organisation et la mise en application d'une formation multidisciplinaire efficace. Soulignons, entre autres, le rapprochement de disciplines différentes de manière à accroître l'interaction sociale, l'intégration de l'enseignement et de l'apprentissage des sciences fondamentales et l'accès des étudiants intéressés à des expériences cliniques interdisciplinaires. L'expérimentation et la recherche sont encore nécessaires dans ce domaine.

- vi. L'élargissement des soins de santé communautaires exigera probablement des prestataires possédant des compétences diversifiées. Mais comment devrait-on former des prestataires polyvalents ou comment devrait-on rendre polyvalents les prestataires actuels? Rudmann et coll. (1989) ont offert des modèles possibles tels que le regroupement d'au moins deux programmes en un seul, l'élaboration d'un nouveau programme offrant une formation unique pour des cadres particuliers de prestation de soins de santé ou permettant d'ajouter des compétences de base à des programmes monovalents existants. Les programmes de formation continue, les stages et la formation sur le tas constituent d'autres possibilités. Jusqu'ici, on a très peu parlé de cette question et de sujets connexes au Canada. L'enquête menée en Alberta par Billey (1994) a révélé que la formation non officielle, sur le tas, était utilisée surtout par les organismes et les organisations pour rendre leurs travailleurs polyvalents. Cette démarche peut s'avérer insuffisante si la demande de travailleurs polyvalents augmente.
- vii. Comme on l'a noté plus haut, les faits ne sont pas concluants en ce qui concerne l'efficacité de l'éducation sanitaire ou de l'éducation du patient. On peut dire la même chose des stratégies éducatives. Russell et Iljon-Foreman (1985) ont fait remarquer qu'aucune stratégie éducative n'avait montré systématiquement un avantage clair. Quoiqu'il y ait un intérêt croissant pour le transfert d'information, de connaissances et de compétences aux consommateurs de soins de santé, il n'existe pas de directives claires sur les techniques efficaces convenant à des problèmes ou à des patients particuliers. Bartlett (1980) a suggéré un certain nombre de facteurs pouvant expliquer l'inefficacité de l'éducation sanitaire, notamment l'hypothèse selon laquelle la connaissance seule entraîne des changements de comportement, ce qui n'a pas été prouvé, une confiance exagérée en une ou deux stratégies éducatives et des efforts dirigés uniquement vers le patient lorsque le comportement recherché ne dépend pas complètement de sa volonté. L'élaboration des stratégies et des programmes d'éducation en santé devront prendre ces facteurs en considération.

### **3.4 Modalité IV : Modèles de composition des effectifs et de rémunération des prestataires**

Bien qu'il existe de nombreux modèles de composition des effectifs dans les soins communautaires, notamment la pratique en solo, la pratique de groupe, le partenariat, la structure hiérarchique et l'équipe, le modèle qui a retenu l'attention de nombreux chercheurs et planificateurs est le modèle de l'équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire. En outre, en raison de la définition des soins communautaires adoptée pour la présente étude et de la méthodologie de la recherche bibliographique, la plupart des études choisies pour la revue mettent l'accent sur l'approche d'équipe multidisciplinaire. L'Organisation mondiale de la santé définit l'équipe de soins primaires comme «un groupe de personnes qui partagent un but commun en matière de santé et des objectifs communs déterminés par les besoins de la collectivité, auxquels contribuent les réalisations de chacun des membres de l'équipe, d'une manière coordonnée, selon ses compétences et ses habiletés et en respectant la fonction des autres» (cité par Abelson et Hutchison, 1994; p. 28).

Une grande partie de la documentation de recherche sur la rémunération porte sur les différences entre les modes de rémunération à l'acte et les autres modes de paiement en rapport avec l'utilisation des services, les résultats en matière de santé, les coûts et les conséquences sur le plan des politiques.

De nombreuses études décrivent la composition des effectifs dans des organisations ou des programmes de soins communautaires. Par exemple, la Reach Community Clinic de Vancouver est composée de cinq médecins à temps partiel, dont l'un est le coordonnateur médical, de deux infirmières cliniciennes, de deux infirmières auxiliaires agréées, d'un pharmacien, d'un nutritionniste et de trois réceptionnistes médicales (Sheps et Robertson, 1984). L'Extra-Mural Hospital au Nouveau-Brunswick a un mandat de service associant les soins à domicile traditionnels de faible intensité et de longue durée aux soins plus actifs ou soins hospitaliers à domicile (Ferguson, 1993). Ses services comprennent les soins actifs de courte durée, les soins actifs continus, les soins de soutien et les soins palliatifs. En 1993, ce service comptait 514 employés dont 422 participaient directement aux soins des patients. Les consultants comprennent des nutritionnistes cliniques, des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des inhalothérapeutes. Des travailleurs sociaux jouent également un rôle de plus en plus important au sein des équipes de prestation des soins. Bien que les médecins ne soient pas à l'emploi de l'Extra-Mural Hospital, chaque patient a un médecin traitant qui lui est assigné. Comme dans les hôpitaux classiques, les médecins doivent faire une demande au conseil de l'hôpital pour obtenir le privilège d'admission.

Reinke et Greenley (1986) ont examiné trois programmes communautaires de santé mentale utilisant différents types de personnel et d'organisation du personnel. Trois modèles de composition de personnel ont été déterminés : le «modèle axé sur le travailleur social», le «modèle axé sur le paraprofessionnel-travailleur d'extension» et le «modèle axé sur l'équipe». Une étude de 12 programmes communautaires de soutien à la clientèle en santé mentale de petites villes et de zones rurales du Wisconsin a révélé des variations considérables dans l'utilisation des prestataires paraprofessionnels. Les auteurs (Hollingsworth et coll., 1993) ont constaté que les paraprofessionnels étaient présents en diverses proportions allant de nulle à très élevée. En outre, le recours à des paraprofessionnels était beaucoup plus fréquent dans les programmes en milieu rural. Les auteurs définissaient les paraprofessionnels comme des travailleurs occupant un rôle de soutien comme conseillers sociaux et adjoints en psychiatrie.

Haig et coll. (1994) ont décrit le «Quick Program», un programme américain d'évaluation des patients externes et de planification du traitement de réadaptation de personnes souffrant d'incapacités diverses. L'évaluation et la planification du traitement ont été réalisées par des équipes communautaires réunissant plusieurs disciplines telles que la physiothérapie, l'ergothérapie, le service social, les soins infirmiers de réadaptation, la médecine physique, l'orthophonie, la réadaptation par les loisirs, la psychologie et la diététique. Il existe aussi des programmes communautaires de réadaptation au Canada. Sullivan et coll. (1993) ont décrit 17 programmes de réadaptation d'extension dans diverses provinces canadiennes. Certains de ces programmes consistaient en équipes de prestataires exerçant dans des établissements de réadaptation urbains et se déplaçant dans les collectivités rurales pour fournir des services. D'autres ne pratiquaient pas en établissement mais leur fonction essentielle était de coordonner la prestation de services spécialisés de réadaptation en région ou en milieu urbain. La composition de ces équipes reflétait l'éventail de disciplines présent dans les centres de réadaptation en milieu urbain, la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie étaient les disciplines les plus représentées. D'autres disciplines de la santé telles que la médecine, les soins infirmiers, l'orthopédique spécialisée, la science de l'orthèse, le service social et la psychologie étaient également représentées dans certains programmes.

En plus de ces études descriptives portant sur de petits nombres d'organismes ou de programmes, il existe plusieurs études fondées sur des enquêtes nationales ou à grande échelle et visant à déterminer la composition du personnel dans les organismes ou programmes de soins communautaires. Par exemple, la National Birth Centre Study menée par Rooks et coll. (1992) a examiné, entre 1985 et 1987, 82 centres de naissance situés dans 35 États des États-Unis. Les principaux prestataires de soins primaires dans ces centres étaient les infirmières sages-femmes agréées (70,2 pour cent), les obstétriciens (13 pour cent), les médecins de famille (4,8 pour cent), les obstétriciens et sages-femmes agréées (4,8 pour cent), les sages-femmes autorisées ou non autorisées (3,6 pour cent), les médecins autres que les obstétriciens et les médecins de famille (2,4 pour cent) et les sages-femmes agréées et les sages-femmes autorisées ou non autorisées (1,2 pour cent). Selon une autre enquête menée par la National Association of Community Health Centres (1994), le personnel des centres de santé pour travailleurs itinérants et des centres communautaires comprenait des médecins, des praticiens des échelons intermédiaires (c.-à-d. des infirmières cliniciennes, des infirmières sages-femmes et des assistants médecins) et des dentistes. En moyenne, ces centres employaient 5,8 médecins équivalents temps plein (ETP), 2,2 praticiens des échelons intermédiaires ETP et 1,1 dentiste ETP. Toutefois, le nombre et le type de prestataires variaient considérablement. Les centres urbains étaient plus susceptibles d'employer un vaste éventail de praticiens y compris des travailleurs sociaux, des éducateurs sanitaires et des travailleurs des services d'approche.

Des enquêtes nationales ou à vaste échelle ont également été réalisées au Canada. Dans une étude menée en 1988 sur 365 centres locaux de services communautaires canadiens, Robichaud et Quiviger (1991) ont constaté que ces centres avaient en moyenne 24,5 postes. Les centres offrant des services intégrés avaient généralement plus de personnel que ceux qui ne fournissaient que des services de santé ou sociaux. Les centres communautaires employaient différentes catégories de personnel. Ainsi, les 36 centres à mandat exclusif en santé employaient principalement des infirmières (40 pour cent), des médecins (8 pour cent) et d'autres prestataires (8 pour cent). Toutefois, il y avait en plus du personnel rémunéré des bénévoles qui fournissaient des services. Les centres communautaires de services sociaux (avec un rapport de 2,6/1) avaient plus recours aux bénévoles que les centres de services de santé (0,9/1) ou les centres de services intégrés (1,1/1). Selon Bozzini (1988), le nombre moyen d'employés des centres locaux de services communautaires du Québec (CLSC) était de 56, y compris les prestataires officiels et le personnel administratif, et allait de 25 pour les plus petits centres à 75 pour les plus grands. Le personnel comprenait des médecins, des infirmières, des nutritionnistes, des dentistes, des hygiénistes dentaires, des techniciens de laboratoire, des travailleurs sociaux, des psychologues et des aides domestiques.

### **3.4.1 Modèles de composition des effectifs et de rémunération des prestataires - Qualité des soins**

#### **3.4.1.1 Modèles de composition des effectifs - Qualité des soins (IV-D)**

Mises à part les études descriptives, une abondante documentation porte sur l'efficacité des équipes multidisciplinaires. Il faut noter par ailleurs que les essais comparatifs portant sur l'efficacité des praticiens des échelons intermédiaires (rapportés à la section 3.2.1) évaluent également d'une façon indirecte l'effet de l'utilisation d'équipes multidisciplinaires étant donné que la plupart de ces praticiens travaillent sous la direction de médecins ou en étroite collaboration avec eux. Une étude en particulier peut servir d'illustration à cet égard. Duttera et Harlan (1978) ont examiné 14 cabinets dispensant des soins primaires en milieu rural dans le sud-ouest des États-Unis. Les chercheurs ont

observé trois modèles de pratique regroupant des médecins et des assistants médecins : 1) l'assistant médecin voyait presque tous les patients d'abord, suivi du médecin; 2) le médecin et l'assistant médecin voyaient leurs patients de façon relativement indépendante, le médecin n'intervenant auprès des patients de l'assistant qu'à des fins de consultation; 3) les patients étaient sélectivement assignés à l'assistant médecin par le médecin. Les résultats ont révélé que bien appliqués, ces trois modèles assuraient des soins adéquats.

En Angleterre, Wood (1991) a examiné sept programmes de soins prénatals dans un cadre de soins primaires, soit des centres de santé, des cabinets de médecine générale ou des cliniques communautaires. Chaque programme faisait appel à une équipe multidisciplinaire comprenant par exemple des omnipraticiens, des sages-femmes en santé communautaire, des visiteurs d'hygiène, des travailleurs sociaux, des obstétriciens à temps partiel et des diététiciens. Dans chaque cas, on a comparé les grossesses de deux groupes de femmes, l'un recevant des soins communautaires intégrés et l'autre, des soins classiques ponctuels. Baldwin et coll. (1993) ont évalué un centre de soins multidisciplinaires à Seattle où on avait mis au point une approche multidisciplinaire visant à fournir des soins aux personnes âgées en espérant ainsi les maintenir à domicile. Les prestataires de services comprenaient des internistes, des assistants médecins, des infirmières spécialisées en soins à domicile, des psychiatres à temps partiel, des conseillers en santé mentale et du personnel de réadaptation, de podologie et de laboratoire. Comparativement aux patients du groupe témoin, les patients du groupe expérimental ont fait sensiblement plus de visites annuelles chez leur médecin de premier recours. Cependant, les visites au service des urgences et l'hospitalisation étaient plus fréquentes chez les patients du groupe témoin. Divers indices semblent indiquer que la qualité des soins et la satisfaction des sujets du groupe expérimental étaient égales ou supérieures. Les auteurs croient que les différences d'utilisation observées entre les deux groupes pourraient être en grande partie attribuables à la coordination plutôt qu'à l'accès à des services multidisciplinaires.

Vohlonen et coll. (1989) ont évalué le «programme de personnalisation des soins médicaux» en Finlande. Le but de ce vaste projet pilote, réalisé de 1983 à 1987, était d'obtenir les avantages cliniques et les facteurs incitatifs de rendement associés à l'inscription de patients sur une liste d'omnipraticiens particuliers, mais dans le cadre élargi d'un centre de soins primaires basé sur le travail d'équipe. En restructurant les principaux services médicaux de telle façon qu'un médecin particulier devienne le prestataire de tous les soins primaires pour un patient, les décideurs espéraient passer d'une approche ponctuelle à une approche plus holistique des soins. Trois groupes expérimentaux représentant trois modèles d'organisation distincts ont été comparés et la population ne participant pas au projet a servi de groupe témoin. Les résultats de cette étude comparative semblent indiquer que le programme a eu le plus de succès dans les postes sanitaires où la prestation des services était assurée par de petites équipes formées d'un omnipraticien, de deux infirmières et d'un travailleur social. Le passage d'une approche «chaîne de montage» à un modèle de fonctionnement en équipe a semblé avoir amélioré la qualité des soins primaires.

Cette courte revue peut être résumée par la conclusion à laquelle en sont arrivés Abelson et Hutchison (1994) qui ont analysé des études portant sur différentes formes d'organisation de la pratique, par exemple pratique en solo, en groupe ou en partenariat, centres de santé communautaire ou CLSC et HMO. Selon ces auteurs, «la revue de la documentation évaluant les modèles de prestation de soins primaires axés sur les médecins a révélé une diminution de l'utilisation des hôpitaux parmi les organisations de soins de santé à intégration verticale dotés d'une base solide en soins primaires. De plus, on a constaté que la pratique de groupe (comparativement à la pratique en solo ou le partenariat) était associée à des caractéristiques d'organisation susceptibles de faciliter la prestation de soins de qualité et adéquats» (p.15).

### **3.4.1.2 Modèles de rémunération - Qualité des soins (IV-D)**

Certains faits indiquent que les médecins oeuvrant dans des centres de santé communautaire fournissent de meilleurs soins aux patients. Battista et Spitzer (1983) ont examiné quatre groupes de médecins de soins primaires au Québec en ce qui a trait aux activités de prévention liées au cancer : les médecins rémunérés à l'acte en milieu rural, les médecins salariés des CLSC et les médecins recevant un paiement à la séance dans les centres d'enseignement de médecine familiale (CMF). Les résultats ont montré que les médecins des CLSC et des CMF se conformaient plus étroitement aux modèles de pratique préventive recommandés et pratiquaient la prévention dans une plus large catégorie de rencontres médecin-patient que les médecins rémunérés à l'acte. Dans une étude similaire, Renaud (1980) a tenté de déterminer si les médecins traitaient un problème médical d'une façon différente selon qu'ils exerçaient dans les CLSC ou des cabinets privés de groupe de la région de Montréal. Les résultats ont révélé que les médecins des CLSC donnaient des soins d'une qualité supérieure par rapport aux médecins des cliniques privées.

Ceci dit, ces deux études n'ont pu isoler la cause des différences observées entre les groupes de médecins. Les auteurs des deux études en ont suggéré quelques-unes, notamment les mécanismes de remboursement, le recours à des équipes multidisciplinaires, les facteurs d'autosélection attirant les médecins à un cadre de pratique plutôt qu'à un autre et enfin, les différences idéologiques entourant ces cadres de pratique. Il importe de souligner également que, pour le moment, le nombre d'études canadiennes est insuffisant pour permettre de tirer des conclusions définitives.

### **3.4.2 Modèles de rémunération - Optimisation des ressources (IV-C)**

Hastings et coll. (1973) ont comparé l'utilisation, sur une période d'une année, des services médicaux et hospitaliers par quelque 3300 travailleurs de l'acier et leur famille de Sault Ste. Marie qui souscrivaient à un régime prépayé d'une pratique de groupe (Sault Ste. Marie and District Group Health Association); d'autres sujets, membres de la même section locale du syndicat, ainsi que leur famille, ont reçu des soins de médecins en pratique indépendante. Alors que les médecins de la Group Health Association (GHA) étaient à salaire, les médecins en pratique indépendante recevaient des honoraires pour chaque acte accompli. Les couvertures assurées par ces deux régimes étaient presque identiques. Bien que l'étude n'ait pas examiné les coûts et les résultats de santé, certaines des constatations ont une incidence sur l'«optimisation des ressources». Ainsi, comparativement aux personnes qui ont été soignées par les médecins rémunérés à l'acte, les membres de la GHA ont passé 24 pour cent moins de temps à l'hôpital, ont subi moins d'interventions chirurgicales et étaient plus susceptibles d'avoir les vaccins et les examens de santé, d'avoir vu un médecin au moins une fois au cours de la période de 12 mois et de subir plus d'examen radiologiques et d'épreuves de laboratoire. Il y avait plus de chances que la GHA délègue des tâches particulières à des non-médecins. Par exemple, alors que presque tous les examens de la réfraction étaient effectués par des optométristes pour les membres de la GHA, près des deux tiers de ces examens étaient faits par des ophtalmologistes pour les sujets de l'autre groupe. Par contre, les omnipraticiens assuraient 38 pour cent des soins d'obstétrique en pratique indépendante comparativement à 15 pour cent chez les membres de la GHA. En outre, 22 pour cent des interventions chirurgicales étaient réalisées par des omnipraticiens pour les patients des médecins en pratique indépendante comparativement à moins de un pour cent pour les patients membres de la GHA.

En plus de mettre à l'épreuve l'approche en équipe, le «programme de personnalisation des soins médicaux» en Finlande (voir la section 3.4.1.1) avait pour but d'examiner les différences entre les médecins salariés et leurs homologues en cabinet privé. Les trois groupes expérimentaux représentaient différents modèles d'organisation et de remboursement. Dans le Modèle 1, les médecins travaillaient à salaire fixe dans des postes de santé publique. Le Modèle 2 comportait une nouvelle structure salariale à trois composantes : un montant de base pour la formation et l'expérience, un montant de capitation et un montant relatif au champ d'activité. Le Modèle 3 correspondait à la prestation de soins par des omnipraticiens en cabinet privé, dont les patients n'étaient pas tenus de payer une co-assurance. Les résultats du projet pilote ont montré que les médecins du secteur public produisaient au moins le même rendement global que les omnipraticiens en cabinet privé. Selon les auteurs (Vohlonen et coll., 1989), «les médecins du secteur public peuvent fournir une qualité aussi élevée et des soins aussi rentables que les médecins en cabinet privé une fois éliminés les obstacles créés par la lourdeur bureaucratique des structures administratives».

### **3.4.3 Modèles de composition des effectifs -Qualité de la vie professionnelle (IV-E)**

Il n'y a pas beaucoup de recherches sur l'effet de différents modèles de composition des effectifs sur la qualité de vie professionnelle des prestataires. Dans le cadre d'une étude effectuée par Spitzer et coll. (1973) sur un petit nombre de cabinets privés dispensant des soins primaires dans le sud de l'Ontario, les infirmières de 14 cabinets de médecine familiale ont fait une demande de formation pour devenir infirmières cliniciennes. Sept d'entre elles ont été choisies au hasard pour recevoir une formation, et les cabinets où elles travaillaient ont constitué le groupe expérimental tandis que les autres infirmières et cabinets ont formé le groupe témoin. Au cours de l'année suivante, d'importants changements sont survenus dans les rôles professionnels du groupe expérimental. Le médecin et l'infirmière clinicienne ont travaillé comme collègues et leur satisfaction professionnelle n'a pas diminué après l'adoption de ce nouveau modèle de pratique.

La rentabilité d'un programme hospitalier de soins à domicile de la Veterans Administration a été examinée à l'aide d'un plan d'étude randomisé. Le modèle analysé différait de plusieurs façons du modèle classique de soins à domicile. Premièrement, le médecin participait activement à la planification et à la mise en application du programme. Deuxièmement, les membres de l'équipe (surtout des infirmières et des travailleurs sociaux) prenaient également une part active aux soins hospitaliers, en facilitant la planification des congés et en surveillant le suivi des soins. Troisièmement, les soins offerts au groupe expérimental étaient plus complets et plus suivis. Au début, les prestataires du groupe expérimental ont manifesté un niveau de satisfaction professionnelle beaucoup moins élevé que les prestataires du groupe témoin. Toutefois, un mois et six mois après l'étude, la situation était renversée : les prestataires du groupe expérimental étaient sensiblement plus satisfaits (Cummings et coll., 1990).

### 3.4.4 Éléments d'orientation

- i. Bien que l'approche multidisciplinaire jouisse d'une approbation quasi universelle, particulièrement pour les soins de santé communautaires, réussir sa mise en application est plus facile à dire qu'à faire. Baldwin et Baldwin (1978) ont fait ressortir quelques-unes des difficultés, notamment la difficulté de rendre la multidisciplinarité transparente dans les soins primaires, le fait que l'autorité ne soit pas assignée à une discipline et le problème de chasse gardée et d'impératifs territoriaux dans les professions ou les disciplines.

Le plus grand problème de ces études est leur incapacité à isoler les effets de l'approche multidisciplinaire. Quoique la plupart des chercheurs croient que cette approche est souhaitable, il n'est pas facile de déterminer si les effets observés sont dus à la nature multidisciplinaire de l'équipe, à d'autres caractéristiques ou à une combinaison de facteurs dont le travail en équipe. De même, la manière dont l'approche multidisciplinaire produit les effets observés n'est pas élucidée. Cette approche n'est pas unique aux soins communautaires. On ignore si l'approche multidisciplinaire utilisée en salle d'opération ou en cabinet dentaire privé diffère de celle qu'on trouve en santé communautaire.

Cette incertitude est partagée par d'autres. Par exemple, Seacat (1977) déclare que «les centres de santé de quartier ont investi des efforts considérables dans l'élaboration de l'approche multidisciplinaire. Cependant, il existe peu de documentation à l'appui de l'efficacité de cette démarche en ce qui concerne les coûts et l'amélioration de la qualité des soins et de l'observance du traitement» (p. 158). Langsley et Barter (1983) expriment la même opinion en déclarant qu'«en dépit de la popularité du terme "équipe de santé mentale", il n'existe aucune définition reconnue de la composition de l'équipe ou du rôle de ses membres ni aucun modèle conceptuel clair de son fonctionnement. Ainsi, la fonction de l'équipe se plie au modèle de pratique d'une personne ou dégénère en lutte pour le territoire et l'autorité» (p. 731). Abelson et Hutchison (1994) sont un peu plus charitables. «Malgré l'appui général accordé dans plusieurs milieux aux approches multidisciplinaires et coopératives dans la prestation des soins primaires, déclarent-ils, les preuves que cette façon de faire produit des soins plus efficaces ou plus efficaces sont peu solides.» (p. 30)

- ii. Quelques études ont offert des suggestions sur la façon de rendre l'approche multidisciplinaire réalisable. Dans leur revue des réalisations du Quick Program (voir la section 3.4), Haig et coll. (1994) ont attribué le succès de cette approche à un certain nombre de facteurs. Par exemple, chaque membre de l'équipe reçoit de l'information sur le concept du travail d'équipe avant la mise sur pied du programme. En outre, une rencontre de communication réunissant tous les membres de l'équipe ainsi qu'une rencontre avec le patient et la famille assurent une démarche coordonnée. Selon Rubin et Beckhard (1972), pour assurer le bon fonctionnement de l'équipe, il est essentiel de donner l'occasion aux membres de considérer leurs buts, tâches, relations, normes de prise de décision et formations individuels. Ces auteurs font remarquer qu'il est naïf de réunir un groupe très diversifié d'individus et de s'attendre à ce qu'ils forment automatiquement une équipe. Ils indiquent également que certains membres de l'équipe devront acquérir des compétences telles que l'écoute et la coopération. L'importance de former des praticiens aux exigences du travail en équipe et l'insuffisance de la formation classique à cet égard ont également été soulignées par Wise (1972).

- iii.* Robyn et Hadley (1980), après analyse du paiement des prestataires des échelons intermédiaires aux États-Unis, ont soulevé quelques questions. Par exemple, le remboursement des services fournis par des prestataires d'échelons intermédiaires tels que les infirmières cliniciennes et les assistants médecins devrait-il être universel ou limité aux régions pauvres en services? Si les services des infirmières et des assistants médecins sont admissibles au remboursement, à quel tarif devraient-ils être payés? Un certain nombre d'approches à ces questions ont été suggérées, dont le remboursement complet, le remboursement partiel, le remboursement complet modifié et le remboursement basé sur le coût. Une autre série de questions concerne le remboursement direct par opposition au remboursement indirect. Le remboursement indirect est la pratique selon laquelle les prestataires des échelons intermédiaires reçoivent un paiement par l'entremise des médecins sous la direction desquels ou avec lesquels ils travaillent. Chacune de ces formules a des aspects positifs et des aspects négatifs. Les auteurs croient que la méthode la plus faisable d'employer des infirmières cliniciennes et des assistants médecins est peut-être par l'intermédiaire des établissements publics ou quasi-publics tels que les Area Health Education Centres, les centres de santé locaux ou les National Health Service Corps, des établissements capables d'utiliser efficacement ce type de prestataires et qui ont l'objectif explicite de servir les populations dont l'accès aux soins de santé est limité. Comme certaines provinces canadiennes ont commencé à faire appel aux infirmières cliniciennes et aux sages-femmes, ces questions de remboursement doivent être débattues car les recherches effectuées aux États-Unis montrent que des politiques de remboursements non appropriées nuisent souvent à une utilisation optimale des prestataires des échelons intermédiaires.
- iv.* Selon Bicknell et coll. (1974), le modèle de rémunération à l'acte ne favorise peut-être pas l'utilisation efficace et à grande échelle des assistants médecins et des infirmières cliniciennes aux États-Unis. Les prestataires des échelons intermédiaires peuvent remplir l'une de deux fonctions possibles : de concert avec les médecins, ils peuvent élargir le champ des soins offerts, prendre le temps de répondre aux besoins médicaux et psychosociaux de chaque patient, ou encore ils peuvent devenir de simples techniciens qui voient un éventail restreint de cas. Le remboursement selon la rémunération à l'acte encourage cette dernière possibilité et les prestataires des échelons intermédiaires peuvent sans le vouloir accentuer les aspects négatifs de ce système de rémunération. Ceci s'explique par le fait que la plupart des prestataires des échelons intermédiaires sont des salariés et qu'ils représentent un coût fixe pour leurs employeurs-médecins. Par conséquent, leur valeur financière est directement proportionnelle au nombre de consultations qu'ils peuvent donner.

### **3.5 Modalité V : Réglementation juridique des professions de la santé**

La documentation sur les ressources humaines conventionnelles en santé accorde peu d'attention à la réglementation professionnelle ou à la réglementation juridique des effectifs en santé, ce qui est étonnant car la réglementation professionnelle peut avoir des répercussions majeures sur les ressources humaines dans ce secteur et, indirectement, sur la prestation des services et les utilisateurs de services. Elle dicte qui peut accomplir tel type d'acte; elle établit les conditions d'admission à l'exercice de la profession; elle stipule souvent les conditions dans lesquelles les praticiens doivent remplir leurs fonctions; elle spécifie qui peut utiliser tel titre, etc. Tous ces pouvoirs influent,

directement ou indirectement, sur l'offre et la distribution des prestataires, le coût, l'accessibilité et la qualité des services et les relations entre les groupes professionnels.

La réglementation professionnelle opère rarement isolément, particulièrement dans les soins de santé, qui constituent l'un des secteurs les plus réglementés de l'économie. Comme Gaumer l'a observé (1984), la réglementation professionnelle va souvent de pair avec les exigences d'agrément, l'octroi de privilèges de pratique par les établissements, les évaluations par les pairs, les poursuites pour faute professionnelle, etc. ou est renforcée par ces mesures. Ensemble, ils créent un éventail de règlements complexes qui souvent se recoupent. Bien que ces mesures soient souvent justifiées par l'obligation de protéger la santé et la sécurité de la population, de nombreux auteurs (p. ex., le Conseil économique du Canada, 1981, Freidson, 1970, Gaumer, 1984, Gross, 1984, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1989, Muzondo et Pazderka, 1980, Olley, 1978, Ostry, 1978) ont noté les conséquences négatives d'une réglementation inadéquate ou excessive, notamment le monopole professionnel, les obstacles à l'admission et à la mobilité, la rigidité de la structure organisationnelle, l'utilisation inefficace des ressources humaines, les coûts plus élevés des services, les pénuries de personnel, l'absence d'obligation de rendre des comptes, la répression des innovations, etc. Dans son bilan de la réglementation professionnelle, le Conseil économique du Canada (1981) a conclu que «la réglementation professionnelle au Canada ne fonctionne pas aussi bien qu'elle le pourrait ou le devrait. Les faits que nous avons recueillis semblent indiquer qu'un certain nombre de limitations réglementaires imposent des coûts supérieurs aux avantages procurés» (p. 118). Considérant tous ces faits, il est important d'examiner comment la réglementation professionnelle pourrait constituer une aide ou un obstacle aux soins de santé communautaires.

La recherche bibliographique n'a trouvé que très peu d'études portant spécifiquement sur la relation entre la réglementation professionnelle et les soins de santé communautaires. Les auteurs ont tendance à traiter des effets de la réglementation professionnelle sur le système de santé dans son ensemble ou sur une profession particulière, peu importe si les prestataires officiels travaillent en établissement ou dans un cadre communautaire. De plus, peu d'études sur cette question sont de nature comparative. Donc, seul un petit nombre d'études répondent aux critères d'inclusion plutôt stricts de la présente revue. Toutefois, en raison de l'importance de la réglementation professionnelle, quelques études sur les services non institutionnels ont été retenues pour examen. Ont également été retenues d'autres études plus générales ayant soulevé d'importantes questions de principe pertinentes par rapport aux soins de santé communautaires.

### **3.5.1 Réglementation professionnelle - Équité (V-B)**

Quelques études ont analysé les variations considérables entre les États en ce qui concerne la disponibilité et l'utilisation d'infirmières cliniciennes, d'assistants médecins et de sages-femmes aux États-Unis. Il en ressort que les contraintes juridiques constituent un facteur déterminant majeur à cet égard. Ces contraintes comprennent entre autres la reconnaissance du statut juridique des praticiens, les conditions d'agrément, les exigences relatives à la supervision par un médecin, le fait que le lieu de pratique soit ou non défini par la loi et l'autorisation de prescrire certains médicaments. Weston (1980) a constaté que les États libéraux sur le plan juridique attiraient plus de prestataires des échelons intermédiaires. De même, Sekscenski et coll. (1994) ont découvert qu'il y avait de grands écarts entre les États dans les valeurs pratique-environnement et les rapports praticiens/habitants pour trois catégories de prestataires des échelons intermédiaires. Par exemple, pour les infirmières, les valeurs pratique-environnement s'échelonnaient de 100 en Oregon à 14 en

Ohio et en Illinois. Les États ayant des environnements de pratique restrictifs avaient moins de praticiens par tranche de 100 000 habitants. Inversement, les États jouissant d'environnements de pratique favorables avaient généralement un rapport praticiens/habitants plus élevé.

Une enquête nationale a été menée par Sullivan et coll. (1978) entre 1973 et 1976 sur les infirmières cliniciennes en soins primaires et leurs employeurs dans le but de déterminer les obstacles à l'emploi et à l'utilisation des infirmières cliniciennes aux États-Unis. Les restrictions juridiques étaient l'obstacle mentionné le plus souvent par les infirmières et leurs employeurs. Robyn et Hadley (1980) ont signalé les restrictions excessives à ce que pouvaient faire les infirmières et les assistants médecins comme un problème majeur. Par exemple, certains États ne reconnaissaient pas de statut juridique aux assistants médecins, ce qui contribuait à les exclure presque complètement. Dans d'autres États, le champ des tâches que le médecin pouvait déléguer était souvent si étroit ou si vaguement défini qu'il devenait très difficile d'engager un assistant médecin, et même risqué sur le plan des poursuites pour faute professionnelle. Dean (1973) a documenté les tentatives de certains groupes professionnels des États-Unis de limiter les attributions des assistants médecins, de crainte que les médecins ne leur délèguent des fonctions que ces groupes considéraient comme faisant partie de leur «territoire». Pour prévenir l'usurpation des rôles, certains groupes professionnels ont introduit dans leurs statuts respectifs des dispositions interdisant aux assistants médecins d'accomplir certaines fonctions. Les associations d'optométristes ont été très actives à cet égard. D'autres groupes ont suivi. Par exemple, cinq dispositions interdisent aux assistants médecins de pratiquer la pharmacie, six, l'hygiène dentaire et deux, la chiropraxie.

Les difficultés créées par une réglementation professionnelle rigide ne sont pas limitées aux prestataires des échelons intermédiaires. Elles constituent des obstacles également à l'introduction et à l'utilisation de travailleurs polyvalents. À ce sujet, Blayney et coll. (1989) ont suggéré que l'absence relative d'exigences rigides pour le permis d'exercice et la reconnaissance professionnelle dans les années 1950 ont encouragé l'usage de personnel polyvalent.

La réglementation professionnelle signifie invariablement l'établissement de critères, de formation ou autres, auxquels doivent satisfaire ceux qui demandent l'admission à la profession. L'une des tendances de la réglementation professionnelle, en particulier de l'autoréglementation, est la «surenchère des titres» ou l'augmentation progressive de la scolarité requise. Bien que ce soit souvent justifié par le besoin de prestataires mieux formés, il y a un prix à payer pour la hausse des exigences d'admission à l'exercice de la profession. L'une des conséquences est que les prestataires de soins hautement qualifiés ne pratiquent généralement pas à l'extérieur des grands centres urbains, ce qui entraîne une distribution inégale du personnel et des difficultés d'accès aux services pour les habitants des régions rurales. Une étude effectuée par Fowkes et coll. (1994), décrite plus en détail à la section 3.3.2, a analysé les effets de la conversion de la formation des infirmières cliniciennes d'un niveau de premier cycle à celui de maîtrise, en réponse aux nouvelles exigences établies par la National League for Nursing et l'American Nurses Association. Les auteurs ont constaté que les diplômées du programme de maîtrise étaient beaucoup moins susceptibles de travailler dans des régions pauvres en services que leurs homologues ayant un diplôme de premier cycle.

### 3.5.2 Réglementation professionnelle -Optimisation des ressources (V-C)

Shepard (1978) a réalisé une étude sur l'effet des pratiques d'octroi de permis par les commissions d'État sur les coûts des services dentaires. Une attention particulière a été accordée au refus de certaines commissions de reconnaître les permis octroyés dans d'autres états. On a comparé les frais moyens de 12 services dentaires d'États qui reconnaissaient les permis octroyés à l'extérieur et d'autres qui ne les reconnaissaient pas. Pour 11 des 12 services les plus courants, les frais se sont avérés plus élevés dans les États qui n'avaient pas d'accord de réciprocité. De plus, les dentistes de ces États avaient généralement un revenu net plus élevé. Cette étude a montré que lorsque les autorités de réglementation utilisaient des obstacles liés à la concurrence pour limiter l'admission de praticiens non résidents, les dentistes augmentaient systématiquement leurs honoraires pour accroître leur revenu. On a estimé que le prix des services dentaires et le revenu moyen des dentistes étaient de 12 à 15 pour cent plus élevés dans les États sans accord de réciprocité, après correction pour d'autres facteurs tels que le coût de vie.

Conrad et Emerson (1981) ont analysé les effets des actes dentaires sur les frais de services dentaires et le revenu des dentistes aux États-Unis. Trois types de dispositions relatives aux actes dentaires ont été examinés : les limites à la publicité et à la recherche de patients, les limites au champ de pratique et au nombre d'hygiénistes dentaires par dentiste et les restrictions quant à l'organisation et à la propriété des cabinets. Les résultats semblaient indiquer que les limites au nombre de cabinets par dentiste et l'absence d'accords réciproques sur l'octroi de permis étaient associées à des honoraires et à des revenus nets plus élevés des dentistes. Les limites au nombre d'hygiénistes dentaires par dentiste montraient une association positive avec les frais des services mais non avec le revenu. Par contre, les limites à la publicité étaient associées à un revenu plus élevé mais pas à des frais plus élevés. Il faut noter que ni l'étude de Shepard (1978) ni celle de Conrad et Emerson (1981) n'ont examiné la qualité des soins.

Begun (1979) a analysé l'effet de la professionnalisation de l'optométrie sur le prix et le contenu des services d'optométrie aux États-Unis. L'un des facteurs examinés par l'auteur était la «professionnalisation structurelle», un terme qui englobe les limites imposées par un État sur le type d'emploi, l'interdiction aux optométristes et aux opticiens d'annoncer leurs prix et les exigences d'éducation continue. Les résultats ont montré qu'il existait des différences de prix supérieures à 20 pour cent entre les optométristes venant d'États à professionnalisation structurelle faible et ceux qui exerçaient dans des États où ce phénomène était élevé.

Les effets de la réglementation professionnelle sur la pratique de l'optométrie ont fait l'objet d'autres études (Begun et Lippincott, 1980; Benham et Benham, 1975; Bond, 1983). Plus précisément, ces auteurs ont étudié les effets des interdictions de nature déontologique sur le coût et la qualité des soins d'optométrie et l'accessibilité à ces soins. Ces interdictions sont des limites imposées par les associations professionnelles ou l'État sur les pratiques commerciales telles que la publicité et la concurrence des prix. En règle générale, ces études et celle de Begun (1979) ont montré que les interdictions déontologiques et les efforts de professionnalisation avaient augmenté la complexité des services et les coûts de façon assez substantielle. On a constaté une augmentation des prix des services d'optométrie, même après correction pour tenir compte de la longueur et de la complexité accrues des examens. Ces prix plus élevés, à leur tour, ont entraîné une diminution de l'utilisation des services.

### 3.5.3 Réglementation professionnelle - Qualité des soins (V-D)

La relation entre la réglementation professionnelle et la qualité des soins est importante étant donné que le contrôle de la qualité et la protection du consommateur sont les justifications les plus souvent invoquées par les praticiens et les décideurs. Des auteurs ont soutenu que la réglementation professionnelle n'était pas garante de la qualité des services. Par exemple, Frech (1974) a déclaré qu'«il n'avait pas été clairement démontré que la réglementation de l'octroi de permis produisait vraiment une hausse de la qualité» (p. 121). Shephard (1978) a également remis en question l'affirmation selon laquelle les examens pour l'octroi de permis augmentaient la compétence des praticiens. Cependant, ces auteurs n'ont offert aucune preuve empirique à l'appui de leurs affirmations.

Dans une étude menée aux États-Unis, Bond et coll. (1983) ont examiné les effets de la publicité et des pratiques commerciales sur le prix et la qualité des services d'optométrie. Les données ont été recueillies en procédant à des achats réels de services d'examen des yeux et de lunettes dans des «villes restrictives» et des «villes non restrictives». Les premières sont des villes où les optométristes n'ont pas le droit d'annoncer leurs services dans les médias ou de travailler pour de grandes chaînes et les secondes, au contraire, des villes qui autorisent ces pratiques. Les résultats ont montré que les ordonnances des optométristes faisant de la publicité ou travaillant pour des chaînes n'étaient pas moins adéquates que celles des optométristes n'ayant pas recours à la publicité, tant dans les villes restrictives que dans les villes non restrictives. En outre, des lunettes appropriées étaient prescrites à la même fréquence dans les deux types de villes. À la lumière de ces résultats, les auteurs ont conclu que la publicité et les pratiques commerciales diminuaient les prix mais non la qualité des services d'optométrie.

### 3.5.4 Éléments d'orientation

- i. La Pew Health Professions Commission (1994b) a souligné le rôle important de la réglementation professionnelle dans la réforme des effectifs en santé. Tout en reconnaissant que l'octroi de permis réussit à éliminer les prestataires incompetents et les éléments indésirables, la Commission a soulevé un certain nombre de questions :

«Cependant, le système (de réglementation professionnelle) est surveillé de plus près quant à son efficacité à protéger la santé et le bien-être de la population. Les processus réglementaires sont inadéquats devant des questions complexes telles que les sphères de compétence professionnelle, la multiplication des nouvelles professions de la santé et l'évolution des modèles de prestation des soins. En outre, une revue de la documentation semble indiquer que l'octroi de permis entraîne des coûts plus élevés pour le consommateur et une diminution de l'accessibilité aux services de santé et de la flexibilité de gestion. On note également une faible corrélation entre cette mesure et la qualité des résultats.»  
(p. 10, parenthèses ajoutées)

Si le succès des soins de santé communautaires dépend en partie d'une utilisation plus rationnelle des ressources humaines en santé au moyen d'une délégation efficace des tâches et de la collaboration interdisciplinaire, l'expérience du Québec dans la réforme de la réglementation illustre le type de problèmes qu'une auto-réglementation professionnelle pourrait engendrer. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (1989),

«... la mission de l'Office des professions s'est avérée difficile à mettre en pratique. Environ 15 ans après la décision du législateur de rendre la délégation des actes obligatoire, seulement trois des sept corporations concernées avaient adopté des règlements à cet effet. Contrairement à ce qui avait été prévu, la délégation des actes a permis à certaines corporations délégentes d'élargir et de consolider leurs champs de pratique. Alors que ce mécanisme avait pour but d'assouplir la définition des champs de pratique exclusifs, elle a plutôt eu pour effet de maintenir la hiérarchie des professions et d'encourager les conflits de territoires et les conflits juridiques entre les professions. Par conséquent, la réglementation professionnelle s'est souvent révélée une contrainte dans l'organisation du travail, ainsi qu'un obstacle à la collaboration et au travail multidisciplinaire. De plus, elle a même parfois perturbé le climat de travail» (p. 69).

L'une des principales questions de politique consiste à déterminer le genre de réglementation professionnelle qui est compatible avec les objectifs des soins de santé communautaires.

- ii. Plusieurs solutions de remplacement ont été proposées pour améliorer la réglementation des professions de la santé, notamment les suivantes : le remplacement des commissions de réglementation séparées par une commission mixte responsable de la surveillance de toutes les professions, la création d'organismes réglementaires comprenant une proportion élevée de citoyens et de consommateurs pour représenter les intérêts du public, l'octroi de permis par les établissements, l'abolition de champs exclusifs de pratique pour les groupes professionnels, la réglementation des actes potentiellement dangereux plutôt que des professions, l'utilisation de l'autorisation et de l'agrément plutôt que l'attribution de permis, le remplacement des titres par la compétence comme critère d'évaluation de la qualification, l'établissement de la réglementation la moins restrictive compatible avec la protection de la santé et de la sécurité publiques (voir Castonguay, 1978; Cohen, 1980; DeVries, 1986; Conseil économique du Canada, 1981; Fulton, 1988; Gross, 1984, Pew Health Professions Commission, 1994b).
- iii. Comme Manga et Campbell (1994) l'ont souligné à juste titre, il ne suffit pas de simplement modifier la législation sur la réglementation professionnelle. Par exemple, alors que la *Loi sur les professions de la santé réglementées* de l'Ontario a fait un pas dans la bonne direction en remplaçant les champs exclusifs de pratique par des mesures de contrôle sur les actes et interventions potentiellement dangereux, elle n'assure pas une utilisation plus efficace des prestataires de soins de santé mais permet simplement aux groupes professionnels, qu'ils détiennent ou non un permis, d'accomplir légalement des tâches et des interventions qui ne sont pas désignés comme des actes contrôlés. Toutefois, si les employeurs et les consommateurs des services insistent pour engager ou consulter seulement des praticiens détenteurs de permis ou de titres ou les plus hautement qualifiés, même si les autres prestataires s'avèrent tout aussi efficaces, une utilisation plus rationnelle du personnel de santé a peu de chances de se concrétiser. C'est également un peu pour la même raison que le Conseil économique du Canada (1981) pense que, même si, en tant que réglementation, la reconnaissance professionnelle est moins restrictive que l'octroi de permis, les conséquences de cette pratique pourraient être presque aussi graves et aussi négatives si les employeurs étaient obligés d'embaucher les personnes qui détiennent le certificat approprié. Autrement dit, la réforme du système de réglementation professionnelle est une condition

nécessaire mais non suffisante si l'on veut utiliser les ressources humaines de façon plus efficiente.

- iv. La réglementation professionnelle a pour ultime justification d'assurer la qualité des soins. Cependant, comme de nombreuses études l'ont montré, les systèmes actuels d'attribution de permis et de réglementation n'ont pas éliminé les erreurs de jugement professionnel, les pratiques négligentes ni même la fraude et les abus (Gaumer, 1984; Pontell et coll., 1982; Rayack, 1983; Wilson et coll., 1986). Il est impératif de se demander si le système de réglementation professionnelle actuel peut garantir la qualité des soins. De plus, comme les systèmes actuels sont mis en place pour traiter surtout des questions survenant dans le système de santé et les approches de prestation des soins classiques, quels changements seraient nécessaires considérant l'évolution vers des soins communautaires? Fooks et coll. (1990) ont réalisé une enquête dans tout le Canada sur les activités d'assurance de la qualité de cinq professions de la santé autoréglementées (médecine dentaire, médecine, nursing, optométrie et pharmacie). Deux types d'activités, soit le programme des plaintes et le programme d'examen régulier, étaient très courantes. Ces deux programmes évaluent les soins fournis par des individus plutôt que par des équipes et l'accent est mis sur la compétence et la sécurité plutôt que sur les résultats. Selon les auteurs, il s'agit là d'une méthode axée sur les «éléments indésirables», qui a tendance à chercher les exécutants médiocres et à en faire la cible exclusive des mesures correctives. Ils défendent une approche complémentaire dont l'accent serait mis plutôt sur la compréhension et la révision continue de la prestation des soins de santé. L'approche proposée se concentre sur différents aspects des soins de santé, une plus vaste population et l'utilisation d'une base de connaissances différente pour déterminer ce qui est adéquat. Il vaut la peine de vérifier si cette approche plus large et plus axée sur les résultats serait plus appropriée aux soins de santé communautaires.

### **3.6 Modalité VI : Gestion des effectifs en santé**

La gestion des effectifs, telle qu'on l'entend dans le présent document, est un large concept recouvrant des sujets tels que le leadership, le style de gestion, les procédures et la structure administratives et l'utilisation du personnel. Le mode de gestion des travailleurs en santé a d'importantes répercussions sur les ressources humaines. Par exemple, l'utilisation du personnel pourrait influencer sur l'efficacité d'un programme ou de services et sur la qualité des soins. En particulier, la gestion du personnel peut influencer de plusieurs façons sur la qualité de vie professionnelle. En fait, il est possible que la gestion des effectifs agisse sur les résultats des services par l'entremise de cette dimension. Autrement dit, une gestion inadéquate pourrait avoir un effet négatif sur la qualité de vie professionnelle. Un climat de mécontentement et d'insatisfaction parmi les travailleurs peut provoquer un roulement élevé des employés qui, à son tour, peut causer une pénurie de personnel et une qualité de soins médiocre.

Les recherches bibliographiques n'ont pas relevé beaucoup d'études de la gestion des effectifs dans les soins de santé communautaires. La plupart d'entre elles traitent des questions relatives à la qualité de vie professionnelle, en particulier de la satisfaction ou de l'insatisfaction des prestataires de soins à domicile. Ce fait n'est pas étonnant étant donné que les soins à domicile constituent l'un des secteurs de soins de santé qui croît le plus rapidement en raison du vieillissement de la population et de l'évolution vers les soins en cadre communautaire.

### **3.6.1 Gestion des effectifs - Qualité de vie professionnelle (VI-E)**

Les résultats de la revue de la documentation en ce qui concerne les liens entre la gestion des effectifs et la qualité de vie au travail sont présentés séparément pour les prestataires officiels et les prestataires non officiels.

#### **3.6.1.1 Prestataires officiels**

Il est intéressant de noter qu'en dépit de l'augmentation du nombre de centres de santé communautaires au Canada et dans d'autres pays, il s'est fait relativement peu d'études sur des questions liées à la gestion des effectifs dans ces organisations. Une étude examine le roulement et la stabilité des médecins dans les centres de santé de quartier aux États-Unis. Bien qu'on n'y traite pas explicitement des questions de qualité de vie professionnelle, un taux de roulement élevé était perçu comme un symptôme d'insatisfaction des médecins à l'endroit des conditions de travail. À l'issue de l'examen de 1055 médecins de 40 centres, Tilson (1973) a constaté qu'il y avait deux caractéristiques administratives associées à la probabilité que des médecins demeurent dans un centre de santé de quartier pendant au moins 24 mois. Les médecins qui travaillaient plus qu'à mi-temps mais moins qu'à temps plein avaient un taux de roulement plus faible. En outre, une large participation des équipes de personnel para-médical à la prestation des services, d'une part, et des consommateurs aux questions de politique générale du centre, d'autre part, contribuaient également à garder les médecins. L'auteur n'a toutefois pas approfondi les causes de ces relations.

Il existe quelques études portant sur les conditions de travail et la qualité de vie professionnelle dans les soins à domicile. Cet intérêt de recherche relativement nouveau est un phénomène à souligner, la majeure partie des études menées jusqu'ici sur la satisfaction professionnelle ayant porté sur le personnel hospitalier (Juhl, 1993; Riordan, 1991; Shuster, 1992). Avec l'importance que prennent les soins de santé communautaires, on s'attend à ce qu'un nombre croissant de travailleurs en santé passent du secteur des hôpitaux et des centres d'hébergement à celui des soins communautaires et des soins à domicile. La transition d'un milieu familial à un nouvel environnement pourrait perturber certains prestataires. L'étude de Ceslowitz et Loreti (1991), déjà mentionnée à la section 3.3.1.3, portait sur les craintes des infirmières de soins à domicile dont l'expérience antérieure était uniquement en milieu hospitalier. Les auteurs, en plus de proposer un programme d'orientation complet pour les infirmières réorientant leur carrière vers les soins à domicile, recommandaient un soutien de supervision continu; l'une des mesures suggérées était d'informer les nouvelles infirmières de la façon dont les superviseurs et les professeurs voyaient leur processus d'ajustement initial.

Une autre étude (Beck-Friis et coll., 1991) souligne l'importance des commentaires de la part des superviseurs. Le personnel en entier, comprenant cinq médecins, neuf infirmières autorisées et 21 aides-infirmières, d'un programme de soins à domicile pour patients en phase terminale a participé à une étude sur le stress professionnel et la satisfaction au travail. Bien que la prestation de soins aux patients mourants puisse être stressante, la plupart des membres du personnel ont trouvé leur travail important et stimulant, il y a eu peu d'absences et le roulement a été faible. Les auteurs ont reconnu que les mesures de gestion positives constituaient le facteur contribuant à la satisfaction professionnelle. Ces mesures comprenaient des commentaires des superviseurs, la liberté pour les praticiens de donner les soins comme ils le jugeaient bon et la distribution équitable des tâches ennuyeuses parmi tous les membres de l'équipe.

La satisfaction professionnelle chez les infirmières de soins à domicile a fait l'objet de quelques études. On a découvert que les facteurs qui contribuaient à la qualité de vie professionnelle comprenaient l'indépendance et l'autonomie de pratique (Chubon, 1991; de Savorgnani et coll., 1993; Riordan, 1991), la flexibilité et la liberté de gérer son travail (Baldwin et Price, 1994; Chubon, 1991; de Savorgnani et coll., 1993), l'intérêt manifesté par l'organisme ou l'employeur à l'endroit du praticien (Hood et Smith, 1994), le respect, l'acceptation et le prestige accordés par les pairs et les autres praticiens (Baldwin et Price, 1994; Chubon, 1991; Riordan, 1991), le travail avec les clients (Baldwin et Price, 1994; de Savorgnani et coll., 1993; Shuster, 1992), le fait d'exercer une influence sur la vie de leurs clients (Baldwin et Price, 1994) et le rapport établi avec les clients et leur famille (Chubon, 1991). Par contre, les infirmières de soins à domicile sont généralement frustrées par les corvées administratives et de gestion qui ne sont pas directement liées aux soins des patients telles que les écritures, la documentation et la supervision des aides (Baldwin et Price, 1994; Shuster, 1992; Walcott-McQuigg et Ervin, 1992). Certaines se plaignent que la lourdeur de leur charge de travail ne leur permet pas de consacrer l'attention voulue à chaque cas (Baldwin et Price, 1994; Walcott-McQuigg et Ervin, 1992).

D'autres études ont porté sur la qualité de vie professionnelle des aides à domicile (c.-à-d. les aides pour soins à domicile, les travailleurs en soins à domicile, les aides familiales, les travailleurs en soins communautaires, les aides en soins personnels, les travailleurs assurant un soutien personnel, etc.). L'attention accordée à ces travailleurs sur le plan de la recherche est assez récente; elle est probablement due au fait que leur nombre est en rapide croissance et qu'on éprouve de sérieux problèmes de recrutement et de conservation de ce type de personnel. Selon Gilbert (1991), il y avait environ 300 000 aides à domicile aux États-Unis au début des années 1990 et leur taux de croissance annuel moyen dépasse 30 pour cent. Par ailleurs, leur taux de roulement global est estimé à environ 60 pour cent. Cet état de choses est probablement imputable aux salaires peu élevés, aux avantages sociaux minimes, à l'insécurité et aux chances d'avancement inexistantes qui caractérisent ces emplois. De plus, la plupart de ces travailleurs sont engagés à titre temporaire et reçoivent un minimum de formation et de supervision (Donovan, 1989).

Malgré ces conditions de travail décourageantes, beaucoup de travailleurs sont satisfaits et éprouvent un sentiment d'accomplissement personnel dans les soins à domicile (Roberts et Sarvela, 1989). Les aspects des soins à domicile qui contribuent à la satisfaction professionnelle comprennent l'autonomie et la possibilité de décider du rythme et des modalités du travail (Donovan, 1989), les horaires flexibles (Gilbert, 1991), la relation individualisée avec les clients (Chichin, 1992; Gilbert, 1991), la possibilité d'aider autrui (Gilbert, 1991; Roberts et Sarvela, 1989), la reconnaissance des clients (Roberts et Sarvela, 1989), la sollicitude et l'intérêt manifestés par les organismes (Hood et Smith, 1994; Smith et coll., 1994), le fait de voir les résultats concrets de leur travail (Donovan, 1989) et la conviction que leur travail est important pour le secteur des soins de santé (Donovan, 1989). Plusieurs chercheurs ont fait remarquer que certains de ces aspects positifs favorisaient la stabilité du personnel. Quant aux aspects négatifs des soins à domicile, ils comprenaient un salaire et des avantages sociaux peu élevés (Donovan, 1989; Roberts et Sarvela, 1989), l'absence de possibilités d'avancement (Donovan, 1989; Gilbert, 1991), les horaires instables (Gilbert, 1991) et le manque d'influence dans l'élaboration des plans de soins et les politiques des organismes (Donovan, 1989; Gilbert, 1991).

Feldman (1993) a signalé quatre projets pilotes visant à améliorer les conditions de travail des aides à domicile et à diminuer le roulement de personnel. L'évaluation a été effectuée à l'aide de groupes expérimentaux ou témoins, choisis au hasard dans des organismes de soins à domicile de Milwaukee, de New York, de San Diego et de Syracuse. Les interventions, qui différaient selon les

organismes, comprenaient une formation spécialisée pour intervenir auprès des cas difficiles, une semaine de 35 heures assurées, un régime d'assurance-maladie subventionné, un statut revalorisé (titres spéciaux, insignes), un soutien continu du responsable de la formation et une plus grande supervision. Dans les groupes expérimentaux, les interventions ont entraîné une diminution du roulement du personnel de 10 à 44 pour cent mais ont entraîné une augmentation du salaire horaire des travailleurs de 0,09 à 1,43 \$.

Les infirmières en santé communautaire travaillent elles aussi dans des cadres non institutionnels. Temple-Smith et coll. (1989) ont fait auprès d'infirmières en santé communautaire de Victoria en Australie une enquête sur les conditions de travail et la satisfaction professionnelle. Ces infirmières étaient chargées de la promotion de la santé et des soins primaires. Les sujets ont signalé un taux élevé de satisfaction. Les trois aspects de leur travail que les infirmières préféraient étaient le contact avec le patient, l'indépendance et les conditions de travail. Par contre, les aspects difficiles de leur tâche comprenaient la charge de travail excessive, la dotation en personnel insuffisante, le manque de soutien de la direction et de contact avec les autres travailleurs. Weber et coll. (1993) ont comparé les employés en soins infirmiers d'un hôpital et d'un organisme de santé communautaire à but non lucratif d'une ville de l'est de l'Ontario en ce qui a trait à la satisfaction professionnelle. Comparativement aux infirmières de l'hôpital, les infirmières de l'organisme de santé communautaire ont déclaré qu'elles avaient plus d'autonomie et plus de contrôle sur leur horaire de travail et qu'elles recevaient plus d'information sur leur travail. Elles étaient plus satisfaites de leur milieu de travail, de leurs collègues et de l'ensemble de leur emploi que leurs homologues en milieu hospitalier. En revanche, les infirmières de l'hôpital étaient plus satisfaites de leur salaire. Des résultats assez semblables à ceux-ci ont été obtenus dans une autre étude menée par Lucas et coll. (1988) auprès d'infirmières en santé publique de Caroline du Sud.

### **3.6.1.2 Prestataires non officiels**

La qualité de vie professionnelle est importante non seulement pour les prestataires de soins officiels mais également pour les prestataires non officiels étant donné qu'ils fournissent la plupart des soins à ceux qui ne peuvent s'occuper d'eux-mêmes. Beaucoup de prestataires non officiels ont besoin de soutien pour leur permettre de continuer à assurer leur tâche dans leur foyer ou dans la collectivité. L'enquête sur les prestataires non officiels, menée dans le cadre de la Long-Term Care Survey de 1982 aux États-Unis, a montré que le soignant non officiel typique d'un adulte âgé en perte d'autonomie était une femme mariée de 57 ans en mauvaise santé. Ces prestataires sont nombreux à subir un stress émotif et l'isolement social (Oktay et Volland, 1990). De même, une enquête menée sur un échantillon de commodité de 89 femmes francophones de Montréal qui étaient soignantes auprès d'hommes souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive a révélé que près de 40 pour cent d'entre elles avaient recours à des psychotropes. Le besoin constant de supervision exigée d'elles leur donnait le sentiment d'être prises au piège, ce qui pouvait influencer sur leur bien-être mental (Cossette et Lévesque, 1993).

Il existe de nombreux programmes de soutien pour les soignants, tels que des soins de relève, des programmes de soins de jour pour adultes, des services d'information et de counseling, des services de soutien à domicile, des groupes d'entraide pour les soignants et des programmes en milieu de travail. Cependant, bon nombre de ces programmes n'ont pas été évalués au moyen d'une méthodologie rigoureuse. Oktay et Volland (1990) ont décrit une étude dont le but était de déterminer l'efficacité d'un programme de soutien pour les prestataires non officiels. Une approche coordonnée a été assurée par une équipe d'infirmières et de travailleurs sociaux. On y offrait des services d'évaluation, de prise en charge, de counseling, de relève, d'éducation, de groupe de

soutien, de suivi médical ainsi qu'une aide sur appel. L'accent était mis sur l'appariement soignant-patient et non sur le patient avant tout. Une comparaison entre les paires soignant-patient du groupe expérimental et celles du groupe témoin a révélé que le programme n'avait obtenu qu'un succès partiel. Quoiqu'on ait observé une certaine diminution du stress chez les prestataires, celle-ci n'était pas énorme.

Drummond et coll. (1991) ont effectué un essai comparatif dans le sud de l'Ontario sur l'efficacité d'un programme de soutien pour les prestataires non officiels de soins auprès de personnes âgées atteintes de démence. Les prestataires du groupe témoin ont reçu une formation sur la démence et la prestation de soins. Pour les prestataires du groupe expérimental, un service de relève à domicile était prévu à raison d'un bloc hebdomadaire de quatre heures, et ils pouvaient en obtenir plus sur demande. Ces prestataires étaient aussi encouragés à assister aux séances mensuelles d'un groupe d'entraide. Dans le groupe témoin, on fournissait des soins infirmiers communautaires classiques mettant l'accent sur les soins au patient atteint de démence plutôt que sur le soignant. La qualité de vie des prestataires non officiels a augmenté dans le groupe expérimental mais elle a diminué dans le groupe témoin. À la fin de l'essai, on a noté une différence de 20 pour cent par rapport aux valeurs obtenues au début, au profit du groupe expérimental.

### **3.6.2 Gestion des effectifs - Optimisation des ressources (VI-C)**

On a trouvé peu d'études qui ont examiné comment la gestion du personnel pouvait contribuer à la rentabilité des soins de santé communautaires. Balinsky et LaPolla (1993) ont analysé la notion de soins regroupés. Les soins regroupés, un concept d'origine suédoise, consiste en l'utilisation d'équipes d'aides à domicile pour servir des groupes de clients. Le travail d'un prestataire est organisé en fonction de tâches particulières au sein d'une équipe (p. ex. faire les lits, cuisiner, donner le bain); le prestataire effectue ces tâches chez plusieurs clients plutôt que de passer une période de temps seul à seul avec un client. Lorsqu'on a mis en application un programme de soins regroupés et que le travail a été divisé en fonction des tâches plutôt qu'en fonction du temps, il y a eu une diminution de 20 à 35 pour cent des heures de service requises, ce qui a entraîné d'importantes économies de coûts. En réduisant le ratio travailleur-clients, l'approche des soins regroupés constitue aussi une solution au problème de pénurie de personnel dans le secteur des soins à domicile.

Il est bien établi qu'existe une relation entre satisfaction professionnelle et roulement du personnel et qu'un roulement excessif peut avoir un effet négatif sur le coût de la prestation des services, en raison des frais qu'entraînent le recrutement et la formation de nouveau personnel. En Illinois et en Ohio, de Savorgnani et coll. (1993) ont mené auprès d'infirmières autorisées travaillant à domicile une enquête portant sur la satisfaction professionnelle, le recrutement et la conservation du personnel. Les infirmières en soins à domicile ont été interrogées sur les facteurs qui, selon elles, étaient liés au recrutement et à la conservation. Les réponses ont fait ressortir l'autonomie, la diminution de la paperasserie, les relations professionnelles positives, l'évaluation et l'avancement professionnel. Le facteur le plus favorable à la satisfaction professionnelle et à la conservation du personnel était l'autonomie au travail. D'autres études citées dans la section 3.6.1.1 (même si elles ne traitent pas spécifiquement de l'«optimisation» des ressources) appuient indirectement la notion voulant que les bonnes pratiques de gestion contribuent à l'efficacité en améliorant le moral des travailleurs et en réduisant l'attrition.

Le stress, l'épuisement professionnel et l'attrition constituent généralement des problèmes de ressources humaines majeurs dans la prestation de soins de santé dans les collectivités éloignées et

isolées. Ces problèmes sont dus principalement à l'isolement, au manque de soutien de la part de collègues et, parfois, à une charge de travail excessive. Une étude de Morewood-Northrop (1994) traite du roulement du personnel chez les infirmières de santé communautaire dans les T.N.-O. Les infirmières jouent un rôle important dans le Nord du Canada parce qu'elles font partie du petit nombre de prestataires dans les petites collectivités isolées. Dans ces collectivités, le point d'entrée du patient dans le système de santé est l'infirmière de santé communautaire. Au moment du transfert des services de santé du gouvernement fédéral à celui des T.N.-O., le taux de roulement des infirmières sur une période de six mois était d'environ 70 pour cent. Une enquête sur le recrutement et la conservation a été effectuée en 1989 pour déterminer pourquoi ce taux était si élevé et la façon de le faire diminuer. Les trois recommandations prioritaires étaient l'introduction de programmes de formation sur place, le partage de poste et des résidences indépendantes pour les infirmières. Depuis l'application de ces trois mesures, le roulement du personnel infirmier a diminué de 30 pour cent. Toutefois, il faut noter qu'en l'absence de données et de groupe témoin, il n'est pas possible de déterminer si la baisse de roulement était attribuable à l'application des recommandations, à d'autres facteurs ou à une association de ces deux éléments.

### 3.6.3 Éléments d'orientation

- i. Un bon nombre des questions de principe soulevées par les auteurs portent sur l'amélioration de la qualité de vie professionnelle, en particulier chez les aides à domicile. Bien qu'ils constituent le plus gros segment du personnel des soins à domicile, cette catégorie de travailleurs est généralement associée à des problèmes réguliers de recrutement et de conservation du personnel, en grande partie dus aux conditions de travail défavorables. Étant donné la demande croissante pour les soins à domicile et la nécessité de limiter les coûts, des augmentations substantielles de salaire et la bonification des avantages sociaux et autres facteurs d'incitation ne sont peut-être pas réalisables. C'est pourquoi les chercheurs se sont penchés sur d'autres façons d'améliorer la satisfaction professionnelle des aides à domicile. Par exemple, l'établissement d'étapes de carrière a été recommandée par Gilbert (1991). Cet auteur a également suggéré d'avoir recours à une équipe ou à la prestation partagée afin de réduire l'isolement des prestataires tout en augmentant les possibilités d'encadrement. Puisque de nombreuses aides à domicile trouvent gratifiante la relation d'aide qu'ils ont avec leurs clients, Chichin (1992) a proposé que les organismes fournissent des occasions de soutenir ces relations. Dans la même veine, Roberts et Sarvela (1989) ont suggéré de faire subir des tests d'attitude aux employés éventuels afin d'aider la direction à trier les candidats selon leur attitude à l'égard des personnes âgées.

En ce qui concerne les infirmières, l'autre grand groupe de prestataires de soins à domicile, il semble qu'en plus d'un recyclage et d'une réorientation professionnels, elles aient besoin d'une aide au changement de carrière pour les encourager et faciliter le passage d'un travail en établissement à un travail en milieu communautaire ou à domicile. L'objectif de cette aide est de faire disparaître, ou du moins diminuer, l'appréhension des infirmières devant l'obligation de fonctionner en généraliste, de faire face à un éventail varié de problèmes de santé ou autres et de travailler de manière indépendante. D'après les résultats de la recherche, comme de nombreuses infirmières apprécient l'autonomie et la souplesse des soins communautaires et qu'elles n'aiment pas la paperasserie, les organismes doivent trouver des façons innovatrices de promouvoir la pratique autonome et les arrangements flexibles et de réduire les corvées administratives inutiles.

## 4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DES ÉLÉMENTS D'ORIENTATION

Le principaux résultats de cette revue de la documentation et les questions importantes qui ont été relevées sont résumées et synthétisées dans la conclusion qui suit.

### 4.1 Résumé des principaux résultats de recherche

- i.* Les initiatives personnelles en matière de santé et les soins non officiels sont des phénomènes répandus. À mesure que les technologies médicales deviennent plus perfectionnées et les consommateurs de soins de santé, plus informés, les personnes peuvent maintenant accomplir de nombreuses tâches relatives à la santé qui étaient autrefois la responsabilité exclusive des travailleurs officiels en établissement. Dans la plupart des études examinées, les initiatives personnelles et les soins non officiels se sont révélés utiles et efficaces pour une variété de problèmes de santé. D'autres études ont montré que, pourvu qu'ils reçoivent la formation, la supervision et la surveillance adéquates, les prestataires non officiels pouvaient assurer le counseling, l'éducation et la promotion de la santé, la réadaptation, les soins prolongés, etc. aussi efficacement que les prestataires officiels. Comme ce type de soins est en principe gratuit (du moins en ce qui concerne le gouvernement), ils sont rentables pourvu qu'ils n'aggravent ni ne prolongent les problèmes du malade. Bien que certaines des études soient de nature descriptive, il y a un bon nombre d'études quasi-comparatives et comparatives qui fournissent des preuves de l'efficacité des initiatives personnelles et des soins non officiels.

Cependant, ce serait une sur-généralisation de dire que les initiatives personnelles ou les soins non officiels sont efficaces. Il faut préciser ce que peut faire tel ou tel type de prestataire. Or, la plupart des études et des essais comparatifs dans ce domaine portent sur des problèmes de santé particuliers et des tâches particulières. On ne peut penser qu'un prestataire efficace dans un cas le sera dans d'autres types de tâches. Il est également important de préciser dans quelles circonstances les initiatives personnelles et les soins non officiels seront efficaces.

- ii.* Le recours à des prestataires issus du même milieu tant pour les soins officiels que non officiels s'est avéré un moyen de surmonter certains problèmes d'accessibilité aux services que rencontrent les minorités ethniques, linguistiques et culturelles et les habitants de collectivités éloignées et isolées. En ce sens, ces travailleurs apportent une solution à un problème très répandu dans le système de santé, soit l'inégale distribution des ressources, y compris les ressources humaines. Ils réussissent également à combler le fossé entre les minorités et le système de santé dominant. Cependant, la majorité des études sur ce sujet sont de nature descriptive et l'évaluation de l'efficacité est inexistante ou généralement peu rigoureuse. De nombreuses initiatives faisant appel à des prestataires issus du milieu semblent être des projets pilotes ou des projets de démonstration à trop petite échelle ou trop éphémères pour fournir des données systématiques ou pouvant être généralisées. Les programmes de RSC et d'auxiliaires en santé communautaire au Canada et en Alaska, d'un autre côté, sont plus anciens et mieux établis. Toutefois, bien que de nombreuses études

montrent que ces prestataires assurent des services importants et utiles et sont acceptés par leur clientèle, une évaluation rigoureuse et systématique de leur efficacité fait défaut.

- iii.* L'utilisation de prestataires d'échelon intermédiaire tels que les infirmières cliniciennes, les assistants médecins et les sages-femmes pour les soins primaires s'appuie sur des faits nombreux et solides. Maintes et maintes fois et dans plusieurs domaines, il a été démontré que les soins fournis par ces prestataires travaillant sous la supervision de médecins ou en collaboration avec eux, étaient sans danger et de haute qualité.
- iv.* Une grande partie de la recherche sur la rentabilité de la substitution des rôles porte sur les prestataires des échelons intermédiaires. Jusqu'ici, les résultats révèlent qu'il est rentable de faire appel à des prestataires d'échelon intermédiaire tels que les infirmières cliniciennes, les assistants médecins et les sages-femmes. Il faut noter toutefois qu'à l'exception de quelques études menées sur les infirmières au milieu des années 1970, la majorité de la recherche dans ce domaine a été réalisée dans des pays où le financement du système de santé et le mode de rémunération des prestataires sont parfois très différents de ceux qui ont cours au Canada. De plus, comme le poste d'assistant médecin n'existe pas ici et que le poste de sage-femme n'est reconnu officiellement que depuis très peu de temps, il faut être prudent lorsqu'on extrapole l'interprétation des résultats de recherche au contexte canadien.
- v.* La substitution des rôles n'est pas restreinte aux prestataires des échelons intermédiaires. Bien que le nombre de données et leur robustesse varient entre les groupes de professionnels, il est possible d'affirmer qu'un degré considérable de substitution est faisable et efficace lorsque cette mesure est appliquée de façon appropriée.
- vi.* La diversification des rôles sous la forme de compétences multiples gagne en popularité et la demande pour les praticiens compétents dans plus d'une discipline semble augmenter. Il semble que les économies potentielles soient l'une des principales raisons d'avoir recours à des travailleurs polyvalents. Toutefois, on ne trouve encore dans la documentation que peu de résultats empiriques montrant que ces travailleurs sont effectivement plus rentables que les prestataires classiques, particulièrement dans le domaine des soins communautaires. En plus, nous ne disposons pas d'une évaluation systématique et rigoureuse de la qualité des soins prodigués par ces prestataires polyvalents. Cette lacune pourrait être due au fait que la polyvalence est un concept assez nouveau et que trop peu de temps s'est écoulé pour que l'idée se soit cristallisée et qu'il y ait eu une évaluation.
- vii.* Les études portant sur l'effet de l'éducation sanitaire ou de l'éducation du patient sur les initiatives personnelles ne produisent pas des résultats cohérents. Certaines études montrent que l'éducation produit des initiatives personnelles plus poussées ou plus adéquates tandis que d'autres ne trouvent aucune relation entre l'éducation et les comportements de santé ou un état de santé positifs. Cette situation n'a rien d'étonnant étant donné que les efforts de recherche en ce domaine sont très diffus. Les objectifs de l'éducation des patients ou de l'éducation sanitaire varient grandement, allant d'un changement des attitudes à une modification des comportements, de l'éducation de jeunes enfants à celle de personnes âgées handicapées, de la distribution de brochures à une démarche formelle d'enseignement en classe. Il semble que les effets dépendent du modèle ou de la technique de formation utilisés, du contenu de la formation et de son destinataire. Dire que l'éducation du patient dans son ensemble est, ou n'est pas, efficace pour ce qui est de promouvoir des soins de santé de qualité supérieure constitue une sur-généralisation.

- viii. Il est logique que si les prestataires non officiels sont considérés comme parties intégrantes du continuum des ressources humaines en santé, ils doivent avoir la possibilité d'apprendre à donner les soins ou à améliorer leur capacité à le faire. Un bon nombre d'études et de projets pilotes ont montré que la formation pouvait motiver les personnes à devenir des prestataires non officiels ou aider ces derniers à améliorer la qualité de leur service. Mais en raison des divergences d'objectifs, du large éventail de démarches formatives et de la diversité des prestataires, il est naturellement difficile de produire un ensemble de données de recherche qui soit systématique et cohérent sur ce sujet.
- ix. En ce qui concerne la formation des prestataires officiels, ce projet a porté essentiellement sur la préparation ou la réorientation des prestataires officiels au travail en santé communautaire. Les mesures en ce sens comprennent la révision des programmes d'études, l'installation de classes et de sites de stage en milieu communautaire plutôt qu'en établissement, les possibilités d'apprendre dans un cadre multidisciplinaire et l'aide pour faire face au passage d'un travail en établissement à un travail dans les organismes communautaires. En règle générale, les résultats sont positifs bien qu'il y ait peu d'études comparatives solides et à grande échelle.
- x. Bien qu'il existe plusieurs modèles de composition des effectifs dans les soins communautaires, celui qui a reçu le plus d'attention est l'approche multidisciplinaire. Il existe de nombreuses preuves expérimentales que cette approche est réalisable et capable de fournir des soins de qualité dans un cadre communautaire. En plus d'études portant spécialement sur l'approche multidisciplinaire, la recherche sur l'efficacité des prestataires d'échelon intermédiaire apporte un soutien indirect à cette façon de procéder étant donné que ces prestataires travaillent en équipe avec les médecins et parfois avec d'autres praticiens. Le problème dans ce domaine de recherche se situe au niveau du concept global de l'équipe. L'approche multidisciplinaire n'est pas exclusive aux soins de santé communautaires. Il n'est pas clair en quoi une équipe oeuvrant dans un centre de santé mentale communautaire diffère d'une équipe en salle d'opération ou dans un cabinet de dentiste. La recherche ne révèle pas non plus ce qui fait qu'une équipe fonctionne. Est-ce parce qu'elle est multidisciplinaire? Est-ce en raison de la dynamique du groupe? À moins qu'on puisse déterminer les facteurs qui contribuent au succès d'une équipe multidisciplinaire, l'expression comme telle n'a aucun sens car, dans le contexte actuel des soins de santé, l'exercice d'une profession en solo (au sens strict du terme) n'existe pas.
- xi. Certains faits indiquent que les soins assurés par les médecins des centres de santé communautaire sont aussi bons, sinon meilleurs, que les soins fournis par les médecins rémunérés à l'acte. Cependant, en raison du petit nombre d'études examinées et de l'impossibilité pour les chercheurs d'éliminer d'autres hypothèses possibles, telles que l'auto-sélection des médecins travaillant en centres de santé communautaire, on doit pour l'instant considérer avec circonspection les conclusions de ces études.
- xii. Bien qu'une faible partie de la recherche sur la réglementation professionnelle soit liée directement à la santé communautaire, les répercussions de ces mesures ne doivent pas être négligées. Si l'une des caractéristiques de la santé communautaire est une utilisation plus innovatrice ou plus souple des ressources humaines, les études indiquent que cette évolution sera difficile à moins que des changements majeurs soient apportés dans le système de réglementation professionnelle. En effet, plusieurs études ont révélé qu'une réglementation favorisant un champ de pratique exclusif ou encourageant les chasses gardées inhibait

l'utilisation des prestataires des échelons intermédiaires. Ceci pourrait être le cas également pour les autres formes de substitution de rôles, pour l'élargissement des rôles et pour l'utilisation de travailleurs polyvalents. En outre, certains faits indiquent que lorsque les professions peuvent établir des critères restrictifs d'admission à la pratique et d'autres conditions analogues, le coût des services a tendance à augmenter et l'utilisation, à décroître. De plus, une réglementation excessive ou inadéquate des professions a tendance à favoriser une répartition inégale des effectifs de santé, à entraver la mobilité professionnelle et géographique des travailleurs, à accentuer la hiérarchie professionnelle et à créer des problèmes de gestion et de relations de travail. Tous ces facteurs ont des répercussions majeures sur les soins de santé communautaires.

- xiii.* En ce qui a trait à la gestion du personnel, un résultat particulièrement important pour la santé communautaire concerne les caractéristiques du cadre communautaire qui sont propices à une qualité de vie professionnelle élevée. Un grand nombre d'études ont révélé que les praticiens travaillant dans les soins à domicile et en santé communautaire aimaient leur travail même s'ils étaient en général moins payés que les prestataires en milieu hospitalier, et qu'ils considéraient l'autonomie, la flexibilité, la liberté de gérer leur travail et les contacts directs avec les clients comme les aspects les plus gratifiants de leur emploi.

Les résultats de la recherche ont également mis en évidence la possibilité de conflits entre les prestataires et les groupes professionnels, en raison de la substitution des rôles, de la redéfinition des rôles et de l'utilisation de nouveaux types de prestataires dans les soins de santé communautaires. La façon dont ce problème sera géré aura des effets sur la qualité de vie au travail, la productivité et le succès d'une approche réellement interdisciplinaire. Bien que plusieurs stratégies aient été proposées, aucune n'a encore été mise à l'essai.

## **4.2 Principaux éléments d'orientation**

Quatre éléments d'orientation ont été relevés et quelques orientations générales sont proposées. Bien qu'il existe de nombreuses données empiriques à l'appui de ces orientations générales, il faudrait accorder la priorité à l'élaboration d'autres politiques entourant ces quatre éléments. Les autres questions soulevées par divers auteurs ont été mentionnées dans les sections précédentes.

### ***i.* Continuum des ressources humaines en santé**

Les ressources humaines en santé doivent être repensées si on veut que les soins de santé communautaires deviennent efficaces, holistiques et axés sur le client. L'optique traditionnelle des ressources humaines en santé qui met l'accent presque uniquement sur les prestataires officiels possédant une formation scolaire poussée doit être remplacée par une optique qui considère les ressources humaines comme un continuum, englobant aussi bien les personnes qui prennent elles-mêmes soin de leur santé que les spécialistes hautement qualifiés, les personnes qui prennent soin de leurs proches malades ou invalides que les travailleurs du milieu qui reçoivent leur formation sur le tas.

La question n'est pas de savoir si les initiatives personnelles et les prestataires non officiels font ou non partie du continuum. Il existe une abondance de données montrant qu'ils jouent un rôle important de soutien dans certains domaines et dans certaines circonstances. Sans eux, le système de santé officiel s'écroulerait faute de ressources suffisantes pour répondre

aux besoins et aux demandes de tous les citoyens. Il s'agit plutôt de savoir comment intégrer les initiatives personnelles, les soins non officiels et les soins officiels et faire en sorte qu'ils se complètent. Une autre question se rattache à celle qui précède, à savoir comment peut-on appuyer les personnes qui se soignent elles-mêmes et les prestataires de soins non officiels? Jusqu'ici, ces deux catégories n'ont reçu qu'un appui verbal de la part des décideurs. Toutefois, comme Robinson (1980) l'a fait remarquer avec finesse, «l'entraide toutefois est mal perçue si on la considère comme une solution de deuxième catégorie pour “comblar les lacunes” auprès des personnes qui son privées de “vrais” services. En fait, ce sont les services professionnels qui devraient être considérés comme des solutions intérimaires, lorsque l'entraide fondamentale requiert une aide technique, organisationnelle ou experte particulière». (p. 420).

Un cadre d'action de la main-d'oeuvre pour appuyer les soins communautaires ne sera pas efficace à moins que soit pris en considération l'ensemble du continuum des ressources humaines en santé. Comme dans le domaine de la santé l'intérêt se porte sur la promotion de la santé, la prévention, la réadaptation, le maintien de la santé, les soins prolongés et le bien-être psychosocial, le rôle des initiatives personnelles et des prestataires non officiels deviendra particulièrement important parce que leur utilité a été démontrée dans plusieurs de ces domaines. Le concept du continuum des ressources humaines est également compatible avec celui de la continuité des soins.

Un cadre intégré de politique et de planification des ressources humaines en santé qui tienne compte de tout le continuum n'existe pas. L'élaboration d'un tel cadre doit recevoir la plus haute priorité en santé communautaire.

## *ii.* **Substitution des ressources humaines**

Par rapport à beaucoup d'autres pays, le Canada vient loin derrière en ce qui concerne l'utilisation de la substitution des rôles en tant qu'outil politique dans la réforme des soins de santé. L'utilisation d'infirmières cliniciennes au Canada est relativement rare sauf dans les collectivités isolées et dans le Grand Nord. La profession de sage-femme n'a été reconnue officiellement que tout récemment, et dans quelques provinces seulement. En fait, c'est la «substitution inverse» qui est souvent pratiquée au Canada. Des praticiens hautement qualifiés ou très formés prennent à leur charge des fonctions adéquatement remplies par des prestataires de plus bas échelon. Le remplacement progressif des aides-infirmières autorisées ou agréées par des infirmières autorisées dans beaucoup d'hôpitaux, la disparition du Dentacare Program en Saskatchewan qui reposait en grande partie sur des infirmières en soins dentaires et la prise en charge croissante de grossesses sans complications par des obstétriciens plutôt que par des omnipraticiens n'en constituent que quelques exemples. L'argument habituel pour défendre ce mouvement est que seules les personnes ayant reçu une formation plus poussée peuvent fournir des soins adéquats. Cette revue a montré que, dans plusieurs cas, ce n'était pas nécessairement vrai.

La plupart des études empiriques sur la substitution des rôles se rattachent aux prestataires des échelons intermédiaires. En ce qui concerne les autres domaines ou disciplines, les études sont moins systématiques et moins abondantes. Bien qu'il faille encourager la recherche et l'évaluation, ce n'est pas parce que les données empiriques sont relativement rares qu'il faudrait pour autant empêcher l'expérimentation de façons plus innovatrices de déployer les ressources humaines en santé. Le fait de ne pas recourir à la substitution des

ressources humaines pourrait se traduire par des coûts plus élevés pour le système de santé, le système d'éducation, les consommateurs de services et la société dans son ensemble. Cela entraînerait aussi une diminution de la mobilité professionnelle pour les travailleurs de la santé, un manque croissant de flexibilité dans le personnel et des pénuries de personnel, particulièrement en milieu rural ou en régions éloignées.

La substitution des ressources humaines est un moyen d'action qui peut servir à atteindre certains buts de la santé communautaire comme l'augmentation de la rentabilité, l'accessibilité des services et la répartition équitable des ressources. Mais il est important de s'assurer que l'objectif recherché n'est pas seulement d'épargner de l'argent. La substitution est utilisée parce qu'on a démontré que la même fonction peut être remplie avec autant de compétence par un prestataire de formation moindre. Si en plus on peut faire des économies, il n'y a pas de mal à faire d'une pierre deux coups.

### *iii.* **Réglementation des professions de la santé**

La réforme du système actuel de réglementation professionnelle constitue une condition sine qua non pour la conception et l'application d'une politique de ressources humaines qui assurerait des soins de santé efficaces et rentables. Ce point est particulièrement important parce que la réglementation des professions de la santé est habituellement tenue pour acquise et est rarement perçue comme un moyen d'action important pour la réforme du système de santé. Comme l'a montré cette revue, de nombreux faits indiquent qu'une réglementation professionnelle inappropriée pourrait entraîner une augmentation des coûts et des pénuries ou une mauvaise distribution des effectifs.

À moins de changements de la réglementation, il serait difficile, quoique non complètement impossible, d'appliquer la substitution des rôles ou d'utiliser des travailleurs polyvalents. Ce n'est peut-être pas une coïncidence que la pratique des sages-femmes a été officiellement reconnue en Ontario après l'introduction de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* qui remplaçait les champs exclusifs de pratique par des actes contrôlés. Si les soins de santé communautaires impliquent une meilleure réponse aux besoins des consommateurs, il est nécessaire d'avoir une main-d'oeuvre plus flexible et, par conséquent, un système de réglementation professionnelle qui permet l'expérimentation et des approches innovatrices sur le plan de l'utilisation, du développement et de la gestion des ressources humaines.

Cependant, on doit noter que la réglementation professionnelle ne constitue qu'un aspect d'un système réglementaire complexe qui englobe, entre autres, les exigences visant l'agrément, les lignes directrices gouvernementales pour les politiques et les programmes et les dispositions de l'assurance contre les fautes professionnelles. Il serait futile de modifier la réglementation sans améliorer en même temps les autres aspects de ce mécanisme complexe de réglementation. De plus, il est important de souligner que la réforme du système de réglementation professionnelle ne signifie pas qu'il faille se défaire des normes et des garanties acquises. Le défi consistera à trouver des solutions de rechange au système actuel, qui favoriseront la flexibilité, l'utilisation appropriée des ressources humaines, le choix des consommateurs et l'assurance de la qualité.

#### iv. **Gestion et perfectionnement des effectifs en santé**

L'efficacité des praticiens fournissant des soins de santé communautaires et la qualité de leur vie professionnelle pourraient être améliorées par diverses mesures de formation et de gestion. De même, l'organisation, l'utilisation et la rémunération des prestataires pourraient influencer sur la qualité et la rentabilité de leurs services. Cependant, il n'existe pas de formule magique ni de solution unique à ce problème. Les études examinées montrent que certaines mesures sont efficaces dans un programme, un centre de services de santé ou une collectivité, mais pas nécessairement dans d'autres. Comme les soins de santé communautaires englobent une large variété de services et de modèles, on doit essayer différentes approches et utiliser l'expérience obtenue dans d'autres programmes et régions comme guide et source d'inspiration. Une approche empirique et des améliorations progressives semblent être une façon prudente de mettre en place des modèles de formation et des pratiques de gestion appropriés, en attendant du moins que des approches et des modèles plus définitifs soient établis.

### **4.3 Conclusion**

Si les objectifs des soins de santé communautaires sont de fournir des services accessibles et de qualité, de rentabiliser la prestation des services et de forger des liens efficaces avec la communauté, il devient alors essentiel d'accorder une attention particulière aux diverses questions se rattachant aux effectifs en santé. Le système de soins de santé communautaires au Canada est encore en pleine évolution et ses caractéristiques fondamentales dépendront dans une large mesure de la façon dont il mobilisera et gèrera les ressources humaines, qui sont son principal atout. Les ressources humaines sont le moyen par lequel le système peut contribuer à améliorer la santé de l'individu et de la population.

En élaborant un concept de développement coordonné des ressources humaines en santé, l'Organisation mondiale de la santé (1990) a repéré divers problèmes relatifs aux politiques et aux pratiques concernant les ressources humaines en santé ainsi qu'à la planification de ces ressources.

«Au cours des années 1969 et 1970, les politiques et la planification liées aux ressources humaines étaient en général trop soumises à des objectifs quantitatifs au détriment d'aspects qualitatifs tels que le niveau de compétence, l'assignation des tâches, les conditions d'emploi, la motivation et les capacités de gestion. Les réalités de l'économie, de la distribution et de la politique étaient souvent négligées ou réduites à tel point que les objectifs étaient manifestement irréalistes. Les caractéristiques du personnel ressemblaient généralement à un sablier, avec un nombre élevé de professionnels de haut niveau au sommet et de personnel de soutien à formation limitée au bas, tandis qu'il y avait relativement peu de travailleurs ayant des compétences intermédiaires techniques ou en soins infirmiers. Beaucoup de participants au processus de développement des ressources humaines ont eu tendance à conserver leur engagement à l'endroit des formes conventionnelles de prestation de services et de formation professionnelle. On a accordé une importance excessive à la formation en milieu hospitalier, à la haute technologie et aux services curatifs de même qu'aux méthodes d'enseignement didactiques et on adopté trop lentement les méthodes plus efficaces axées sur l'étudiant et sur le milieu communautaire. La formation des différentes catégories professionnelles était compartimentée même si ces groupes étaient censés travailler en équipe. C'était presque

comme si le système de santé et le système de ressources humaines, malgré leur apparente interdépendance, étaient immuablement indépendants l'un de l'autre, chaque secteur étant libre de se développer selon ses propres traditions et priorités.» (p. 14-15)

Il s'agit là d'une condamnation sévère. Malheureusement, bon nombre des problèmes cités par l'Organisation mondiale de la santé sont également présents au Canada. Pour pouvoir régler ou éviter ces problèmes, il faut réexaminer des questions aussi déterminantes que la production, le perfectionnement continu, l'utilisation, la réglementation, la gestion et le financement des ressources humaines. Il va même falloir réfléchir de nouveau à la question la plus fondamentale : En quoi consistent les ressources humaines? La reconnaissance et l'expansion croissantes des soins de santé communautaires offrent l'occasion non seulement de fournir les soins de façon différente, mais également de repenser sous un éclairage différent les questions liées aux ressources humaines.

# BIBLIOGRAPHIE

- Abelson, Julia et B. Hutchison, 1994. *Primary Health Care Delivery Models: What Can Ontario Learn From Other Jurisdictions? A Review of the Literature*. Hamilton: Center for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Abramowitz, Joseph et Lawrence E. Berg, 1973. A four-year study of the utilization of dental assistants with expanded functions. *Journal of the American Dental Association* vol. 87, p. 623-635.
- Adebayo, Akin Bob, 1995. Characteristics, employment status, and scope of duties of community health representatives: a survey of graduates. *Revue canadienne de santé publique* vol. 86, p. 16-19.
- Agency for Health Care Policy and Research, 1993. *Primary Care and Health Reform*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Angus, Douglas E., 1991. *Compte rendu des commissions d'enquête et d'étude significatives en soins de santé au Canada depuis 1983-1984*. Ottawa : Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des hôpitaux du Canada.
- Baines, Elizabeth, 1984. Caregiver stress in the older adult. *Journal of Community Health Nursing* vol. 1, p. 257-263.
- Baldwin, Donna R. et S.A. Price, 1994. Work excitement: the energizer for home healthcare nursing. *Journal of Nursing Administration*, vol. 24, p. 37-42.
- Baldwin, Laura-Mae et coll., 1993. The effect of coordinated, multidisciplinary ambulatory care on service use, charges, quality of care and patient satisfaction in the elderly. *Journal of Community Health* vol. 18, p. 95-108.
- Balinsky, Warren et J.F. LaPolla, 1993. The New York City shared aide program (cluster care): a model for the future. *Home Health Care Services Quarterly* vol. 14, p. 41-54.
- Baldwin, DeWitt C., Jr. et M.A. Baldwin, 1978. Interdisciplinary education and health team training: a model for learning and service. Dans A.D. Hunt et L.E. Weeks (éd.), *Medical Education since 1960: Marching to a Different Drummer*. East Lansing, Michigan: Michigan State University Foundation.
- Balzer, Jay A. et coll., 1980. Providing preventive dental care in the community using the team approach: A comparison of five training programs. *Journal of Dental Education* vol. 44, p. 322-327.
- Bamberg, Richard et Keith D. Blayney, 1984. Multicompetent allied health professionals: current approaches and suggestions for baccalaureate level programs. *Journal of Allied Health* vol. 14, p. 299-305.
- Barofsky, Ivan, 1978. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. *Social Science and Medicine* vol. 12, p. 369-376.

- Barr, Judith K. et coll., 1992. Supporting the elderly: workplace programs for employed caregivers. *The Milbank Quarterly* vol. 70, p. 509-533.
- Bartlett, Edward E. et coll., 1980. The contribution of consumer health education to primary care practice: A review. *Medical Care* vol. 18, p. 862-871.
- Bassoff, Betty Z., 1983. Interdisciplinary education as a facet of health care policy: the impact of attitudinal research. *Journal of Allied Health* vol. 12, p. 280-286.
- Batchelor, G.M. et coll., 1975. Nurse practitioners in primary care. IV. Impact of an Interdisciplinary team on Attitudes of a Rural Population. *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 112, p. 1415-1420.
- Battista, Renaldo N. et W.O. Spitzer, 1983. Adult cancer prevention in primary care: Contrasts among primary care practice settings in Quebec. *American Journal of Public Health* vol. 73, p. 1040-1041.
- Baumgarten, Mona et coll., 1992. The psychosocial and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of Clinical Epidemiology* vol. 45, p. 61-70.
- Beachey, Will, 1988. Multicompetent health professional: needs, combinations and curriculum development. *Journal of Allied Health* vol. 17, p. 319-329.
- Beck-Friis, Barbro et coll., 1991. Work stress and job satisfaction in hospital-based home care. *Journal of Palliative Care* vol. 7, p. 15-21.
- Begley, Charles E. et coll., 1989. A cost-effectiveness evaluation of primary health care projects for the poor. *Evaluation and the Health Professions* vol. 12, p. 437-452.
- Begun, James W., 1979. The consequence of professionalization for health services delivery: evidence from optometry. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 20, p. 376-386.
- Begun, James W. et R.C. Lippincott, 1980. The politics of professional control: the case of optometry. *Research in the Sociology of Health Care* vol. 1L, p. 55-103.
- Benham, Lee et A. Benham, 1975. Regulating through the professions: a perspective on information control. *Journal of Law and Economics* vol. 18, p. 421-447.
- Bentley, J., Marvin et coll., 1984. Achieving health outcomes through professional dental care: comparing the cost of dental treatment for children in three practice modes. *Health Services Research*, vol. 19, p. 181-196.
- Berger, Alexander et S. Schaffer, 1986. An interdisciplinary continuity-of-care experience for preclinical medical students. *Journal of Medical Education* vol. 61, p. 771-773.
- Berman, Jeffrey, S. et Nicholas, C. Norton, 1985. Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin* vol. 98, p. 401-407.
- Bicknell, William J. et coll., 1974. Substantial or decorative? Physicians' assistants and nurse practitioners in the United States. *The Lancet* vol. 2, p. 1241-1244.

- Billey, Valery, O., 1994. *Multiskilled Allied Health Practitioners in Alberta: Assessment of Needs and Training Requirements*. Unpublished M.Ed. Thesis (and Executive Summary). Edmonton, Alberta: University of Alberta.
- Birkel, Richard, C. et coll., 1993. Findings from the Horizontes acquired immune deficiency syndrome education project: the impact of indigenous outreach workers as change agents for injection drug users. *Health Education Quarterly* vol. 20, p. 523-538.
- Black, Douglas P. et coll., 1976. Pilot project: the family practice nurse in a Newfoundland rural area. *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 114, p. 945-947.
- Blayney, Keith D. et coll., 1989. The multiskilled health practitioner movement: where are we and how did we get here? *Journal of Allied Health* vol. 18, p. 215-226.
- Bond, Ronald S. et coll., 1983. Self-regulation in optometry: the impact on price and quality. *Law and Human Behavior* vol. 7, p. 219-234.
- Bossaert, L. et coll., 1989. Bystander cardiopulmonary resuscitation (CPR) in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* vol. 17, Supplement: p. S55-S69.
- Bozzini, Luciano, 1988. Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec: Description, Evaluation, Perspectives. *Journal of Public Health Policy* vol. 9, p. 346-375.
- Bray, Martha L. et L.H. Edwards, 1994. A primary health care approach using Hispanic outreach workers as nurse extenders. *Public Health Nursing* vol. 11, p. 7-11.
- Brooks, Shelley et coll., 1989. Training volunteers to work with the chronic mentally ill in the community. *Hospital and Community Psychiatry* vol. 40, p. 853-855.
- Brown, Sharon A., 1988. Effects of educational interventions in diabetes care: a meta-analysis of findings. *Nursing Research*, vol. 37, p. 223-230.
- Brown, Sharon A. et coll., 1992. Diabetes education in a Mexican-American population: pilot testing of a research-based videotape.
- Brown, S.A., et D.E. Grimes, 1993. Nurses practitioners and certified nurse-midwives: a meta-analysis of studies on nurses in primary care roles. *American Nurses Association Publications*.
- Bull, Margaret J., 1990. Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research* vol. 12, p. 758-776.
- Bush, Patricia J. et coll., 1989. Cardiovascular risk factor prevention in black school children: the "Know Your Body" evaluation project. *Health Education Quarterly* vol. 16, p. 215-227.
- Caldera, Debra L., 1991. Community health aide program : health care for rural Alaska natives by rural Alaska natives. Dans B. Postl et coll. (éd.), *Circumpolar Health 90*. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press.
- Caldera, Debra L. et coll., 1991. The role of the community health aide in rural Alaska. Dans B. Postl et coll. (éd.), *Circumpolar Health 90*. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press.

- Cameron, Brenda Leigh, 1995. Multiskilling the health care worker: some urgent concerns. *Alberta Association of Registered Nurses Newsletter* vol. 51, n\_1, p. 7-13.
- Carkhuff, R.R., 1968. The differential functioning of lay professional helpers. *Journal of Counselling Psychology* vol. 15, p. 117-126.
- Cardenas, Barbara D., 1975. The independent nurse practitioner: alive and well and living in rural Saskatchewan. *Nursing Clinics of North America* vol. 10, p. 711-719.
- Casey, Rosemary et coll., 1984. Fever therapy: an educational intervention for parents. *Pediatrics* vol. 73, p. 600-605.
- Castonguay, Claude, 1978. The future of self-regulation: a view from Quebec. Dans P. Slayton et M.J. Trebilcock (éd.), *The Professions and Public Policy*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Cermak, Sharon A., 1976. Community-based learning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* vol. 30, p. 157-161.
- Ceslowitz, Sandra Brown et S.T. Loreti, 1991. Easing the transition from hospital nursing to home care: a research study. *Home Healthcare Nurse* vol. 9, p. 32-35.
- Chambers, Larry W. et coll., 1977. A controlled trial of the impact of the family practice nurse on volume, quality, and cost of rural health services. *Medical Care* vol. 15, p. 971-981.
- Chenoy, N.C. et coll., 1973. Nurse practitioners in primary care. II. Prior attitudes of a rural population. *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 108, p. 998-1003.
- Chichin, Eileen R., 1992. Home care is where the heart is: the role of interpersonal relationships in para professional home care. *Home Health Care Services Quarterly* vol. 13, p. 161-177.
- Chubon, Sandra J., 1991. An ethnographic study of job satisfaction among home care workers. *Caring Magazine* vol. 10, p. 52-56.
- Cohen, Harris S., 1980. On professional power and conflict of interest: state licensing boards on trial. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 5, p. 291-308.
- Cohen, Judith L. et coll., 1986. Evaluation of arthritis self-management courses led by laypersons and by professionals. *Arthritis and Rheumatism* vol. 29, p. 388-393.
- Conrad, Douglas A. et Marie L. Emerson, 1981. State dental practice acts: implications for competition. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 5, p. 610-630.
- Conseil économique du Canada, 1981. Pour une réforme de la réglementation. Ottawa : Centre d'édition du gouvernement du Canada.
- Cossette, Sylvie et L. Levesque, 1993. Caregiving tasks as predictors of mental health of wife caregivers of men with chronic obstructive pulmonary disease. *Research in Nursing and Health* vol. 16, p. 251-263.

- Couser, Sondra et coll., 1990. Expanding community health nursing roles to meet health-care needs of frail elderly: an adult learning model. *Journal of Community Health Nursing* vol. 7, p. 3-13.
- Cummings, Joan E. et coll., 1990. Cost-effectiveness of Veterans Administration hospital-based home care. *Archives of Internal Medicine* vol. 150, p. 1274-1280.
- Cummings, Joan E. et coll., 1990. Cost-effectiveness of Veterans Administration hospital-based home care. *Archives of Internal Medicine* vol. 150, p. 1274-1280.
- Dahlquist, Gisela et coll., 1987. Health problems and care in young families - load of illness and patterns of illness behaviour. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* vol. 5, p. 79-86.
- Davidson, Richard Alan et coll., 1981. Role disagreement in primary care practice. *Journal of Community Health* vol. 7, p. 93-102.
- Dean, Kathryn, 1986. Lay care in illness. *Social Science and Medicine* vol. 22, p. 275-284.
- Dean, Kathryn et coll., 1983. Self-care of common illnesses in Denmark. *Medical Care* vol. 21, p. 1012-1032.
- Dean, Winston, J., 1973. State legislation for physician's assistants: a review and analysis. *Health Services Reports* vol. 88, p.3-12.
- Denton, Frank T. et coll., 1983. Potential savings from the adoption of nurse practitioner technology in the Canadian health care system. *Socio-Economic Planning Sciences* vol. 17, p.199-209.
- de Savorgnani, Adriane A. et coll., 1993. Recruiting and retaining registered nurses in home healthcare. *Journal of Nursing Administration* vol. 23, p. 42-46.
- DeVries, Raymond D., 1986. The contest for control: regulating new and expanding health occupations. *American Journal of Public Health* vol. 76, p. 1147-1150.
- Donovan, Rebecca, 1989. Work stress and job satisfaction: a study of home care workers in New York City. *Home Health Care Services Quarterly* vol. 10, p. 97-114.
- Dracup, Kathleen et P. Frerichs, 1986. Evaluation of a community-based health information service. *American Journal of Preventive Medicine* vol. 2, p. 6-13.
- Drummond, Micheal F. et coll., 1991. Economic evaluation of a support program for caregivers of demented elderly. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* vol. 7, p. 209-219.
- Duttera, M. Julian et W.R. Harlan, 1978. Evaluation of physician assistants in rural primary care. *Archives of Internal Medicine* vol. 138, p. 224-228.
- Edmunds, Marilyn W., 1978. Evaluation of nurse practitioner effectiveness: an overview of the literature. *Evaluation and the Health Professions* vol. 1, p. 69-82.
- Edwards, Nancy et coll., 1992. Health promotion and health advocacy for and by immigrants enrolled in English as a second language classes. *Revue canadienne de santé publique* vol. 83, p. 159-162.

- Eisenberg, Mickey S. et coll., 1979. Cardiac resuscitation in the community: Importance of rapid provision and implications for program planning. *Journal of American Medical Association* vol. 241, p. 1905-1907.
- Feldman, Penny Hollander, 1993. Work life improvements for home care workers: impact and feasibility. *The Gerontologist* vol. 33, p. 47-54.
- Ferguson, Gordon, 1993. Designed to serve: the New Brunswick Extra-Mural Hospital. *Journal of Ambulatory Care Management* vol. 16, p. 40-50.
- Fooks, Catherine et coll., 1990. Concept of quality of care: national survey of five self-regulating health professions in Canada. *Quality Assurance in Health Care* vol. 2, p. 89-109.
- Fowkes, Virginia Kliner et coll., 1994. Effectiveness of educational strategies preparing physician assistants, nurse practitioners, and certified nurse-midwives for underserved areas.
- Frech, H.E., 1974. Occupational licensure and health care productivity: the issues and the literature. Dans J. Rafferty (éd.), *Health Manpower and Productivity: The Literature and Required Future Research*. Toronto: D.C. Heath and Company.
- Freidson, Eliot, 1970. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Aldine Publishing Company.
- Frenk, Julio, 1993. The public/private mix and human resources for health. *Health Policy and Planning* vol. 8, p. 315-326.
- Fulton, M. Jane, 1988. *The Regulation of Emerging Health Care Occupations*. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association.
- Gaumer, G.L., 1984. Regulating health professionals: a review of the empirical literature. *Milbank Memorial Fund Quarterly* vol. 62, p. 380-416.
- Gee, Ellen M., 1990. Demographic change and intergenerational relations in Canadian families: findings and social policy implications. *Analyse de Politiques* vol. 16, p. 191-199.
- Gee, Ellen M. et Susan A. McDaniel, 1993. Social policy for an aging society. *Revue d'études canadiennes* vol. 28, p. 139-152.
- Gibeau, Janice L., 1993. Training paraprofessionals for psychiatric support. *Caring Magazine* vol. 12, p. 36-42.
- Gilbert, Nancy J., 1991. Home care worker resignations: a study of the major contributing factors. *Home Health Care Services Quarterly* vol. 12, p. 69-83.
- Giles, Warwick et coll., 1992. Antenatal care of low risk obstetric patients by midwives: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia* vol. 157, p. 158-161.
- Glasgow, Russell E. et coll., 1992. Improving self-care among older patients with Type II diabetes: the "Sixty Something..." study. *Patient Education and Counselling* vol. 19, p. 61-74.
- Goeppinger, Jean et coll., 1989. A reexamination of the effectiveness of self-care education for persons with arthritis. *Arthritis and Rheumatism* vol. 32, p. 706-716.

- Golladay, Frederick L. et coll., 1973. Allied health manpower strategies: Estimates of the potential gains from efficient task delegation. *Medical Care* vol. 11, p. 457-469.
- Gordon, Micheal J. et coll., 1977. Evaluation of clinical training in the community. *Journal of Medical Education* vol. 52, p. 888-895.
- Gravdal, Judith et M. Glasser, 1987. The integration of the student into ambulatory primary care: a decade of experience. *Family Medicine* vol. 19, p. 457-462.
- Graveley, Elaine A. et John H. Littlefield, 1992. A cost-effectiveness analysis of three staffing models for the delivery of low-risk prenatal care. *American Journal of Public Health* vol. 82, p. 180-184.
- Grizzard, Micheal B., 1985. Home intravenous antibiotic therapy. A practical management approach for the 1980s. *Postgraduate Medicine* vol. 78, p. 187-195.
- Gross, J. Stanley, 1984. *Of Foxes and Hen Houses: Licensing and the Health Professions*. Westport, Conn.: Quorum Books.
- Gussow, Zachary et G.S. Tracy, 1976. The role of self-help clubs in adaption to chronic illness and disability. *Social Science and Medicine* vol. 10, p. 407-414.
- Hagler, Paul et coll., 1993. *Role and Use of Support Personnel in the Rehabilitation Disciplines*. Edmonton, Alberta: Centre for Studies in Clinical Education, Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta.
- Haig, Andrew J. et coll., 1994. Patient-oriented rehabilitation planning in a single visit: first-year review of the Quick Program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* vol. 75, p. 172-176.
- Hamad, B., 1991. Community-oriented medical education: what is it? *Medical Education* vol. 25, p. 16-22.
- Hastings, J.E.F. et coll., 1973. Prepaid group practice in Sault Ste. Marie, Ontario: Part I: analysis of utilization records. *Medical Care* vol. 11, p. 91-103.
- Hattie, John A. et coll., 1984. Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin* vol. 95, p. 534-541.
- Health and Welfare Canada, 1993. *Planning for Health: Toward Informed Decision-Making*. Ottawa: Supply and Services.
- Hedrick, Hannah L., 1987. Closing in on cross-training. *Journal of Allied Health* vol. 16, p. 265-275.
- Herbert, George K. et coll., 1974. Factors contributing to the successful use of indigenous mental health workers. *Hospital and Community Psychiatry* vol. 25, p. 308-310.
- Hernandez, Richard et Michael Samuels, 1990. Assessment of need for multicompetent allied health practitioners in the Midlands of South Carolina. *Journal of Allied Health* vol. 20, p. 339-350.

- Hickey, Tom et coll., 1986. Emerging trends in gerontology and geriatrics: implications for the self-care of the elderly. *Social Science and Medicine* vol. 23, p. 1363-1369.
- Hollingsworth, Ellen Jane et coll., 1993. "Staffing patterns in rural community support programs." *Hospital and Community Psychiatry* vol. 44, p. 1076-1081.
- Hood, Jacqueline N. et and H.L. Smith, 1994. Quality of work life in home care: the contribution of leaders' personal concern for staff. *Journal of Nursing Administration* vol. 24, p. 40-47.
- Howard, Jan et Nancy Byl, 1971. Pitfalls in interdisciplinary teaching. *Journal of Medical Education* vol. 46, p. 772-781.
- Hutchinson, Brian, 1994. Policy issues in primary health care. Dans *Rethinking Primary Care: Conference Summary Report*. Hamilton: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Jenkinson, Douglas et coll. Comparison of effects of a self management booklet and audiocassette for patients with asthma. *British Medical Journal* vol. 297, p. 267-270.
- Jones, Dee A. et Ann V. Salvage, 1992. Attitudes to caring among a group of informal carers of elderly dependants. *Archives of Gerontology and Geriatrics* vol. 14, p. 155-165.
- Jones, Phyllis M., 1990. Use of a course on self-control behavior techniques to increase adherence to prescribes frequency for self-monitoring blood glucose. *The Diabetes Educator* vol. 16, p. 296-303.
- Juhl, Nyla et coll., 1993. Job satisfaction of rural public and home health nurses. *Public Health Nursing* vol. 10, p. 42-47.
- Jutras, Sylvie et France Veilleux, 1991. Informal caregiving: correlates of perceived burden. *La revue canadienne du vieillissement* vol. 10, p. 40-55.
- Kahn, Marvin W., 1981. Indigenous mental health paraprofessionals on an Indian reservation. Dans S.S. Robin and M.O. Wagenfeld (éd.), *Paraprofessionals in the Human Services*. New York, New York: Human Sciences Press.
- Kelley, Verne R. et coll., 1977. Training helpers in rural mental health delivery. *Social Work* vol. 22, p. 229-232.
- Kethley, Alice et coll., 1982. Nurses and social workers in home health care: identifying and resolving turf conflict. *Home Health Care Services Quarterly* vol. 3, p. 71-85.
- Key, John C. et coll., 1973. Community-based medical education: North Carolina Appalachian Health Service Program. *North Carolina Medical Journal* vol. 34, p. 360-364.
- Kind, Allan C. et coll., 1985. Outpatient intravenous antibiotic therapy. *Postgraduate Medicine* vol. 77, p. 105-109.
- Kindig, David A., 1975. Interdisciplinary education for primary health care team delivery. *Journal of Medical Education*.

- Kobayashi, Roger H. et coll., 1990. Home self-administration of intravenous immunoglobulin therapy in children. *Pediatrics* vol. 85, p. 705-709.
- Komaroff, Anthony L. et coll., 1976. Quality, efficiency, and cost of a physician-assistant-protocol system for management of diabetes and hypertension. *Diabetes* vol. 25, p. 297-306.
- Langsley, Donald G. et J.T. Barter, 1983. Psychiatric roles in the community mental health center. *Hospital and Community Psychiatry* vol. 34, p. 729-733.
- Larkin, G.V., 1980. Professionalism, dentistry and public health. *Social Science and Medicine* vol. 14A, p. 223-229.
- Levesque, Louise et Sylvie Cossette, 1991. Revue critique d'études sur le soutien social et sa relation avec le bien-être de personnes atteintes de démence. *Revue canadienne de santé mentale communautaire* vol. 10, p. 65-93.
- Levin, Lowell, S., 1976. Self-care: an international perspective. *Social Policy* vol. 7, p. 70-75.
- Levy, Barry S. et coll., 1971. Reducing neonatal mortality rate with nurse-midwives. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* vol. 109, p. 50-58.
- Lomas, Jonathan et G.L. Stoddart, 1985. Estimates of the potential impact of nurse practitioners on future requirements for physicians in office-based general practice. *Revue canadienne de santé publique* vol. 76, p. 119-123.
- Longo, Daniel R. et A.J. Daugird, 1994. The quality of ambulatory-based primary care: A framework and recommendations. *International Journal for Quality in Health Care* vol. 6, p. 133-146.
- Lucas Mary D. et coll., 1988. Job satisfaction assessment of public health nurses. *Public Health Nursing* vol. 5, p. 230-234.
- Low, Glen et Anne Weisbord, 1987. The multicompetent practitioner: a need analysis in an urban area. *Journal of Allied Health* vol. 16, p. 29-40.
- Mahoney, Diane Feeney and R. Shippee-Rice, 1994. Training family caregivers of older adults: a program model for community nurses. *Journal of Community Health Nursing* vol. 11, p. 71-78.
- Manga, Pran et Terry Campbell, 1994. *Health Human Resources Substitution: A Major Area of Reform Towards A More Cost-Effective Health Care System*. Queen's-University of Ottawa Economic Projects.
- May, Kathleen M. et coll., 1991. Preventing low birth weight: marketing and volunteer outreach. *Public Health Nursing* vol. 8, p. 97-104.
- Mazzuca, Steven A., 1982. Does patient education in chronic disease have therapeutic value? *Journal of Chronic Diseases*: vol. 35, p. 521-529.
- McCally, Michael et coll., 1977. Interprofessional education of the new health practitioner. *Journal of Medical Education* vol. 52, p. 177-182.

- McDermott, P.T. et coll., 1991. Dental therapists and the delivery of dental care in Canada's Northwest Territories. Dans B. Postl et coll. (éd.), *Circumpolar Health 90*. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press.
- McLean, C.L., 1991. The health status of communities employing para-professional indigenous community health workers as the primary health care provider. Dans B. Postl et coll. (éd.), *Circumpolar Health 90*. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press.
- Meikle, Margaret et coll., 1979. Comparative trial of volunteer and professional treatments of dysphasia after stroke. *British Medical Journal* vol. 2, p. 87-89.
- Miller, Sidney L. et J. Heil, 1976. Effect of an extramural program of dental care for the special patient on attitudes of students. *Journal of Dental Education* vol. 40, p. 740-744.
- Ministère de la Santé de l'Ontario, 1994. The Community Health Framework and health care reform: How do they work together? *Steps to Community Health* vol. 1, n\_3 (Winter 1994/95): p. 1-3.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989. *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Morewood-Northrop, Maureen, 1994. Nursing in the Northwest Territories. *L'infirmière canadienne* vol. 90, p. 26-31.
- Mullen, Patricia D. et coll., 1985. Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine* vol. 14, p. 753-781.
- Murray, E. et coll., 1995. Community-based medical education: feasibility and cost. *Medical Education* vol. 29, p. 66-71.
- Muzondo, Timothy R. et B. Pazderka, 1980. Occupational licensing and professional incomes in Canada. *Revue canadienne d'économie* vol. 13, p. 659-667.
- National Association of Community Health Centers, 1994. *National Directory: Community Health Centers, Migrant Health Centers, Health Care for the Homeless Projects, and Primary Care Association*. Washington D.C., National Association of Community Health Centers.
- Neale, Anne Victoria et coll., 1992. The home visit in resident education: Program description and evaluation. *Family Medicine*.
- Nicoletti, John et L. Flater, 1975. A community-oriented program for training and using volunteers. *Community Mental Health Journal* vol. 11, p. 58-63.
- O'Donnell, John M. et K. George, 1977. The use of volunteers in a community mental health center emergency and reception service: a comparative study of professional and lay telephone counselling. *community Mental Health Journal* vol. 13, p. 3-12.
- Office of Technology Assessment, 1986. *Health technology case study 37: nurse practitioner, physician assistant and certified nurse midwives: a policy analysis* (OTA No. 224-8996). Washington, D.C.: Office of Technology Assessment, U.S. Congress.

- Oktay, Julianne S. et P.J. Volland, 1990. Post-hospital support program for the frail elderly and their caregivers: a quasi-experimental evaluation. *American Journal of Public Health* vol. 80, p. 39-46.
- Olley, R.E., 1978. The future of self-regulation: a consumer economist's viewpoint. Dans Philip Slayton et M.J. Trebilcock (éd.), *The Professions and Public Policy*. Toronto: University of Toronto Press.
- Ondrejka, Dennis, 1983. A descriptive evaluation of a self-care medication program in industry. *Occupational Health Nursing* vol. 31, p.21-27.
- Organisation mondiale de la santé. Le développement coordonné des ressources humaines et sanitaires. Organisation mondiale de la santé. (Série de Rapports techniques, n° 801).
- Osborn, Emilie H.S. et coll., 1986. Teaching community-oriented primary care (COPC): a practical approach. *Journal of Community Health* vol. 11, p. 165-171.
- Osterweis, Marian et coll., 1980. HMO development for primary care team teaching of medical and nursing students. *Journal of Medical Education* vol. 55, p.743-750.
- Ostry, Sylvia, 1978. Competition policy and the self-regulating professions. Dans Philip Slayton et M.J. Trebilcock (éd.), *The Professions and Public Policy*. Toronto: University of Toronto Press.
- Padgett, Deborah et coll., 1988. Meta-analysis of the effects of educational and psychological interventions on management of diabetes mellitus. *Journal of Clinical Epidemiology* vol. 41, p. 1007-1030.
- Parcel, Guy S. et coll., 1994. Self-management of cystic fibrosis: A structural model for educational and behavioral variables. *Social Sciences and Medicine* vol. 38, p. 1307-1315.
- Pew Health Professions Commission, 1994a. *Community health workers: integral yet often overlooked members of the health care workforce*. San Francisco, California: Pew Health Professions Commission.
- Pew Health Professions Commission, 1994b. *State Strategies for Health Care Workforce Reform*. San Francisco, California: Pew Health Professions Commission.
- Pew Health Professions Commission, 1994c. *Primary Care Workforce 2000*. San Francisco, California: Pew Health Professions Commission.
- Polich, Cynthia et coll., 1990. The provision of home health services through health maintenance organizations: the role of the physician. *Quality Review Bulletin* vol. 5, p. 170-181.
- Pontell, Henry N. et coll., 1982. Policing physicians: practitioner fraud and abuse in a government medical program. *Social Problems* vol. 30, p. 117-125.
- Posavac, Emil J., 1980. Evaluations of patient education programs. *Evaluation and the Health Professions* vol. 3, p. 47-62.

- Quick, Robert et R. Bashshur, 1991. Three perspectives on community health aides: surveys of health aides, consumers and providers in western Alaska. Dans B. Postl et coll. (éd.), *Circumpolar Health 90*. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press.
- Rabinowitz, Howard K., 1988. The relationship between medical student career choice and a required third-year family practice clerkship.
- Ramsey, Priscilla et coll., 1993. Types of health problems and satisfaction with services in a rural nurse-managed clinic. *Journal of Community Health Nursing* vol. 10, p. 161-170.
- Rasmussen, Finn, 1989. Mothers' benefit of a self-care booklet and a self-care educational session at child health centers. *Social Science and Medicine* vol. 29, p. 205-212.
- Rayack, Elton, 1983. Medical licensure: social costs and social benefits. *Law and Human Behavior* vol. 7, p. 147-156.
- Record, Jane Cassels et coll., 1980. New health professions after a decade and a half: delegation, productivity and costs in primary care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 5, p. 470-497.
- Redman, Selina et coll., 1991. Evaluation of an antenatal education programme: Characteristics of attenders, changes in knowledge and satisfaction of participants. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* vol. 31, p. 310-316.
- Rehm, Susan J. et A.J. Weinstein, 1983. Home intravenous antibiotic therapy: a team approach. *Annals of Internal Medicine* vol. 99, p. 388-392.
- Reid, Micheal L. et J.B. Morris, 1979. Perinatal care and cost effectiveness. *Medical Care* vol. 17, p. 491-500.
- Reinke, Barbara et J.R. Greenley, 1986. Organizational analysis of three community support program models. *Hospital and Community Psychiatry* vol. 37, p. 624-629.
- Renaud, Marc et coll., 1980. Practice settings and prescribing profiles: The simulation of tension headaches to general practitioners working in different practice settings in the Montreal area. *American Journal of Public Health* vol. 70, p. 1068-1073.
- Riordan, Jan, 1991. Prestige: key to job satisfaction for community health nurses. *Public Health Nursing* vol. 8, p. 59-64.
- Ritter, George et coll., 1985. The effect of bystander CPR on survival of out-of-hospital cardiac arrest victims. *American Heart Journal* vol. 110, p. 932-937.
- Roberts, Carl R. et coll., 1983. Reducing physician visits for colds through consumer education. *Journal of American Medical Association* vol. 250, p. 1986-1989.
- Roberts, Deborah N. et P.D. Sarvela, 1989. Community care workers in rural southern Illinois: job satisfaction and implications for employee retention. *Home Health Care Services Quarterly* vol. 10, p. 93-115.

- Robichaud, Jean-Bernard et C. Quiviger, 1991. *Des communautés actives : rapport de recherche : étude des centres communautaires locaux de services sociaux et de santé au Canada en 1988*. Ottawa : Conseil canadien de développement social.
- Robinson, David, 1980. The self-help component of primary health care. *Social Science and Medicine* vol. 14A, p. 415-421.
- Robyn, Dorothy et J. Hadley, 1980. National health insurance and the new health occupations: nurse practitioners and physician's assistants. *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol. 5, p. 447-469.
- Rooks, Judith P. et coll., 1992. The national birth center study. Part I - methodology and prenatal care and referrals. *Journal of Nurse-Midwifery* vol. 37, p. 222-253.
- Roth, Darnell, 1993. Integrating the licensed practical nurse and the licensed vocational nurse into the specialty of intravenous nursing. *Journal of Intravenous Nursing* vol. 16, p. 156-166.
- Rubin, Irwin M., 1972. Factors influencing the effectiveness of health teams. *Milbank Memorial Fund Quarterly* vol. 50, p. 317-335.
- Rubin, Richard R. et coll., 1989. Effect of diabetes education on self-care, metabolic control, and emotional well-being. *Diabetes Care* vol. 12, p. 673-679.
- Rudman, Sally V. et coll., 1989. Assessing the need for multicompetent allied health care professionals in the HMO setting. *Journal of Allied Health* vol. 18, p. 167-176.
- Russell, Elizabeth M. et E.L. Iljon-Foreman, 1985. Self-care in illness: a review. *Family Practice* vol. 2, p. 108-121.
- Schulz, Richard et coll., 1990. Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* vol. 45, p. 181-191.
- Seacat, Milvoy S., 1977. Neighborhood health centers: A decade of experience. *Journal of Community Health* vol. 3, p. 156-170.
- Sekscenski, Edward S., 1994. State practice environments and the supply of physician assistants, nurse practitioners, and certified nurse-midwives. *New England Journal of Medicine* vol. 331, p. 1266-1271.
- Seltzer, Marsha Mailick et coll., 1992. Professional and family collaboration in case management: A hospital-based replication of a community-based study. *Social Work in Health Care* vol. 17, p. 1-22.
- Sheehan, Nancy W., 1989. The Caregiver Information Project: a mechanism to assist religious leaders to help family caregivers. *The Gerontologist* vol. 29, p. 703-706.
- Shepard, Katherine et coll., 1985. Successful components of interdisciplinary education. *Journal of Allied Health* vol. 14, p. 297-303.
- Shephard, Lawrence, 1978. Licensing restrictions and the cost of dental care. *Journal of Law and Economics* vol. 21, p. 187-201.

- Sheps, Sam et A. Robertson, 1984. Evaluation of primary care in a community clinic by means of explicit process criteria. *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 131, p. 881-886.
- Shewan, Cynthia M. et Andrew Kertesz, 1984. Effects of speech and language treatment on recovery from aphasia. *Brain and Language* vol. 23, p. 272-299.
- Shi, Leiyu et coll., 1993. The determinants of utilization of nonphysician providers in rural community and migrant health centers. *Journal of Rural Health* vol. 9, p. 27-39.
- Shuster, George F. III, 1992. Job satisfaction among home healthcare nurses. *Home Healthcare Nurse* vol. 10, p. 33-38.
- Slayton, Philip, 1976. Professional education and the consumer interest: a framework for inquiry. Dans P. Slayton et M.J. Trebilcock (éd.), *The Professions and Public Policy*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Smith, Howard L. et coll., 1994. Leadership and quality of working life in home health care. *Home Health Care Services Quarterly* vol. 14, p. 3-22.
- Sobel, Richard M., 1991. Bystander cardiopulmonary resuscitation (CPR): the next decade. *American Journal of Emergency Medicine* vol. 9, p. 88.
- Sox, Harold C., 1979. Quality of patient care by nurse practitioners and physician's assistants: a ten-year perspective. *Annals of Internal Medicine* vol. 91, p. 459-468.
- Spitzer, Walter O., 1978. Evidence that justifies the introduction of new health professionals. Dans P. Slayton et M.J. Trebilcock (éd.), *The Professions and Public Policy*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Spitzer, Walter O. et D.J. Kergin, 1973. Nurse practitioners in primary care. I. The McMaster University educational program. *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 108, p. 991-995.
- Spitzer, Walter O. et coll., 1973. Nurse practitioners in primary care. III. The southern Ontario randomized trial. *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 108, p. 1005-1016.
- Spitzer, Walter O. et coll., 1976. Nurse practitioners in primary care. VI. Assessment of their deployment with the utilization and financial index. *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 114, p. 1103-1108.
- Stoeckle, John D., 1995. The citadel cannot hold: technologies go outside the hospital, patients and doctors too. *The Milbank Quarterly* vol. 73, p. 3-17.
- Stone, Robyn et coll., 1987. Caregivers of the frail elderly: a national profile. *The Gerontologist* vol. 27, p. 616-626.
- Stone, Robyn I. et Pamela F. Short, 1990. The competing demands of employment and informal caregiving to disabled elders. *Medical Care* vol. 28, p. 513-526.
- Sullivan, Judith A. et coll., 1978. Overcoming barriers to the employment and utilization of the nurse practitioner. *American Journal of Public Health* vol. 68, p. 1097-1103.

- Sullivan, Micheal J.L. et coll., 1993. Current status of out-reach rehabilitation in Canada. *Revue canadienne de réadaptation* vol. 6, p. 208-217.
- Szasz, George, 1974. An experience with interprofessional education. Dans J. Hamberg (éd.), *Review of Allied Health Education* (Vol. 11). Lexington, Kentucky: University of Kentucky Press.
- Tanner, Libby A. et coll., 1972. An interdisciplinary student health team project in comprehensive family health care. *Journal of Medical Education* vol. 47, p. 656-658.
- Temple-Smith, M.J. et coll., 1989. Nursing outside hospitals: the working experience of community nurses. Educational characteristics and job perceptions. *Community Health Studies* vol. 13, p. 306-315.
- Tilson, Hugh H., 1973. Stability of physician employment in neighborhood health centers. *Medical Care* vol. 11, p. 384-400.
- Timpson, Joyce, 1983. Un programme autochtone de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario : élaboration et formation. *Santé mentale au Canada*, septembre 1983, vol. 31, p. 2-3.
- Vickery, Donald M. et coll., 1983. Effects of a self-care education program on medical visits. *Journal of American Medical Association* vol. 250, p. 2952-2956.
- Vohlonen, Ilkka et coll., 1989. Re-organizing primary medical care in Finland: the personal doctor program. *Health Policy* vol. 13, p. 65-79.
- Voltmann, John D., 1975. Jamestown medical clinic system. *Journal of the American Medical Association* vol. 234, p. 303-304.
- Walcott-McQuigg, Jacqueline A. et N.E. Ervin, 1992. Stressors in the workplace: Community health nurses. *Public Health Nursing* vol. 9, p. 65-71.
- Warrick, Louise H. et coll., 1992. Evaluation of a peer health worker prenatal outreach and education program for Hispanic farmworker families. *Journal of Community Health* vol. 17, p. 13-26.
- Webb, Pamela A., 1980. Effectiveness of patient education and psychosocial counseling in promoting compliance and control among hypertensive patients. *Journal of Family Practice* vol. 10, p. 1047-1055.
- Weber, Caroline L. et coll., 1993. Job satisfaction and workplace characteristics: a comparison of a hospital and a community healthcare organization in Ontario. Dans E. Déom et A.E. Smith (éd.), *Actes du XXXe Congrès de l'ACRI*. Québec (Québec) : Association canadienne des relations industrielles, Université Laval.
- Wertz, Robert T. et coll., 1986. Comparison of clinic, home, and deferred language treatment for aphasia. *Archives of Neurology* vol. 43, p. 653-658.
- Weston, Jerry L., 1980. Distribution of nurse practitioners and physician assistants: Implications of legal constraints and reimbursement. *Public Health Report* vol. 95, p. 253-258.

- Wiernikowski, John T. et S. Dawson, 1991. Evaluation of a home intravenous antibiotic program in pediatric oncology. *American Journal of Pediatric Haematology/Oncology* vol. 13, p. 144-147.
- Wilson, Sandra R. et coll., 1993. A controlled trial of two forms of self-management education for adults with Asthma. *American Journal of Medicine* vol 94, p. 564-576.
- Wilson, Paul R. et coll., 1986. Physician fraud and abuse in Canada: a preliminary examination. *Revue canadienne de criminologie* vol.28, p. 129-146.
- Wise, Harold, 1972. The primary-care health team. *Archives of Internal Medicine* vol. 130, p. 438-444.
- Woolliscroft, James O. et T.L. Schwenk et coll., 1989. Teaching and learning in the ambulatory setting. *Academic Medicine* vol. 64, p. 644-648.
- Wood, Jo, 1991. A review of antenatal care initiatives in primary care settings. *British Journal of General Practice* vol. 41, p. 26-30.
- Young, T. Kue, 1988. *Health Care and Cultural Change: The Indian Experience in the Central Subarctic*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

### STRATÉGIES DE RECHERCHE ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE EN LIGNE POUR LES MODALITÉS LIÉES AUX RESSOURCES HUMAINES

#### I. Base de données : Medline, 1990 à décembre 1994

Jeu	Recherche	Résultats
1	*deinstitutionalization/	277
2	exp *primary health care	2575
3	community based.tw.	1742
4	exp community health centers/	1072
5	exp community mental health centers/	307
6	maternal-child health centers/	90
7	*community health services/	1170
8	exp *community health services/	11198
9	*ambulatory care services/	426
10	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	16986
11	*health promotion/	2249
12	*health education/	2550
13	health fairs/	51
14	exp *health fairs/	1865
15	*holistic health/	462
16	*self care/	903
17	*preventive medicine/	325
18	*primary prevention/	518
19	*primary health care/	2073
20	caregivers/	1016
21	exp *home nursing	773
22	*preventive health services/	536
23	exp *school health services	846
24	11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	12903
25	area health education centers/	26

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
26	competency-based education/	70
27	exp*education/	29752
28	ed.fs	15996
29	exp inservice training/	1494
30	25 or 26 or 27 or 28 or 29	37172
31	exp *"fees and charges"/	705
32	capitation fee/	157
33	exp group practice/	911
34	exp "salaries and fringe benefits"/	1545
35	exp reimbursement mechanisms/	1963
36	physician incentive plans	57
37	single provider\$.tw.	2
38	exp income	2998
39	fees, medical	626
40	user fee\$.tw.	27
41	program fund\$.tw.	34
42	exp budgets/	749
43	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39	6487
44	program development/	831
45	total quality management/	151
46	program design.tw.	85
47	program organization.tw.	5
48	organizational objectives/	1762
49	exp organizational objectives/	1071
50	organizational culture/	443
51	product line management/	70
52	"organization and administration"/	78
53	models, organizational	476
54	*public health administration/	445
55	exp *personnel management	4916
56	44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52	9194

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
57	exp credentialing/	3250
58	exp *legislation/	1880
59	exp peer review/	928
60	57 or 58 or 59	5928
61	exp *patient care team/	2268
62	*allied health personnel/	475
63	community health aides/	180
64	exp dental auxiliaries/	828
65	exp *nurses' aides/	210
66	pharmacists' aides/	35
67	exp physicians' assistants/	154
68	*nurse midwives/	727
69	*nurse anesthetists/	280
70	nurse clinicians/	802
71	midlevel practitioner\$ or mid level practitioner	8
72	physical therapist\$.tw.	217
73	chiropract\$.tw.	344
74	exp *social work/	567
75	61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69	5847
76	71 or 72 or 73 or 74 or 75	6906
77	24 or 30 or 43 or 56 or 60 or 76	66276
78	77 or 10	7857
79	exp *health services accessibility	2809
80	*waiting lists/	180
81	79 or 80	2964
82	*self care/	903
83	exp *consumer satisfaction/	1247
84	accountability.tw.	357
85	consumer advocacy/	213
86	empowerment.tw.	309
87	82 or 83 or 84 or 85 or 86	2994

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
88	cost allocation/	151
89	cost-benefit analysis/	3804
90	exp cost control/	2389
91	economic value of life/	219
92	88 or 89 or 90 or 91	6279
93	exp peer review/	928
94	program evaluation/	2471
95	patient satisfaction/	2358
96	provider satisfaction.tw.	9
97	exp *quality assurance, health care/	6676
98	*quality of health care/	1706
99	exp *"outcome and process assessment (health care)"	1600
100	98 or 99 or 93 or 94 or 95	8658
101	evaluation studies/	18917
102	100 or 101	27329
103	81 or 87 or 92 or 102	37496
104	103 and 78	1345
105	comparative study/	187044
106	program evaluation/	2471
107	cross-sectional studies/	8631
108	exp case-control studies/	37269
109	exp evaluation studies/	55036
110	exp cohort studies/	81367
111	reproducibility of results/	12443
112	105 or 106 or 107 or 108 or 109 or 110 or 111	311726
113	104 and 112	798
114	limit 104 to clinical trial	79
115	113 or 114	814
116	limit 115 to English language	725
117	limit 115 to french	16
118	116 or 117	739

## II. Base de données : Health, 1975 à novembre 1994

Jeu	Recherche	Résultats
1	*deinstitutionalization/	856
2	exp *primary health care/	6493
3	community based.tw.	2670
4	exp community health centers/	2279
5	exp community mental health centers/	1507
6	maternal-child health centers/	272
7	*community health services/	4490
8	exp *community health services/ec,ma,mt,og,st,sn	25951
9	*ambulatory care facilities/	1295
10	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	40589
11	*health promotion/	4829
12	*health education/	8486
13	health fairs/	168
14	exp *health behavior/	1711
15	*holistic health/	855
16	*self care/	1813
17	*preventive medicine/	1050
18	*primary prevention/	884
19	*primary health care/	5852
20	caregivers/	998
21	exp *home nursing	1768
22	*preventive health services/	1433
23	exp *school health services/	2400
24	11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	29810
25	area health education centers/	167
26	competency-based education/	343
27	exp*education/	65713
28	ed.fs	38329
29	exp inservice training/	5813
30	25 or 26 or 27 or 28 or 29	85555
31	exp *"fees and charges"/	3603
32	capitation fee/	701

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
33	exp group practice/	8027
34	exp “salaries and fringe benefits”/	7882
35	exp reimbursement mechanisms/	8584
36	physician incentive plans/	207
37	single provider\$.tw.	3
38	exp income/	12987
39	fees, medical/	2258
40	user fee\$.tw.	53
41	program funds\$.tw.	82
42	exp budgets/	3653
43	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39	32076
44	program development/	1230
45	total quality management/	423
46	program design.tw.	161
47	program organization.tw.	35
48	organizational objectives/	3557
49	exp organizational innovation/	3005
50	organizational culture/	947
51	product line management/	656
52	“organization and administration”/	3568
53	models, organizational/	987
54	*public health administration/	1533
55	exp *personnel management/	19918
56	44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52	32586
57	exp credentialing/	11699
58	exp *legislation/	8928
59	exp peer review/	2936
60	57 or 58 or 59	22871
61	exp *patient care team/	4385
62	*allied health personnel/	2922
63	community health aides/	722
64	exp dental auxiliaries/	4636
65	exp *nurses’ aides	595

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
66	pharmacists' aides/	172
67	exp physicians' assistants/	1365
68	*nurse midwives/	1030
69	*nurse anesthetists/	466
70	nurse clinicians/	1414
71	midlevel practitioner\$ or mid level practitioner	34
72	physical therapist\$.tw.	433
73	chiropract\$.tw.	285
74	exp *social work/	2415
75	61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69	17353
76	71 or 72 or 73 or 74 or 75	20336
77	24 or 30 or 43 or 56 or 60 or 76	183548
78	77 or 10	19108
79	personnel loyalty/	208
80	personnel turnover/	833
81	*workload/	411
82	*burnout, professional	744
83	exp personal satisfaction/	4958
84	*life style/	1213
85	*health status/	2872
86	*"outcome assessment (health care)"/	737
87	*attitude of health personnel/	7329
88	79 or 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87	18291
89	88 and 78	449
90	exp peer review/	2936
91	program evaluation/	3185
92	patient satisfaction/	2376
93	provider satisfaction.tw.	17
94	exp *quality assurance, health care/	20021
95	*quality of health care/	5057
96	exp *"outcome and process assessment (health care)"/	3402
97	95 or 96 or 90 or 91 or 92	16179
98	evaluation studies/	18690

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
99	97 or 98	34057
100	99 and 78	1755
101	89 not 100	393
102	comparative study/	50690
103	program evaluation/	3185
104	cross-sectional studies/	7550
105	exp case-control studies	18329
106	exp evaluation studies/	47940
107	exp cohort studies/	42867
108	reproducibility of results/	3676
109	102 or 103 or 104 or 105 or 106 or 107 or 108	138673
110	101 and 109	41
111	limit 101 to clinical trial	3
112	110 or 111	41
113	limit 112 to English language	38
114	limit to french	0

### III. Base de données : CINAHL, 1982 à octobre 1994

Jeu	Recherche	Résultats
1	exp *community health services/	16753
2	deinstitutionalization/	196
3	community based.tw.	453
4	exp ambulatory care facilities/	725
5	home health agencies/	299
6	primary health care/	1064
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	18580
8	health promotion/	1698
9	exp *health behavior/	1672
10	holistic health/	336
11	wellness/	252
12	*preventive health care/	490
13	exp health education/	8256
14	*self care/	1088
15	*caregivers/	812
16	*home nursing/	504
17	exp health information/	412
18	patient centered care/	191
19	*health beliefs/	283
20	health belief model/	200
21	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 15 or 16 or 17	13618
22	18 or 19 or 20 or 21	13995
23	exp *allied health personnel/	4204
24	community health workers/	30
25	health personnel, unlicensed/	70
26	home health aides/	103
27	multiskilled health practitioners/	56
28	volunteer workers/	446
29	practical nurses/	430
30	first assistants/	32
31	*nursing assistants/	414
32	nurse midwives/	237

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
33	nurse anesthetists/	376
34	exp *nurse practitioners/	1247
35	physical therapy assistants/	33
36	physicians' assistants/	528
37	chiropractic/	33
38	exp *patient care team/	823
39	exp interprofessional relations/	1644
40	practioner.hw.	26
41	practioners.hw.	2028
42	exp nursing manpower/	17687
43	exp *health manpower/	19242
44	23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31	5502
45	33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41	24822
46	44 or 45	25055
47	manpower.hw.	606
48	46 or 47	25074
49	legislation, medical/	68
50	exp legislation, nursing/	586
51	exp credentialing/	2501
52	exp peer review/	322
53	40 or 50 or 51 or 52	3383
54	exp "fees and charges"/	458
55	capitation.tw.	14
56	exp "salaries and fringe benefits"/	1356
57	provider mix.tw.	0
58	reimbursement.tw.	523
59	exp income/	1487
60	user fees.tw.	4
61	54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60	2419
62	organizational.hw.	1596
63	decision making, organizational/	51
64	organizational policies/	111
65	allied health organization/	72

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
66	*management styles/	254
67	*shared governance/	178
68	organizational objectives/	237
69	governing boards/	63
70	product line management/	54
71	program planning/	707
72	administration.hw.	3443
73	organization.hw.	333
74	*management/	446
75	“health and welfare planning”/	236
76	health resource allocation/	364
77	*marketing/	523
78	*national health programs/	610
79	exp strategic planning/	728
80	62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70	2767
81	72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79 or 80	8767
82	part time study/	14
83	adult education/	237
84	education, clinical/	397
85	refresher courses/	109
86	*educational status/	68
87	skill acquisition/	68
88	exp *professional competence/	1278
89	multiskilled health practitioners/	56
90	exp *staff development/	1741
91	exp *teaching methods, clinical/	484
92	exp education, continuing/	1888
93	education, allied health/	487
94	education, nurse midwifery/	198
95	82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90	4131
96	92 or 93 or 94 or 95	6349
97	22 or 48 or 53 or 61 or 81 or 96	51370
98	7 and 97	9197

<b>Jeu</b>	<b>Recherche</b>	<b>Résultats</b>
99	cost benefit analysis/	722
100	exp *"costs and cost analysis"/	2104
101	exp cost control/	807
102	cost savings/	132

## **ANNEXE 2**

### **PERSONNES RESSOURCES**

#### **Centres de santé communautaire**

1. Fédération des CLSC - T. Kaufman, Directeur  
Montréal (Québec)
2. Association des centres de santé de l'Ontario -Toronto
3. Manitoba Association of Community  
Health Centres - P. Sullivan
4. Community Health Centre Federation of  
Saskatchewan
5. Federation of CHCs of Nova Scotia -  
Carol Ann Wright
6. McAdam Community Health Centre Pilot Project  
Région sanitaire 3, Nouveau-Brunswick
7. Kate Kellenberg  
Senior Health Policy Advisor  
National Association of Community Health Centers  
Washington D.C.

#### **Centres universitaires de recherche**

1. Manitoba Centre For Health Policy Evaluation  
Department of Community Health Sciences  
Faculty of Medicine, University of Manitoba  
S-101 - 750 Bannatyne Avenue  
Winnipeg (Manitoba) R3E 0W3  
Personne ressource :  
D<sup>r</sup> Noralou Roos, Directeur
2. Northern Health Research Unit  
Department of Community Health Sciences  
Faculty of Medicine, University of Manitoba  
Personne ressource:  
D<sup>r</sup> Kue Young

3. Régis Blais  
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé  
Université de Montréal  
Montréal (Québec)
4. Jonathan Lomas  
Centre for Health Economics and Policy Analysis  
McMaster University  
1200 Main Street West, Room 3H26  
Hamilton (Ontario) L8N 3Z5
5. Chris Woodward  
Professor, Department of Epidemiology & Biostatistics  
McMaster University
6. Dr. Gina Browne  
School of Nursing  
McMaster University  
(associée à la Health & Social Service Utilization Research Unit)
7. John Dorland  
Co-Director, Health Policy Research Unit  
Queen's University  
Kingston (Ontario)
8. Groupe de recherche en santé communautaire  
Université d'Ottawa  
Département d'épidémiologie et de médecine communautaire/  
Santé publique Ottawa  
451, chemin Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8M5  
Nancy Edwards/Elizabeth Lindsay, co-directrices
9. Dr. Rhonda Cockerill  
Hospital Management Research Unit  
Faculty of Medicine and Health Administration  
2nd Floor, McMurrich Building  
University of Toronto  
Toronto (Ontario) M5S 1A8
10. Dr. Linda O'Brien-Pallas  
Quality of Nursing Worklife Research Unit  
University of Toronto
11. Dr. Irv Rootman  
The Centre For Health Promotion  
University of Toronto  
100 College Street, Suite 207  
Toronto (Ontario)  
M5G 1L5

12. Hector Ouellet  
Centre de recherche sur les services communautaires  
Université Laval  
Québec (Québec)
13. Nicole de Dobbeleer  
Université de Montréal  
(associée au GRIS)
14. Brigitte Maheu  
Département de médecine sociale  
Université de Montréal  
(associée au GRIS)
15. Karen Wade  
North York Teaching Health Unit  
North York (Ontario)
16. Arminee Kazanjian  
Health Human Resources Unit  
University of British Columbia  
Vancouver (Colombie-Britannique)
17. Pran Manga  
Administration Health Sciences Medicine  
Université d'Ottawa
18. Beth Cunningham  
Thames Valley Family Practice Research Centre for Studies in Family Medicine  
The University of Western Ontario  
London (Ontario)

## **Organismes gouvernementaux**

1. Daniel Poirier  
Chef du service de la planification des ressources humaines  
Direction générale de la santé  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Québec (Québec)
2. Jane Bartram  
Executive Director  
Bureau des stratégies de la santé  
Ministère de la Santé de l'Ontario

3. Anne Premi  
Project Manager  
Projet d'élaboration d'une politique-cadre de la santé communautaire  
Ministère de la Santé de l'Ontario
4. Sue Hartman  
Senior Policy Analyst  
Programme des organisations de services de santé  
Ministère de la Santé de l'Ontario
5. Brenda Johnson  
Alberta Health
6. David Thornley  
Program Associate  
Programme des centres de santé communautaire  
Ministère de la Santé de l'Ontario

### **Associations professionnelles**

1. Stephen Vail  
Consultant en politiques de la santé  
Association des infirmières et infirmiers du Canada
2. Lenore Mills, Director, Teaching and Speciality Hospitals  
Colin Smith, Consultant, Community Hospital Division  
Heather Stewart, Consultant, Small Hospital Division  
Ontario Hospital Association

### **Autres**

1. John Harwood  
President and Chief Executive Officer  
Group Health Centre  
Sault Ste. Marie (Ontario)
2. Lucio Fabris  
Home I.V. Program  
Sudbury General Hospital  
Sudbury (Ontario)

3. Sharon Baiden  
Infirmières de l'Ordre de Victoria  
Sudbury (Ontario)

4. Shirley Sharkey  
Executive Director  
St. Elizabeth Visiting Nurses

### **ANNEXE 3**

## **DONNÉES STATISTIQUES SUR LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE ET LA REVUE DE LA DOCUMENTATION (En date du 14 avril 1995)**

1.	Nombre total de références et d'abrégés obtenus par la recherche bibliographique en ligne	2282
2.	Nombre total d'articles retenus après triage de la catégorie 1	304
3.	Nombre total d'articles, rapports et documents d'autres sources (bibliographie des articles, consultations de personnes ressources, etc.)	303
4.	Nombre total d'articles des catégories 2 et 3 jugés utiles pour l'étude en date du 14 avril 1995	231

## RÉSUMÉ DES ÉTUDES<sup>1</sup>

Auteur <sup>2</sup> / Année	Méthodologie	Modalité	Participants	Intervention/ exposition	Résultats	Puissance de l'étude <sup>3</sup>
Abelson, J., 1994	Revue	Rôles des prestataires	s/o <sup>4</sup>	Modèles de prestation de soins de santé primaires	La revue montre que les études ne présentent pas de modèle «idéal» de prestation de soins primaires et que peu de recherches d'évaluation rigoureuses ont été réalisées dans ce domaine.	Forte
Abramowitz, J., 1973	Étude comparative	Rôles des prestataires	-États-Unis -Auxiliaires dentaires	Utilisation d'équipes de soins dentaires comprenant des auxiliaires dentaires à fonctions élargies	Les résultats indiquent que l'emploi d'auxiliaires à fonctions élargies est pratique sur le plan de la qualité, du volume et des types de services, ainsi que pour des raisons économiques.	Modérée
Adebayo, A.B., 1995	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-Diplômés du programme de formation de représentants en santé communautaire de l'Alberta Vocational College, Lac La Biche, Alberta	Caractéristiques des représentants en santé communautaire	L'étude montre que la situation professionnelle, le lieu d'emploi et les tâches des représentants en santé communautaire sont conformes au but du programme de formation.	

ANNEXE 4

<sup>1</sup>Seules les études contenant des résultats empiriques sont résumées. Les études qui reflètent surtout l'opinion de spécialistes sont exclues.

<sup>2</sup>Seul le nom du premier auteur est indiqué.

<sup>3</sup>Seules les études comparatives sont évaluées en fonction de leur puissance méthodologique.

<sup>4</sup>s/o = sans objet.

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Angus, D., 1991	Étude descriptive	s/o	s/o	s/o	L'étude résume les principaux résultats et recommandations des commissions et groupes de travail provinciaux chargés des soins de santé.	
Baines, E., 1984	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Sud-est des États-Unis -Échantillon non randomisé de 50 soignants familiaux -Âge moyen de 73 ans, hommes et femmes	Effets de la prestation des soins sur les soignants familiaux	L'étude isole une série de facteurs de stress chez les soignants familiaux âgés d'adultes âgés invalides. Cependant, pour cette étude, les facteurs de stress se situaient dans les limites tolérables.	
Baldwin, D.C., 1978	Étude descriptive	Éducation/ Composition des effectifs/ Rémunération	-School of Medical Sciences, université du Nevada, Reno	Éducation interdisciplinaire et formation au travail d'équipe	L'étude contient de l'information sur l'effet de la formation interdisciplinaire, mais aucune donnée détaillée n'est fournie sur l'évaluation. Quelques idées utiles sur les équipes de soins de santé.	
Baldwin, D.R., 1994	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Sud-est des États-Unis -176 infirmières autorisées	Facteurs contribuant à la satisfaction au travail	L'étude décrit certaines innovations en gestion qui pourraient entraîner une plus grande satisfaction professionnelle.	
Baldwin, L.M., 1993	Étude de cohortes	Composition des effectifs/ Rémunération/Gestion des effectifs	-Seattle, Washington -109 patients à la Pike Clinic et 164 de leurs proches voisins -60 ans et plus	Équipe multidisciplinaire	Pour les patients de la clinique, les consultations annuelles étaient plus nombreuses, mais l'utilisation de la salle d'urgence et des services aux patients hospitalisés était plus faible que dans le cas de leurs voisins. La qualité des soins et le degré de satisfaction étaient élevés pour les patients de la clinique. Les résultats semblent indiquer que les différences d'utilisation sont attribuables à la coordination des soins.	Modérée

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Balinsky, W., 1993	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Programmes et travailleurs de soins à domicile dans la ville de New York	Shaired Aide Program (soins à domicile)	L'étude montre que le programme d'aide partagée fonctionne bien sur le plan de la rentabilité et de la satisfaction professionnelle.	
Balzer, J.A., 1980	Étude descriptive	Éducation	-228 étudiants en art dentaire et 576 en techniques dentaires dans 5 facultés d'art dentaire des É.-U.	Formation interdisciplinaire pour les étudiants en art dentaire et en techniques dentaires	L'étude conclut que les programmes de dentisterie préventive a bien fonctionné. Selon les étudiants, les programmes offraient une excellente expérience de formation interdisciplinaire.	
Bamberg, R., 1984	Étude descriptive	Rôles des prestataires/ Éducation	-College of Health Related Professions de l'université de Floride -264 anciens étudiants des programmes de baccalauréat	Paraprofessionnels polyvalents en santé	L'étude porte sur les diplômés de programmes de baccalauréat en diététique, technologie médicale, ergothérapie et physiothérapie. La plupart des diplômés ont déclaré qu'ils ressentaient le besoin d'être compétents dans des domaines extérieurs à leur profession. L'article décrit également les approches actuelles pour la formation de paraprofessionnels polyvalents en santé et indique de nouvelles stratégies pour la formation de ce personnel.	
Barr, J.K., 1992	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Employés de grandes entreprises aux États-Unis	Programmes en milieu de travail pour les employés soignants	L'étude traite des programmes en milieu de travail à l'intention des soignants familiaux qui s'occupent de personnes âgées et travaillent aussi à l'extérieur. Elle décrit aussi les programmes du genre offerts par certaines grandes entreprises.	
Bartlett, E.E., 1980	Revue	Éducation	s/o	Éducation en soins primaires pour le consommateur	L'article passe en revue des études empiriques portant sur le rôle de l'éducation sanitaire dans l'amélioration de l'issue de certaines maladies. Certaines initiatives éducatives se sont révélées fructueuses.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Bassoff, B.Z., 1983	Étude descriptive	Éducation	-Université de Pennsylvanie -Étudiants de six écoles professionnelles du domaine de la santé	Formation interdisciplinaire	L'auteur laisse entendre que la formation interdisciplinaire exerce des effets positifs. Aucune donnée empirique n'est présentée.	
Batchelor, G.M., 1975	Étude comparative	Rôles des prestataires	-Smithville-McMaster Family Medical Centre et comté de West Lincoln, Ontario -Patients de soins primaires	Médecine familiale avec infirmière clinicienne comme co-praticienne dans un centre de médecine familiale	L'étude a révélé certains changements d'attitude positifs à l'endroit des infirmières cliniciennes après deux ans.	Faible
Battista, R.N., 1983	Étude comparative	Composition des effectifs/ Rémunération	-Québec -praticiens en milieu urbain rémunérés à l'acte (165), praticiens en milieu rural rémunérés à l'acte (165), médecins salariés de CLSC (81) et médecins de centres de médecine familiale payés à la séance (69)	Médecins assurant des soins préventifs contre le cancer à des adultes dans un cadre de soins primaires	Ces travaux montrent que les médecins des CLSC fournissent de meilleurs soins et font plus de prévention. Le mode de rémunération et l'approche multidisciplinaire pourraient constituer une explication.	Faible
Baumgarten, M., 1992	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	Soignants familiaux de patients atteints de démence et membres de la famille de personnes atteintes de cataracte	Effets de la prestation de soins sur le bien-être psychosocial et physique des soignants	L'intensité de la dépression et des symptômes physiques était beaucoup plus grande chez les soignants que chez les non-soignants.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Beachey, W., 1988	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Employeurs de professionnels de la santé au Kansas	Professionnels de la santé polyvalents	Les objectifs de l'étude comprenaient l'examen des besoins en praticiens polyvalents, la relation entre la taille de l'hôpital et la perception de ce besoin ainsi que les combinaisons réalisables de compétences du point de vue de l'employeur. On propose également une approche générale pour l'élaboration d'un programme de formation visant la polyvalence.	
Beck-Friis, B., 1991	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Hôpital Motala, Suède -35 membres du personnel comprenant 21 aides infirmières, 9 infirmières autorisées et des médecins	Stress au travail et satisfaction professionnelle	L'étude révèle que ceux qu'on laissait libres de prendre des initiatives considéraient leur travail plus stimulant. Par conséquent, le roulement était moindre.	
Begley, C.E., 1989	Étude descriptive	Rôles des prestataires/Composition des effectifs et rémunération	9 projets de soins de santé primaires desservant des personnes à faible revenu au Texas	Effets du modèle organisationnel et de la composition des effectifs sur la rentabilité	Les projets dans lesquels le rapport non-médecins-médecins étaient le plus élevé se sont révélés les plus rentables.	
Begun, J.W., 1979	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Optométristes aux États-Unis	Professionnalisation de l'optométrie et coût des services	Les résultats montrent une corrélation entre le prix des services d'optométrie et la professionnalisation. Les coûts de la professionnalisation sont énormes.	
Begun, J.W., 1980	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Optométristes dans 4 États des États-Unis	Optométrie et réglementation professionnelle	Les normes régissant la pratique, imposées par les associations professionnelles, ont pour effet d'augmenter la complexité et le prix des services.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Benham, L., 1975	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Optométristes aux États-Unis	Interdictions d'ordre éthique imposées par les associations professionnelles	L'article indique que les interdictions d'ordre éthique imposées par les optométristes augmentent les prix et réduisent l'utilisation.	
Bentley, J.M., 1984	Étude comparative	Composition des effectifs/ Rémunération	-Pennsylvanie -1 859 enfants d'âge scolaire	Traitements dentaires pour enfants assurés par les auxiliaires dentaires à fonctions élargies et par des dentistes en pratique privée	L'étude révèle que les dentistes en pratique privée fournissent des soins plus économiques aux enfants d'âge scolaire que les dentistes en milieu scolaire.	Modérée
Berger, A., 1986	Étude descriptive	Éducation	-Étudiants en médecine préclinique dans une faculté de médecine de l'est de la Virginie	Formation interdisciplinaire	L'étude a révélé que les étudiants et les patients avaient réagi de façon positive à la formation interdisciplinaire.	
Berman, J.S., 1985	Revue	Rôles des prestataires	s/o	Comparaison entre thérapeutes paraprofessionnels et thérapeutes professionnels	L'étude a permis de constater que les paraprofessionnels pouvaient s'avérer aussi efficaces en psychothérapie que les thérapeutes ayant une formation professionnelle.	Forte
Billey, V., 1994	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Établissements et organismes de soins de santé en Alberta	Utilisation et formation de praticiens de la santé polyvalents	Le but de l'étude était de déterminer si les organisations de soins de santé de l'Alberta employaient des paraprofessionnels polyvalents et le type de professions pratiquant actuellement des activités polyvalentes. Les résultats semblent indiquer que la limitation des coûts et la rentabilité globale des opérations sont des forces qui influent sur les changements de rôle du personnel.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Birkel, R.C., 1993	Étude comparative	Continuum des ressources humaines	-Laredo, Texas; San Diego, Californie; San Juan, Porto Rico -1 616 sujets hispaniques utilisateurs de drogues injectables -Âge : de 13 à 82 ans	Utilisation de travailleurs sociaux issus du milieu pour informer des groupes cibles sur la prévention du sida	L'étude montre que l'utilisation de travailleurs d'approche issus du milieu est quelque peu efficace.	Faible
Black, D.P., 1976	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Infirmières en médecine familiale au Baie Verte Peninsula Health Centre, Terre-Neuve	Utilisation d'infirmières en médecine familiale dans les soins primaires	La participation d'infirmières cliniciennes semble améliorer grandement la qualité et l'accessibilité des soins primaires.	
Blayney, K.D., 1989	Étude descriptive	Rôles des prestataires	s/o	s/o	L'étude se penche sur l'histoire de la polyvalence dans les soins de santé.	
Bond, R.S., 1983	Étude comparative	Réglementation professionnelle	- États-Unis - Optométristes	Interdictions d'ordre éthique en optométrie	L'étude révèle que les interdictions d'ordre éthique, telles que les limitations de la publicité et d'autres pratiques commerciales, font augmenter les prix mais pas nécessairement la qualité des soins.	Modérée
Bossaert, L., 1989	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	Patients ayant subi un arrêt cardiaque et non-professionnels ayant reçu une formation en RCR en Belgique	Réanimation cardiorespiratoire par des passants	Les résultats montrent que la réanimation cardiorespiratoire par des passants accroît le taux de survie chez ceux qui subissent un arrêt cardiaque.	
Bozzini, L., 1988	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	CLSC au Québec	s/o	L'étude décrit les Centres locaux de services communautaires du Québec, y compris les caractéristiques des ressources humaines.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Bray, M.L., 1994	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines/ Rôles des prestataires	-Travailleurs des services d'approche -Femmes en soins prénatals -Familles hispanophones	Travailleurs des services d'approche hispanophones agissant comme aides infirmières	L'étude montre l'efficacité des travailleurs d'approche hispanophones dans l'amélioration de l'accès aux services et de l'utilisation des services.	
Brooks, S., 1989	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines/ Éducation	Bénévoles au Clarke Institute of Psychiatry, Toronto	Formation de bénévoles pour travailler auprès de personnes souffrant de troubles mentaux chroniques	L'étude décrit un programme de formation à l'intention des bénévoles ainsi que les résultats obtenus.	
Brown, S.A., 1988	Revue	Éducation	s/o	Effets de l'éducation des patients sur les connaissances, les comportements en matière d'initiatives personnelles et le contrôle du métabolisme	Les résultats d'une méta-analyse de 47 études appuient la notion voulant que l'éducation des patients aient des résultats positifs dans le cas des adultes diabétiques.	Modérée
Brown, S.A., 1992	Étude comparative	Éducation	-Collectivité rurale près de la frontière Texas-Mexique -30 patients de plus de 18 ans atteints de diabète sucré	Formation sur la diabète à l'aide d'une vidéocassette	L'étude montre que l'éducation à l'aide de vidéocassettes est efficace.	Faible
Brown, S.A., 1993	Revue (méta-analyse)	Rôles des prestataires	s/o	Soins fournis par des prestataires des échelons intermédiaires	Les infirmières cliniciennes et les infirmières sages-femmes ont obtenu chez les patients des résultats équivalents ou légèrement meilleurs que ceux des médecins. L'étude conclut que les infirmières qui ont des rôles élargis sont des prestataires rentables de soins primaires.	Forte

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Bull, M.J., 1990	Étude comparative	Continuum des ressources humaines	-Nord-est des États-Unis -Soignants de malades recevant leur congé d'un hôpital -45 ans ou plus -55 paires soignant-soigné	Fardeau des soignants	Selon l'étude, la santé des patients ayant reçu leur congé, la santé et les capacités fonctionnelles des soignants, etc. étaient inversement proportionnelles au fardeau des soignants.	Modérée
Bush, P.J., 1989	Étude comparative	Éducation	-District de Columbia, États-Unis -1 041 étudiants de race noire, hommes et femmes Âge moyen : 10,5 ans	Cours sur la prévention des facteurs de risque cardiovasculaire	L'étude montre que l'éducation sanitaire améliore l'état de santé.	Faible
Caldera, D., 1991	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Aides en santé communautaire en Alaska	Utilisation d'aides en santé communautaire	L'étude décrit la mise en place du programme d'aides en santé communautaire et les répercussions du programme.	
Caldera, D. et coll., 1991	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Aides en santé communautaire en Alaska	Utilisation d'aides en santé communautaire	L'étude décrit les rôles et les caractéristiques des aides en santé communautaire en Alaska.	
Cardenas, B.D., 1975	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-Résidents d'une région rurale du sud de la Saskatchewan -infirmières cliniciennes	Infirmières cliniciennes assurant les soins primaires en milieu rural	Les résultats impressionnants permettent de croire que les infirmières cliniciennes ont été bien acceptées par les résidents.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Carkhuff, R.R., 1968	Revue	Continuum des ressources humaines	s/o	Comparaison entre les non-professionnels et les professionnels qui aident les personnes ayant des problèmes de santé mentale	La revue montre que, de façon générale, les non-professionnels sont tout aussi efficaces que les professionnels pour ce qui est d'aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale.	
Casey, R., 1984	Étude comparative	Éducation	-Children's Hospital de Philadelphie -108 enfants et leurs parents	Intervention éducative auprès des parents en ce qui concerne le traitement de la fièvre	L'étude a révélé que l'éducation donnée au patient réduisait les consultations inutiles chez le médecin.	Modérée
Cermak, S.A., 1976	Étude descriptive	Acquisition de compétences	-Étudiants de cycle supérieur d'un programme d'ergothérapie à l'université de Boston	Expérience de travail sur le terrain en milieu communautaire	Vingt étudiants ont participé à des expériences de travail sur le terrain en milieu communautaire au moment de l'étude. L'étude ne présente pas de données d'évaluation.	
Ceslowitz, S.B., 1991	Étude descriptive	Éducation/Gestion des effectifs	-États-Unis -80 infirmières autorisées	Formation d'infirmières dans le domaine des soins de santé à domicile	L'étude propose des façons de faciliter la transition des infirmières entre l'hôpital et les soins à domicile.	
Chambers, L.W., 1977	Étude comparative	Rôles des prestataires	-Milieu rural, Terre-Neuve -Deux groupes de patients : expérimental (1 167) et témoin (1 146)	Introduction d'une infirmière en pratique familiale dans un cadre de soins primaires en milieu rural	L'étude montre que l'introduction d'une infirmière en pratique familiale donnait lieu à une augmentation de la prestation de soins primaires dans le groupe expérimental, à un déplacement du lieu de prestation de l'hôpital vers la collectivité et à une plus grande importance accordée à la prévention. Les coûts ont augmenté très légèrement à court terme et on n'a noté aucun changement mesurable de la qualité des services.	Modérée

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Chenoy, N.C., 1973	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-Centre-sud rural de l'Ontario -1 616 sujets hommes et femmes	Infirmière clinicienne dans un cadre de soins primaires	Les résultats indiquent une perception favorable à l'égard de la prestation de services par des infirmières dans des situations de maintien de la santé et de surveillance. Les soins personnels dispensés à domicile étaient hautement satisfaisants tandis que les sujets préféraient les soins fournis par un médecin lorsqu'ils étaient inquiets.	
Chichin, E.R., 1992	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Ville de New York -487 travailleurs des soins à domicile	Pratiques de gestion des soins à domicile	L'étude traite des approches de gestion possibles pour augmenter la satisfaction professionnelle.	
Chubon, S.J., 1991	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Sud-est des États-Unis -25 infirmières et 7 femmes au foyer ou aides à domicile	Satisfaction professionnelle chez les prestataires de soins à domicile	L'étude recommande des stratégies de gestion utiles pour améliorer les conditions de travail des prestataires de soins à domicile.	
Cohen, J.L., 1986	Étude comparative	Éducation	-Chapel Hill, Caroline du Nord -Arthritiques, hommes et femmes -Âge moyen : 65,5 ans	Cours d'autonomie personnelle pour les arthritiques, assuré par des non-spécialistes comparativement à des professionnels	L'étude a révélé que l'éducation du patient modifiait le niveau des connaissances, mais non le comportement ni les résultats.	Modérée
Conrad, D.A., 1981	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Législation visant la pratique dentaire aux États-Unis	Effets de la législation visant la pratique dentaire sur le coût des soins et le revenu des dentistes	Les limites imposées sur le nombre de cabinets par dentiste, l'absence d'accords de réciprocité concernant l'octroi des permis, les restrictions imposées quant au nombre d'hygiénistes par dentiste et les restrictions relatives à la publicité ont pour effet d'augmenter le coût des services et le revenu net des dentistes.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Cossette, S., 1993	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Montréal, Québec -89 conjointes francophones d'hommes atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive et vivant à la maison	Facteurs de stress auxquels doivent faire face les prestataires de soins non officiels	L'étude se penche sur la santé mentale et les facteurs de stress associés aux soins non officiels comme indicateurs de satisfaction. L'étude a démontré une corrélation entre, d'une part, le nombre de tâches de supervision et l'ampleur des dérangements occasionnés et, d'autre part, la santé mentale des soignants familiaux.	
Couser, S., 1990	Étude descriptive	Éducation	-Comté de Santa Clara, Californie -12 infirmières en santé communautaire	Formation pour infirmières en santé communautaire oeuvrant auprès de personnes âgées en perte d'autonomie	L'étude montre que l'éducation continue produit les résultats recherchés.	
Cummings, J.E., 1990	Étude comparative	Composition des effectifs/ Rémunération	-Edward Hines Jr, VA Hospital -244 patients souffrant d'incapacités graves -Âge moyen : 66 ans	Services de soins à domicile coordonnés dans un hôpital	L'étude compare différents modèles de gestion des ressources humaines. On note différents niveaux de satisfaction chez les soignants.	Forte
Dahlquist, G., 1987	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	185 familles vivant en milieu suburbain en Suède	Mesures prises pour régler les problèmes de santé	Les familles faisaient face à de très nombreux problèmes de santé sans communiquer avec des professionnels de la santé.	
Davidson, R.A., 1981	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-Caroline du Nord, Tennessee et New York -Médecins et infirmières cliniciennes	Désaccord entre médecins et infirmières cliniciennes concernant leurs rôles	Le travail a permis de constater qu'il y avait un désaccord entre médecins et infirmières cliniciennes concernant leurs rôles et qu'une définition claire des rôles pourrait mener à une plus grande satisfaction professionnelle.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Dean, K.J., 1983	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Danemark -Échantillon randomisé de 2 236 citoyens, hommes et femmes -âge : de 18 à 78 ans	Comportements axés sur les initiatives personnelles face à la maladie	L'âge, le sexe, l'état de santé perçu et une attitude confiante à l'égard des médecins étaient les variables les plus importantes en ce qui concerne les comportements face à la maladie.	
Dean, W.J., 1973	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Lois et règlements des États visant les assistants médecins aux États-Unis	Effets des lois et règlements sur les fonctions, la supervision, etc., des assistants médecins	La réglementation restrictive limite l'utilisation et l'efficacité des assistants médecins. L'étude recommande que tous les États envisagent de promulguer une loi qui permettra un recours maximal aux assistants médecins	
Denton, F.T., 1983	Étude descriptive (modélisation économétrique)	Rôles des prestataires	s/o	Utilisation d'infirmières cliniciennes	L'étude montre que l'utilisation des infirmières cliniciennes au Canada permettrait de réaliser des économies assez substantielles sur le plan du coût des soins de santé.	
De Savorgnani, A.A., 1993	Étude descriptive	Gestion des effectifs	Infirmières de soins à domicile aux États-Unis	Facteurs influant sur la satisfaction au travail	L'autonomie, la liberté de gérer le travail, les contacts avec les clients, etc., sont tous des facteurs qui contribuent à la satisfaction professionnelle et au maintien du personnel.	
Donovan, R., 1989	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Ville de New York -404 prestataires de soins à domicile	Conditions de travail des prestataires de soins à domicile	L'auteur présente des données sur les conditions de travail dans le secteur des soins à domicile et suggère qu'il est urgent de procéder à une réforme de la structure d'emploi des travailleurs de ce secteur à New York.	
Dracup, K., 1986	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Los Angeles, Californie -Bénévoles formés	Service communautaire d'information en santé spécialisé dans les maladies cardiovasculaires	L'étude montre que les bénévoles peuvent diffuser de l'information de manière efficace sur les maladies cardiovasculaires.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Drummond, M.F., 1991	Étude comparative	Gestion des effectifs	-Sud-ouest de l'Ontario -42 sujets hommes et femmes -60 soignants, hommes et femmes	Soutien des soignants non professionnels	L'étude montre que les programmes de soutien aux soignants leur fournissent une aide dont ils ont besoin et sont un investissement rentable.	Modérée
Duttera, M.J., 1978	Étude comparative	Composition des effectifs/ Rémunération	-Sud-est rural des États-Unis -14 modèles de soins primaires utilisant des assistants médecins	Différents modèles de soins comprenant des médecins et des assistants médecins	L'étude montre que les assistants médecins peuvent assurer des soins adéquats lorsqu'ils sont bien supervisés.	Faible
Conseil économique du Canada, 1981 (chapitre 10)	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Professions réglementées par la province, y compris les professions de la santé	s/o	Le rapport conclut que, bien que la réglementation professionnelle comporte des avantages, le coût de la forme la plus restrictive de réglementation -l'octroi de permis - est un facteur important. Cela s'applique aussi à la reconnaissance professionnelle, lorsqu'elle s'accompagne de restrictions qui obligent les employeurs à embaucher les personnes détenant le certificat approprié.	
Edmunds, M.W., 1978	Revue	Rôles des prestataires	s/o	Utilisation d'infirmières cliniciennes aux É.-U.	L'étude présente un résumé des études sur les infirmières cliniciennes et indique les tendances et les lacunes de la recherche en ce domaine.	
Edwards, N., 1992	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Hamilton, Ontario -94 étudiants d'anglais langue seconde, hommes et femmes -Âge moyen : 29,5 ans	Promotion de la santé/Défense des intérêts des immigrants en classes d'anglais langue seconde par les immigrants eux-mêmes	Les professeurs d'anglais langue seconde et les immigrants pourraient participer à la promotion de la santé. L'étude n'a pas fourni de données d'évaluation détaillées.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Eisenberg, M.S., 1979	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	927 patients ayant subi un arrêt cardiaque dans le comté de King, dans l'État de Washington	Rapport entre le temps écoulé avant que le patient se voit administrer la réanimation cardiorespiratoire et la survie après un arrêt cardiaque	Si la RCR est administrée dans les 4 minutes qui suivent l'arrêt cardiaque et si les soins professionnels sont fournis dans les 8 minutes, 43 % des victimes survivent. L'auteur soutient qu'une façon réaliste d'améliorer le taux de survie consiste à former le plus de citoyens possible à cette technique.	
Feldman, P.H., 1993	Étude comparative	Gestion des effectifs	-San Diego, New York, Milwaukee et Syracuse -11 organismes de soins à domicile	Quatre projets pilotes portant sur la vie professionnelle	L'étude a révélé que l'amélioration de la vie professionnelle pouvait réduire le roulement de personnel et améliorer la continuité des soins.	Modérée
Ferguson, G., 1993	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	Extra-Mural Hospital au Nouveau-Brunswick	s/o	L'étude décrit l'Extra-Mural Hospital du Nouveau-Brunswick, en particulier l'utilisation du personnel et la prestation des services.	
Fooks, C., 1990	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	5 professions de la santé qui s'auto-réglementent au Canada	Assurance de la qualité dans les 5 professions	L'étude montre que les approches actuelles visant à assurer la qualité des soins mettent trop l'accent sur le dépistage des mauvais praticiens. Selon les auteurs, cette mesure est insuffisante et ils proposent des solutions de remplacement.	
Fowkes, V.K., 1994	Étude descriptive	Éducation	Programmes de formation des prestataires des niveaux intermédiaires aux États-Unis	Préparation en vue de l'exercice de la profession dans des régions peu desservies	L'étude décrit les stratégies visant à encourager les diplômés des programmes de formation des prestataires des niveaux intermédiaires à offrir leurs services dans des régions peu desservies.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Gaumer, G.L., 1984	Revue	Réglementation professionnelle	s/o	Réglementation des praticiens de la santé	L'étude présente un résumé de nombreux articles traitant des effets défavorables d'une réglementation excessive. Elle conclut que des contrôles plus stricts n'aboutissent pas nécessairement à une amélioration de la qualité des services. Des pratiques restrictives contribuent invariablement à une hausse des honoraires et du revenu des praticiens. De même, les systèmes actuels de réglementation ne contrôlent pas efficacement les compétences initiales ou subséquentes des praticiens.	
Gee, E.M., 1990	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Canada -4 cohortes de naissance de différentes périodes : 1860, 1910, 1930 et 1960	Changements démographiques et soins non officiels	Les quatre cohortes de naissance sont examinées de deux points de vue, comme enfants et comme parents. L'analyse souligne la manière dont les changements démographiques influent sur la prestation de soins dans une société en vieillissement.	
Gee, E.M., 1993	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	s/o	Questions se rattachant aux soins non officiels	L'étude aborde des questions générales associées au vieillissement de la population. On y examine certaines questions de politique sociale liées au vieillissement de la société, dont l'équité entre générations, la politique de soins de l'enfant et les soins non officiels.	
Gibeau, J.L., 1993	Étude descriptive	Rôles des prestataires/ Éducation	-Franklin Medical Center, Massachussets et Bridgeport Visiting Nurse Association, Connecticut -Aides à domicile	Formation de paraprofessionnels pour soins de soutien psychiatriques à domicile	L'étude montre qu'on peut réussir à former les aides à domicile pour s'occuper de certains problèmes psychiatriques.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Gilbert, N.J., 1991	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Ouest du Massachussets -66 participants, surtout des femmes -Âge : de 20 à 68 ans	Roulement chez les prestataires de soins à domicile	L'étude se penche sur les principales raisons des départs volontaires dans le secteur des soins à domicile. Les résultats ont une incidence sur la pratique, la formation, la recherche et les politiques publiques.	
Giles, W., 1992	Étude comparative	Rôles des prestataires	89 femmes recevant des soins anténatals dans une clinique de soins anténatals à Sydney, en Australie	Comparaison entre les soins anténatals donnés par des sages-femmes et ceux donnés par des obstétriciens	La clinique de sages-femmes a réalisé des économies variant de 28 % à 68 % sur le plan des salaires. Les patientes prises en charge par des sages-femmes étaient satisfaites de la continuité des soins et de l'information fournies.	Modérée
Glasgow, R.E., 1992	Étude comparative	Éducation	-Slocum Sports Medicine Laboratory de l'université de l'Oregon -102 diabétiques, hommes et femmes -Âge : plus de 60 ans	Programme de formation de 10 séances sur l'auto-traitement pour les personnes de plus de 60 ans souffrant de diabète de type II	Les résultats indiquent que la formation des patients améliore l'auto-traitement.	Forte
Goepfinger, J., 1989	Étude comparative	Éducation	-États-Unis -374 arthritiques, hommes et femmes -Âge : de 27 à 88 ans	Éducation en autonomie en matière de santé pour les arthritiques	L'étude a révélé que l'éducation du patient favorisait les initiatives personnelles en matière de santé.	Modérée
Golladay, F.L., 1973	Étude descriptive (modélisation pour simulation)	Rôles des prestataires	s/o	Répercussions de l'utilisation d'assistants médecins sur la productivité des services de soins primaires	Le modèle de simulation révèle que les assistants médecins pourraient augmenter la productivité d'un service de soins primaires dans une proportion pouvant aller jusqu'à 74 %. Des augmentations substantielles de la productivité des médecins pourraient être réalisées au moyen de la délégation de fonctions.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Gordon, M.J., 1977	Étude descriptive	Éducation	-Faculté de médecine de l'université de Washington	Stage prédoctoral en médecine familiale	Les auteurs soutiennent que l'enseignement dans un cadre communautaire peut être efficace.	
Gravdal, J., 1987	Étude descriptive	Éducation	-Centre de santé communautaire de la faculté de médecine de l'université de l'Illinois, à Rockford -Étudiants en médecine de niveau prédoctoral	Programme de formation pour étudiants en soins primaires ambulatoires	L'étude présente un modèle de formation en soins primaires ambulatoires en médecine.	
Graveley, E.A., 1992	Étude comparative	Rôles des prestataires	-3 cliniques américaines desservant une clientèle de faible niveau socio-économique en majorité hispanophone -156 femmes enceintes	Prestation de soins prénatals par des médecins et infirmières cliniciennes spécialistes (grossesse à faible risque)	L'étude avance que l'utilisation d'infirmières cliniciennes spécialistes pourrait réduire substantiellement le coût des soins prénatals tout en conservant la qualité, ce qui permet une économie des ressources.	Faible
Gussow, Z., 1976	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	Groupes d'entraide aux É.-U.	Établissement et croissance de groupes d'entraide en santé, et services fournis à ces groupes. Intégration de ces groupes à la profession médicale.	Les groupes d'entraide en santé ont proliféré rapidement. Cela est dû apparemment à l'importance croissante des maladies chroniques et au fait que le système de santé n'a pas réussi à mettre en place des soins continus appropriés.	
Hagler, P., 1993	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Thérapeute en réadaptation au Canada	Personnel de soutien en réadaptation	L'étude présente les points de vue des thérapeutes en réadaptation quant au rôle et à l'utilisation du personnel de soutien dans les disciplines de réadaptation et quant à la formation que devrait recevoir ce personnel.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Haig, A.J., 1994	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	-États-Unis -41 patients, 13 hommes et 28 femmes -Âge : de 27 à 87 ans	Équipe multi- disciplinaire de réadaptation	L'étude conclut qu'une planification détaillée de réadaptation pour les patients ayant un accès limité à une équipe multidisciplinaire peut être accomplie en une seule visite.	
Hastings, J.E.F., 1973	Étude comparative	Composition des effectifs/ Rémunération	-Sault Ste. Marie, Ontario -3 300 travailleurs de l'acier et leur famille souscrivant à la Group Health Association, ou non	Comparaison entre services prépayés et services rémunérés à l'acte	Une comparaison de la fréquence des différents types de services fournis dans les deux systèmes a révélé que la Group Health Association accordait plus d'importance à la protection de la santé. Les deux types de services utilisaient les ressources humaines de façons différentes.	Modérée
Herbert, G.K., 1974	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-Rio Grande State Center for Mental Health and Mental Retardation à Harlingen, Texas -31 travailleurs du milieu	Utilisation de travailleurs du milieu en santé mentale	L'étude signale que le programme a été couronné de succès.	
Hernandez, R., 1990	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Organisations fournissant des services de santé en Caroline du Sud	Utilisation de prestataires polyvalents et besoins futures dans ce domaine	Les résultats de l'étude montrent qu'environ la moitié des organisations étudiées utilisaient des travailleurs polyvalents et qu'il existe un grand marché potentiel pour ce type de travailleurs. L'étude indique aussi que des économies pourraient être réalisées grâce à l'utilisation de travailleurs polyvalents.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Hollingsworth, E.J., 1993	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	-Wisconsin -12 programmes de soutien communautaires	Utilisation de paraprofessionnels et de professionnels	Les résultats de l'enquête montrent que 38 % de tous les prestataires étaient des paraprofessionnels et que le recours à ce type de prestataires était plus courant dans le cadre des programmes ruraux.	
Hood, J.N., 1994	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Sud-ouest des États-Unis -146 infirmières autorisées, infirmières auxiliaires agréées et femmes au foyer	Effets de l'intérêt manifesté par l'employeur à l'endroit du personnel	L'étude indique que l'intérêt manifesté par l'employeur à l'endroit du personnel accroît la satisfaction professionnelle et diminue le roulement.	
Howard, J., 1971	Étude descriptive	Éducation	-Centre médical de l'université de la Californie à San Francisco	Enseignement interdisciplinaire	L'étude souligne certains des problèmes liés à la formation interdisciplinaire des prestataires de soins de santé.	
Jenkinson, D., 1988	Étude comparative	Éducation	-Royaume-Uni -177 asthmatiques âgés de 3 à 49 ans	Utilisation d'une brochure et d'une audiocassette pour enseigner aux asthmatiques des techniques d'auto-traitement	L'étude a révélé que l'augmentation des connaissances du patient sur l'asthme aidait à l'auto-traitement de cette affection. Une brochure ou une cassette préparée à cette fin peut servir à accroître les connaissances des patients sur l'utilisation des médicaments.	Faible
Jones, D.A., 1992	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-Royaume-Uni -1 066 personnes âgées de 70 ans ou plus -256 soignants non officiels	Stress perçu par les soignants non officiels de personnes âgées	L'étude a révélé que les soignants qui estimaient que leur rôle leur causait beaucoup de stress étaient plus susceptibles de dire qu'ils accepteraient des soins en établissement pour leurs personnes à charge.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Jones, P.M., 1990	Étude comparative	Éducation	-États-Unis -34 personnes ayant elles-mêmes signalé un diagnostic de diabète sucré -Âge : de 25 à 65 ans, hommes et femmes	Cours sur les techniques d'auto-surveillance de la glycémie	L'étude a permis de montrer qu'un cours d'autonomie en matière de santé augmentait la capacité du patient à prendre soin de lui-même.	Modérée
Juhl, N., 1993	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Centre-ouest rural des États-Unis -258 infirmières autorisées pratiquant en santé publique et en soins à domicile	Satisfaction professionnelle chez les infirmières en santé publique et en soins à domicile en milieu rural	L'étude compare les infirmières en soins à domicile aux infirmières en santé publique. Certaines questions liées à la gestion et à la satisfaction professionnelle sont abordées.	
Jutras, S., 1991	Étude descriptive	Gestion des effectifs	294 soignants non officiels au Québec	Facteurs influant sur le fardeau des soignants	Le niveau d'aide fournie, la participation à des activités de soins personnels de la vie quotidienne, l'interaction avec des professionnels pour le compte de la personne âgée, l'autonomie fonctionnelle et l'état de santé de la personne âgée, etc., sont autant de facteurs qui influent sur le fardeau des soignants non officiels.	
Kahn, M.W., 1981	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Travailleurs en santé mentale, issus du milieu, aux É.-U.	Utilisation de travailleurs en santé mentale issus du milieu	L'étude examine l'utilisation de techniciens autochtones en santé mentale oeuvrant dans une réserve indienne et soutient qu'il s'agit d'une approche efficace.	
Kelley, V.R., 1977	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines/Éducation	20 «aidants naturels» dans un centre de santé mentale communautaire en milieu rural, en Iowa	Formation de prestataires de soins oeuvrant dans d'autres disciplines que la santé mentale, afin qu'ils fournis- sent des services de santé mentale	On peut former les prestataires de soins communautaires de manière qu'ils puissent fournir des services efficaces de santé mentale en milieu rural.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Kethley, A., 1982	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-État de Washington -31 organismes de soins à domicile	Perceptions des infirmières et travailleurs sociaux quant à leurs rôles	L'étude montre des conflits de territoire potentiels entre les infirmières et les travailleurs sociaux. Elle présente des stratégies visant à reconnaître les conflits de territoire potentiels dans les organismes de soins à domicile et à en venir à bout.	
Key, J.C., 1973	Étude descriptive	Éducation	Programme de formation médicale en Caroline du Nord	Formation médicale axée sur les soins communautaires	L'étude parle des premiers efforts pour élaborer des expériences de formation en milieu communautaire rural pour les étudiants de médecine et d'autres disciplines en santé.	
Kind, A.C., 1985	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Park Nicolet Medical Center à Minneapolis -315 patients atteints de diverses maladies infectieuses	Thérapie par voie intraveineuse à l'extérieur de l'hôpital	L'étude montre que l'antibiothérapie intraveineuse auto-administrée est faisable et rentable et ne comporte pas d'effets indésirables.	
Kindig, D.A., 1975	Revue	Rôles des prestataires/ Acquisition de compétences	s/o	Formation interdisciplinaire pour équipes de soins primaires	L'étude soutient que l'efficacité de l'approche multidisciplinaire n'a pas été bien démontrée et propose des façons d'améliorer la formation interdisciplinaire.	
Kobayashi, R.H., 1990	Étude comparative	Continuum des ressources humaines	12 enfants âgés de 2 à 17 ans, présentant une immunodéficience primaire aux É.-U.	Auto-administration d'immunoglobulines par voie intra- veineuse à domicile	L'étude ne révèle aucune différence dans la fréquence des infections et l'utilisation d'antibiotiques durant l'étude, par comparaison à une période antérieure.	Faible
Komaroff, A.L., 1976	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Assistants médecins dans une clinique de diabète du Boston City Hospital	Utilisation d'assistants médecins pour le traitement du diabète et de l'hypertension	L'étude indique qu'un assistant médecin peut accomplir certaines tâches de façon adéquate.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Langsley, D.G., 1983	Étude descriptive	Rôles des prestataires/Gestion des effectifs	s/o	Rôle changeant des psychiatres dans les centres communautaires de santé mentale	Les psychiatres ont été de plus en plus mis à l'écart dans les centres communautaires de santé mentale étant donné que leurs anciennes fonctions ont été prises en charge par d'autres prestataires de soins en santé mentale.	
Larkin, G.V., 1980	Étude descriptive	Réglementation professionnelle/rôles des prestataires	-Dentistes -Auxiliaires dentaires -Grande-Bretagne	Utilisation des auxiliaires dentaires	L'étude examine les stratégies employées par les dentistes au Royaume-Uni pour répartir les tâches. L'élimination puis la réintroduction contrôlée des auxiliaires dentaires sont traitées, de même que certaines des conséquences de la restriction des rôles.	
Levesque, L., 1991	Revue	Continuum des ressources humaines	s/o	Soignants non officiels de personnes atteintes de démence	L'étude examine le rapport entre le soutien social et le bien-être des soignants non officiels et soulève des questions liées aux politiques et à la recherche.	
Levy, B.S., 1971	Étude quasi-comparative	Rôles des prestataires	-Madera County Hospital, Californie -Femmes recevant des soins prénatals	Comparaison : sages-femmes et médecins	L'étude permet de démontrer l'efficacité des soins prénatals fournis par les sages-femmes.	
Lomas, J., 1985	Étude descriptive	Rôles des prestataires	s/o	Utilisation d'infirmières cliniciennes pour des services actuellement fournis par des omnipraticiens	Les auteurs ont mis au point une méthode relativement simple permettant d'évaluer le remplacement potentiel des omnipraticiens par des infirmières cliniciennes. Selon le modèle, de 20 à 32 % des omnipraticiens de l'Ontario, en 1980, auraient pu être remplacés.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Low, G., 1987	Étude descriptive	Rôles des prestataires	14 directeurs d'organisations communautaires de santé et 12 médecins d'exercice privé	Utilisation de praticiens polyvalents	Les résultats indiquent qu'il y a déjà des praticiens polyvalents dans certains établissements. Les faits appuient l'élaboration d'une formation de praticiens polyvalents.	
Lucas, M.D., 1988	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Caroline du Sud -741 infirmières	Facteurs liés à la satisfaction professionnelle chez les infirmières en santé publique	L'étude mesure le niveau de satisfaction professionnelle chez les infirmières en santé publique. Les principaux facteurs de satisfaction étaient l'importance du travail, les relations interpersonnelles et les réalisations.	
Mahoney, D.F., 1994	Étude descriptive	Éducation	-États-Unis -Soignants familiaux, de race blanche, de sexe féminin et mariés, pour la plupart	Programme de formation à l'intention des soignants familiaux d'adultes âgés	L'étude démontre l'utilité de la formation pour les soignants non spécialistes.	
Manga, P., 1994	Revue	Rôles des prestataires	s/o	Substitution des rôles dans le personnel	La revue examine des études sur l'efficacité et la rentabilité de la substitution des rôles dans le personnel. Elle appuie l'utilisation appropriée de la substitution des rôles dans les soins de santé.	
May, K.M., 1991	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Arizona -9 bénévoles âgés de 22 à 45 ans	Programme communautaire de soins prénatals assuré par des travailleurs des services d'approche (bénévoles du quartier)	Les auteurs avancent que le recours à des bénévoles de quartier, quoique souhaitable, comporte certaines difficultés.	
Mazzuca, S.A., 1982	Revue	Éducation	s/o	Éducation des patients dans le traitement des affections chroniques	L'étude montre qu'un programme d'éducation peut aider les patients à mettre en pratique leur plan d'auto-traitement.	Modérée

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
McCally, M., 1977	Étude descriptive	Éducation	-États-Unis -54 programmes (assistants médecins) et 60 programmes (infirmières cliniciennes)	Formation inter- professionnelle, assistants médecins et infirmières cliniciennes	Parmi les étudiants, 70 % des assistants médecins et 38 % des infirmières cliniciennes avaient au moins une activité en classe partagée avec un autre groupe de professionnels de la santé. Cependant, l'étude n'évalue pas suffisamment ces activités de formation interdisciplinaire.	
McDermott, P.T.,	Étude descriptive	Rôles des prestataires/ Éducation	Thérapeutes dentaires dans les Territoires du Nord-Ouest	Utilisation de thérapeutes dentaires dans les collectivités éloignées	L'étude examine l'utilisation et la formation des thérapeutes dentaires autochtones pour pallier la pénurie de personnel dans le nord du Canada. Les auteurs soutiennent qu'on peut réussir à former les autochtones à accomplir divers actes dentaires.	
McLean, C.L., 1991	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Travailleurs en santé communautaire au Canada	Utilisation de travailleurs en santé communautaire	L'étude décrit les rôles et les caractéristiques des paraprofessionnels autochtones oeuvrant en santé communautaire.	
Meikle, M., 1979	Étude comparative	Rôles des prestataires	-University College Hosp., Londres, R.-U. -31 patients hommes et femmes -Orthophonistes et bénévoles	Professionnels et bénévoles pour le traitement de la dysphasie	L'étude a révélé que des bénévoles et des orthophonistes obtenaient des résultats similaires dans le traitement de la dysphasie.	Modérée
Miller, S.L., 1976	Étude comparative	Éducation	-Service communautaire de soins dentaires du Health Center de l'université du Texas à San Antonio -Étudiants en médecine dentaire	Cours de 20 heures sur les soins dentaires aux patients âgés ou atteints d'affections chroniques	Le programme ne semble pas avoir réussi à produire les changements d'attitude souhaités chez les étudiants en ce qui concerne la prestation des soins.	Faible

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Morewood-Northrop, M., 1994	Étude descriptive	Gestion des effectifs	Infirmières dans les Territoires du Nord-Ouest	Formation et autres initiatives visant à améliorer la qualité de vie au travail	En plus de donner une description générale des rôles et du travail des infirmières dans les T.N.-O., l'étude signale que diverses initiatives, telles que le partage des tâches et des locaux d'hébergement indépendants pour les infirmières, contribuaient à réduire de 30 % le taux de roulement.	
Mullen, P.D., 1985	Revue	Éducation	s/o	Éducation destinée au patient	L'article examine des études portant sur les programmes d'éducation pour les personnes souffrant de problèmes de santé à long terme. Différentes techniques éducatives sont comparées. La cote d'évaluation obtenue au programme éducatif constituait le plus fort prédicteur de l'effet, tant pour les connaissances que pour les erreurs dans la prise de médicaments.	
Murray, E., 1995	Étude descriptive	Éducation	-University College London Medical School, R.-U.	Coût de la formation médicale en milieu communautaire	Le coût de l'enseignement des compétences cliniques de base en milieu communautaire est assez élevé, mais il comporte plusieurs avantages.	
Muzondo, T.R., 1980	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	s/o	Attribution des permis d'exercice et revenus professionnels	L'étude porte à croire que les interdictions d'ordre éthique telles que les restrictions sur la publicité et la concurrence des prix font augmenter le revenu des praticiens.	
Neale, A.V., 1992	Étude comparative	Éducation	Résidents en médecine familiale	Formation en visites à domicile pour les médecins	L'étude indique que le programme a eu du succès en général. Les résidents étaient plus nombreux à considérer les visites à domicile comme une partie importante de l'exercice de leur profession.	Faible

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Nicoletti, J., 1975	Étude comparative	Éducation	-Arvada, Colorado -11 femmes bénévoles du Jefferson County Mental Health Center -Âge : de 24 à 40 ans	Formation intensive en communication et dans d'autres domaines relatifs à un centre com- munautaire de santé mentale	L'étude indique que la formation accroît l'efficacité des bénévoles.	Faible
O'Donnell, J.M., 1977	Étude comparative	Continuum des ressources humaines/Éducation	-Ben Gordon Community Mental Health Center, DeKalb, Illinois -40 sujets hommes et femmes	Comparaison entre bénévoles et professionnels pour la prestation d'un service téléphonique d'urgence en santé mentale	L'étude démontre l'efficacité des services d'urgence en santé mentale assurés par des bénévoles.	Faible
Office of Technology Assesment, 1986	Revue	Rôles des prestataires	s/o	Utilisation d'infirmières cliniciennes, d'assistants médecins et d'infirmières sages-femmes	La revue examine la qualité des soins, l'accès aux soins, la rentabilité, etc. Elle conclut que les prestataires des échelons intermédiaires fournissent des soins de qualité équivalente à celle des soins fournis par les médecins.	Forte
Oktay, J.S., 1990	Étude comparative	Gestion des effectifs	-Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland -93 paires soignant-patient témoins -98 paires recevant une intervention Âge : 65 ans ou plus	Programme de soutien posthospitalier à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs soignants	L'étude montre que le programme de soutien donne des résultats contradictoires bien qu'il ait réussi à réduire l'utilisation.	Faible
Ondrejka, D., 1983	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	Programme d'auto- médication dans l'industrie	Programme d'auto- médication dans le secteur privé	L'étude montre que les programmes d'automédication épargnent du temps aux travailleurs et aux infirmières.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Osborn, E.H.S., 1986	Étude descriptive	Éducation	-Étudiants aux grades supérieurs en santé publique de l'école de santé publique de l'université de Californie à Berkeley et de la faculté de médecine de San Francisco	Formation en soins primaires communautaires	L'auteur prétend que les étudiants ayant suivi le programme ont augmenté leur base de connaissances.	
Osterweis, M., 1980	Étude descriptive	Éducation	Georgetown University Community Health Plan Inc., États-Unis	Formation d'étudiants en médecine et en soins infirmiers pour la prestation de soins primaires en équipe dans une HMO	Les étudiants formés dans le cadre du projet ont acquis de bonnes compétences cliniques et ont amélioré leurs compétences dans les domaines de la négociation du rôle professionnel et de la communication.	
Padgett, D., 1988	Revue	Éducation	s/o	Interventions éducatives et psychosociales	Les résultats, basés sur un examen de 93 études, démontrent les effets positifs de l'éducation du patient.	Forte
Parcel, G.S., 1994	Étude comparative	Acquisition de compétences	199 patients et leurs soignants primaires dans 2 centres de traitement de la fibrose kystique aux É.-U.	Auto-traitement de la fibrose kystique	L'étude montre que les connaissances seules ne suffisent pas à encourager l'auto-traitement.	Faible
Polich, C., 1990	Étude descriptive	Éducation	-HMO aux États-Unis (contrats Medicare) -Médecins de HMO	Prestation de soins à domicile par l'entremise des HMO	L'étude examine les problèmes auxquels font face les médecins dans les soins à domicile, y compris leur manque de formation dans ce domaine.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Pontell, H.N., 1982	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Programme Medi-Cal en Californie	Processus concernant le traitement des abus commis par les médecins	L'étude révèle les problèmes associés à l'influence professionnelle qu'exercent les médecins sur l'adoption de comportements conformes à l'éthique.	
Posavac, E.J., 1980	Revue (méta-analyse)	Éducation	s/o	Programmes d'éducation des patients	L'étude montre que les programmes d'éducation du patient ont des effets dans certains domaines.	Faible
Quick, R., 1987	Étude descriptive	Rôles des prestataires	Aides en santé communautaire en Alaska	Utilisation d'aides en santé communautaire	L'étude décrit les caractéristiques des aides à domicile. Les autres prestataires et les consommateurs ont généralement une opinion favorable de ces travailleurs.	
Rabinowitz, H.K., 1988	Étude descriptive	Éducation	-États-Unis -31 652 diplômés de facultés de médecine	Stages en médecine familiale	Au moyen d'une analyse statistique de données administratives, l'étude démontre qu'un stage en médecine familiale influe sur le choix de la médecine familiale comme spécialisation et sur la décision d'exercer cette profession dans les régions peu desservies.	
Ramsey, P., 1993	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-Mountain City Extended Hours Health Center, Tennessee -101 sujets	Utilisation d'infirmières cliniciennes	Les infirmières cliniciennes spécialisées en médecine familiale fournissent des soins utiles et satisfaisants dans le contexte clinique.	
Rasmussen, F., 1989	Étude comparative	Éducation	-Comté d'Uppsala, Suède -572 mères et leurs enfants âgés de 6 à 12 mois	Brochure sur l'autonomie en matière de santé et séances éducatives à l'intention des mères sur les maladies des jeunes enfants	L'étude montre que l'éducation améliore les décisions dans l'auto-traitement.	Faible

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Record, J.C., 1980	Revue	Rôles des prestataires	s/o	Utilisation d'infirmières cliniciennes et d'assistants médecins	La revue examine des études sur l'utilité clinique et la rentabilité de l'emploi d'infirmières cliniciennes et d'assistants médecins. Elle montre que ces prestataires fournissent une grande partie des services de soins primaires et que le niveau de qualité et de productivité de ces services est élevé.	Modérée
Redman, S., 1991	Étude comparative	Éducation	-Australie -360 femmes	Programme éducatif anténatal	Les résultats semblent indiquer que l'éducation en santé n'arrive pas à modifier les comportements.	Faible
Rehm, S.J., 1983	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Cleveland Clinic Hospital -Patients souffrant de diverses infections -Âge : de 24 à 44 ans, hommes et femmes	Antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile	Démonstration des effets positifs et de la rentabilité de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile.	
Reid, M.L., 1979	Étude comparative	Rôles des prestataires	Programme d'infirmières sages-femmes en milieu, en Georgie	Mise en oeuvre d'un programme d'infirmières sages-femmes	Au fur et à mesure que le programme était mis en place, le taux de mortalité infantile dans les 4 pays étudiés baissait. On a constaté aussi une diminution du taux de mortalité néonatale, de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale et de bébés nés avant terme.	Modérée
Reinke, B., 1986	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	3 programmes de soutien des communautés autochtones aux États-Unis	Différents modèles d'organisation du personnel	Les 3 modèles (travailleur en service social individualisé, paraprofessionnel-assistant et équipe) comportent des points forts et des limites. Chaque programme a adapté son organisation en fonction de sa clientèle, de la taille de la zone de recrutement et de la disponibilité des autres ressources humaines.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Renaud, M., 1980	Étude comparative	Composition des effectifs/ Rémunération	-Région de Montréal, Québec -111 omnipraticiens de CLSC ou de cliniques privées de groupe	Différents modes de rémunération des médecins	L'étude indique que les médecins des CLSC obtenaient de meilleurs résultats que leurs homologues en cabinet privé, exerçant en groupe.	Faible
Riordan, J., 1991	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Centre-ouest des États-Unis -104 infirmières	Satisfaction professionnelle parmi les infirmières en santé communautaire	L'étude a révélé qu'il y avait une corrélation élevée entre le prestige et la satisfaction professionnelle chez les infirmières en santé communautaire et en soins à domicile. Autres facteurs contribuant à la satisfaction professionnelle : l'autonomie et les interactions sociales.	
Ritter, G., 1985	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Comté de Lucas, Ohio et comté de Kent et Southfield, Michigan -2 142 patients ayant subi un arrêt cardiaque	Réanimation cardiorespiratoire par des passants	L'étude montre que la réanimation cardiorespiratoire améliore le taux de survie des personnes subissant un arrêt cardiaque.	
Roberts, C.R., 1983	Étude comparative	Acquisition de compétences	433 familles clientes d'une clinique de médecine familiale à Columbia, au Missouri	Mise en place d'un court programme d'éducation sanitaire	On a constaté qu'après l'éducation des patients, le taux de consultations inutiles pour des infections des voies respiratoires supérieures dans le groupe expérimental était inférieur à celui du groupe témoins, et ce, dans une proportion de 44 %. Aucune augmentation n'a été relevée en ce qui concerne les complications.	Modérée
Roberts, D.N., 1990	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Sud rural de l'Illinois -393 travailleurs en santé communautaire, hommes et femmes	Satisfaction professionnelle et conservation du personnel en santé communautaire	L'étude suggère certaines stratégies de gestion pouvant améliorer la satisfaction professionnelle.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Robichaud, J.B., 1991	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	365 centres communautaires de services de santé et de services sociaux au Canada	Rapport entre les types de services offerts et le personnel utilisé	En plus de décrire les tendances en dotation, l'étude montre que le nombre et le type de travailleurs dans un centre sont associés aux types de services fournis.	
Rooks, J.P., 1992	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines/ Composition des effectifs/ Rémunération	18 000 femmes dans 89 centres de naissance aux É.-U.	s/o	L'étude décrit les caractéristiques des femmes qui utilisent les centres de naissance, les types de services utilisés, le nombre et le type de prestataires de soins prénatals dans les centres, etc.	
Roth, D., 1993	Étude descriptive	Rôles des prestataires/ Éducation	-États-Unis -Infirmières auxiliaires agréées et aides infirmières agréées	Projet de programme éducatif pour enseigner la thérapie intraveineuse aux infirmières auxiliaires et aux aides infirmières agréées	L'étude traite de la façon dont les infirmières auxiliaires et les aides infirmières agréées peuvent être formées à pratiquer la thérapie intraveineuse.	
Rubin, R.R., 1989	Étude comparative	Éducation	-Johns Hopkins Diabetes Center, Baltimore -165 diabétiques	Programme d'éducation à l'autonomie en matière de santé pour les diabétiques	L'étude montre que l'éducation sur le diabète améliore l'autonomie dans les soins.	Modérée
Rudmann, S.V., 1989	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-États-Unis -197 HMO basées sur le modèle du contrat avec un groupe de médecins (Group Model) et le modèle du personnel médical salarié (Staff Model)	Utilisation de paraprofessionnels polyvalents dans les HMO	Beaucoup de HMO basés sur le modèle du contrat avec un groupe de médecins et le modèle du personnel médical salarié employaient des travailleurs polyvalents qui recevaient pour la plupart une formation sur le tas.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Russell, E.M., 1985	Revue	Continuum des ressources humaines	s/o	Groupes d'autonomie ou d'entraide en matière de santé	L'étude présente des conséquences à considérer sur le plan des politiques pour l'application de ces programmes.	
Schulz, R., 1990	Revue	Continuum des ressources humaines	s/o	Stress subi par des soignants non officiels	L'étude examine les conséquences d'une exposition prolongée ou cumulative aux stress subi par les soignants. Les résultats semblent indiquer une vulnérabilité accrue aux affections physiques chez les soignants.	
Seacat, M., 1977	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	s/o	s/o	L'étude décrit la nature et l'organisation des centres de santé de quartier aux É.-U., ainsi que les problèmes auxquels ils font face. Les études d'évaluation montrent généralement que ces centres soutiennent la comparaison avec d'autres modes de prestations de soins similaires.	
Sekscenskie, E.S., 1994	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Réglementation régissant la pratique des prestataires des échelons intermédiaires dans 50 États des É.-U.	Effets du milieu de pratique sur l'offre de prestataires des échelons intermédiaires	La réglementation (c.-à-d. le statut juridique, le mode de remboursement et le pouvoir de rédiger des ordonnances) des assistants médecins, des infirmières cliniciennes et des infirmières sages-femmes varie beaucoup d'un État à l'autre. On a constaté une forte corrélation entre les milieux de pratique favorables et une offre plus grande de ces types de prestataires.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Seltzer, M.M., 1992	Étude comparative	Éducation	175 patients âgés en consultation externe et membres de leur famille au Beth Israel Hospital, à Boston	Programme de formation des membres de la famille de patients âgés, visant à leur permettre de prendre en charge leur parent âgé	L'étude montre que les membres de la famille des patients du groupe expérimental ont accompli beaucoup plus de tâches relative à la prise en charge de leur parent âgé que ceux du groupe témoin. Par ailleurs, on n'a constaté aucune augmentation du fardeau pour les soignants.	Modérée
Sheehan, N.W., 1989	Étude comparative	Éducation	-Hartford, Connecticut -200 bénévoles religieux et laïques et prestataires de services sociaux	Formation sur la diffusion de l'information aux soignants familiaux	Le projet a réussi à mobiliser les participants pour qu'ils répondent aux besoins des soignants en matière d'information et à accroître leurs connaissances sur le vieillissement et la prestation de soins.	Faible
Shepard, L., 1978	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	Autorités chargées de l'octroi des permis aux États-Unis	Effets des pratiques des autorités d'État chargées de l'octroi des permis	Les auteurs soutiennent que les restrictions dans l'attribution des permis font augmenter les coûts des services dentaires et réduisent l'offre de la main-d'oeuvre dans ce secteur.	
Sheps, S., 1984	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	-La Reach Community Clinic à Vancouver, en C.-B.	Utilisation des critères et du système d'évaluation de l'essai comparatif randomisé de Burlington pour l'évaluation	La méthode d'évaluation des soins primaires utilisée s'est révélée tant pratique qu'économique.	
Shewan, C.M., 1984	Étude comparative	Rôles des prestataires	-Ontario -100 patients aphasiques, hommes et femmes -Âge : de 29 à 85 ans	Orthophonistes et bénévoles	L'étude montre qu'il existe peu de différences entre des orthophonistes et des bénévoles formés quant à l'efficacité du traitement des patients aphasiques.	Modérée

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Shi, L., 1993	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-États-Unis -Centres de santé communautaire en milieu rural et pour travailleurs itinérants	Utilisation d'infirmières cliniciennes, d'assistants médecins et d'infirmières sages-femmes dans des centres de santé en milieu rural et pour travailleurs itinérants	L'étude montre que la demande, le lieu géographique et les politiques de recrutement des centres sont également d'importants facteurs déterminants dans l'utilisation de prestataires non-médecins.	
Shuster, G.F., 1992	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Sud-est des États-Unis -129 infirmières d'organismes de soins à domicile en milieu urbain ou rural	Satisfaction professionnelle dans les soins infirmiers à domicile	L'étude révèle que le type de travail effectué par les infirmières influe sur leur satisfaction professionnelle.	
Smith, H.L., 1994	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-États-Unis -52 infirmières, 94 femmes au foyer 41 membres du personnel de soutien	Leadership et qualité de vie professionnelle dans les soins à domicile	Les résultats indiquent que, pour les membres du personnel, le comportement axé sur le leadership est fortement lié à la satisfaction professionnelle, à la participation active et aux chances de rester à l'emploi de l'organisation. On a montré que ces attitudes étaient liées à un meilleur rendement.	
Sox, H.C., 1979	Revue	Rôles des prestataires	Ne s'applique pas	Utilisation d'infirmières cliniciennes et d'assistants médecins	L'étude montre que les infirmières cliniciennes et les assistants médecins fournissent en cabinet des soins de même qualité que les soins donnés par un médecin.	Modérée
Spitzer, W.O. et D.J. Kergin, 1973	Étude descriptive	Éducation	-Programme de formation pour les infirmières cliniciennes à la McMaster University, en Ontario -Étudiantes inscrites au programme	Programme de formation pour les infirmières cliniciennes	22 des 23 étudiantes ont satisfait aux critères généraux de formation.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Spitzer, W.O. et coll., 1973	Étude comparative	Composition des effectifs/Rémunération/Éducation/Rôles des prestataires	-Centre-sud de l'Ontario -Infirmières de 14 cabinets de médecine familiale	Prestation de soins par des infirmières cliniciennes et des médecins de famille	L'étude a révélé qu'il était survenu d'importants changements dans le groupe expérimental. Les infirmières cliniciennes consacraient plus de temps aux activités cliniques que les infirmières du groupe témoin, sans provoquer pour autant une diminution des tâches cliniques accomplies par les médecins. Ceux-ci déléguaient plus d'activités professionnelles aux infirmières cliniciennes qu'aux autres.	Modérée
Spitzer, W.O., 1976	Étude comparative	Rôles des prestataires	-Ontario, Canada -Infirmières cliniciennes	Utilisation des infirmières cliniciennes	Les résultats font état de l'efficacité, des économies et de la satisfaction du prestataire et du patient associées à l'utilisation d'infirmières cliniciennes.	Modérée
Spitzer, W.O., 1978	Étude descriptive	Rôles des prestataires	-Burlington et Smithville, Ontario	Comparaison : prestation de services par des infirmières cliniciennes et des médecins	L'étude montre que les équipes médecin-infirmière sont rentables et que le modèle pourrait survivre dans un environnement de rémunération à l'acte.	
Stone, R., 1987	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-États-Unis -1 924 soignants	Soignants non spécialistes de personnes âgées en perte d'autonomie	L'étude décrit les caractéristiques des soignants non officiels. Ceux-ci sont surtout des femmes, dont une proportion assez importante est âgée de plus de 65 ans. Une minorité fait appel aux services officiels.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Stone, R.I., 1990	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-États-Unis -1 003 soignants n'étant pas le conjoint du patient, ayant moins que 65 ans	Effets sur les soignants non officiels	L'étude traite des difficultés qu'il y a à travailler et à prendre soin de personnes âgées. Ceux qui s'occupent de personnes âgées exigeant plus de soins sont plus susceptibles de prendre un congé sans solde, de demander une diminution des heures de travail ou encore de réorganiser leur horaire de travail de façon à assumer leurs responsabilités familiales.	
Sullivan, J.A., 1978	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	-State University of New York, Buffalo -1 101 infirmières cliniciennes	Emploi et utilisation des infirmières cliniciennes	L'étude a révélé que la perception du statut juridique des infirmières cliniciennes qu'avaient les infirmières elles-mêmes et leurs employeurs constituait le principal obstacle à leur utilisation et à leur emploi.	
Sullivan, M.J.L., 1993	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	Programmes d'extension en réadaptation au Canada	Activités et organisation des programmes d'extension en réadaptation	La plupart des répondants à l'enquête pensaient que la principale responsabilité de la prestation des soins incombait au niveau communautaire. Le besoin d'élargir le type de services et le nombre de collectivités desservies a été reconnu.	
Szasz, G., 1974	Étude descriptive	Éducation	Programme de formation interdisciplinaire, University of British Columbia	Formation interdisciplinaire	L'étude décrit un programme de formation interdisciplinaire à la University of British Columbia et fait ressortir les problèmes de la formation interdisciplinaire.	
Tanner, L.A., 1972	Étude comparative	Éducation	-Département de médecine familiale et École de nursing de l'université de Miami -61 étudiants	Projet de formation en équipe interdisciplinaire	L'étude montre que la formation réussit à modifier ou à faire naître certaines attitudes.	Modérée

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Temple-Smith, M.J., 1989	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Australie -689 infirmières en santé communautaire	Raisons de devenir une infirmière en santé communautaire	L'étude traite de l'admission à la profession, de la satisfaction professionnelle, de la mobilité professionnelle, de la perception des choix de carrière et de la formation.	
Tilson, H.H., 1973	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-États-Unis -40 centres de santé de quartier -1 055 médecins	Facteurs influant sur le maintien des médecins	L'étude montre que les caractéristiques organisationnelles des centres de santé de quartier avaient une incidence sur le roulement des médecins. Ceci pourrait avoir des conséquences sur la gestion.	
Timpson, J., 1983	Étude descriptive	Éducation	Federal Sioux Lookout Zone Hospital, Sioux Lookout, Ontario	Programme de formation pour les travailleurs en santé mentale issus du milieu	L'étude décrit la formation des travailleurs autochtones en santé mentale et les services qu'ils fournissent.	
Vickery, D.M., 1983	Étude comparative	Éducation	1 623 ménages inscrits à la Rhode Island Group Health Association	Programmes de formation en soins auto-administrés	On a constaté dans les trois groupes expérimentaux des diminutions statistiquement significatives dans l'utilisation des soins médicaux, par comparaison au groupe témoin. En moyenne, la diminution était de 36,4 %.	Faible

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Vohlonen, I., 1989	Étude comparative	Composition des effectifs/ Rémunération	Résidents et médecins dans 4 villes de Finlande	Différents modes de remboursement des médecins	L'étude a montré que les médecins salariés de la fonction publique produisaient un rendement global au moins égal à celui de leurs homologues du secteur privé.	Forte
Voltmann, J.D., 1975	Étude descriptive	Rôles des prestataires	6 infirmières cliniciennes à Jamestown, New York	Utilisation d'infirmières cliniciennes en milieu rural ou défavorisé	L'étude soutient que la réorganisation des rôles et des responsabilités des médecins et des infirmières cliniciennes peut aider à faire face aux pénuries de médecins.	
Walcott-McQuigg, J.A., 1992	Étude descriptive	Gestion des effectifs	-Centre-ouest des États-Unis -67 infirmières en santé communautaire	Facteurs de stress chez les infirmières en santé communautaire	Les résultats indiquent que les questions de gestion sont liées au stress des infirmières en santé communautaire.	
Warrick, L.H., 1992	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines	-Sud-ouest de l'Arizona -Femmes mexico-américaines de 15 à 38 ans	Programme d'extension et de soins prénatals assuré par des pairs	L'étude indique que le programme est généralement efficace, mais elle ne fournit pas de données détaillées.	
Webb, P.A., 1980	Étude comparative	Éducation	-États-Unis -123 patients hypertendus de race noire et à faible revenu, hommes et femmes -Âge moyen de 30 ans	Comparaison de l'éducation du patient, du counseling psychosocial et des soins donnés par des médecins de famille	L'étude démontre que l'éducation des patients n'aboutit pas à de meilleurs résultats de santé que les soins fournis par des médecins de famille.	Faible

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Weber, C.L., 1993	Étude quasi-comparative	Composition des effectifs/ Rémunération	-Canada -120 employés d'organismes de soins communautaires et 1 365 employés d'hôpitaux, hommes et femmes	Satisfaction professionnelle - Comparaison entre l'hôpital et l'organisation de santé communautaire	L'étude a révélé que les travailleurs des organisations de soins communautaires étaient généralement plus satisfaits de leur emploi que leurs homologues travaillant dans les hôpitaux.	
Wertz, R.T., 1986	Étude comparative	Continuum des ressources humaines	-États-Unis -121 patients aphasiques âgés de 75 ans ou moins	Comparaison entre orthophonistes et bénévoles formés	L'étude a montré que les orthophonistes et les bénévoles formés obtenaient des résultats semblables.	Forte
Weston, J.L., 1980	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	s/o	Variations selon les États en ce qui concerne les contraintes juridiques et le paiement des infirmières cliniciennes et des assistants médecins	Il y a une corrélation entre les politiques gouvernementales de paiement et les contraintes juridiques concernant les infirmières cliniciennes et les assistants médecins ainsi que leur distribution.	
Wiernikowski, J.T., 1991	Étude descriptive	Continuum des ressources humaines/ Éducation	-Hôpitaux Chedoke et McMaster, Hamilton, Ontario -13 enfants et leur famille	Antibiothérapie intraveineuse à domicile en oncologie pédiatrique	L'étude attire l'attention sur l'efficacité d'un programme d'antibiothérapie intraveineuse à domicile.	
Wilson, P.R., 1986	Étude descriptive	Réglementation professionnelle	s/o	s/o	L'étude montre qu'en cas de fraudes et d'abus commis par des médecins, l'introduction de mécanismes de surveillance et de contrôle professionnels s'avère inefficace.	

<b>Auteur/ Année</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Modalité</b>	<b>Participants</b>	<b>Intervention/ Exposition</b>	<b>Résultats</b>	<b>Puissance de l'étude</b>
Wilson, S.R., 1993	Étude comparative	Continuum des ressources humaines	-Nord de la Californie -323 patients adultes du Kaiser Permanente souffrant d'asthme modéré à grave -Âge : de 18 à 50 ans	Deux types de formation en auto-traitement pour les asthmatiques adultes	L'étude démontre que l'éducation du patient réussit à améliorer les techniques d'auto-traitement.	Forte
Wise, H., 1972	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	Équipes de soins de santé du Dr. Martin Luther King Jr. Health Center, Bronx, New York	Formation et fonctionnement d'une équipe de soins primaires	L'étude semble indiquer qu'une formation traditionnelle inappropriée des médecins et infirmières peut causer le mauvais fonctionnement de l'équipe de soins de santé.	
Wood, J., 1991	Étude descriptive	Composition des effectifs/ Rémunération	6 initiatives de soins anténatals au Royaume-Uni	Prestation de soins anténatals dans un cadre de soins primaires	Les résultats indiquent que les soins anténatals communautaires intégrés amélioreraient l'issue des grossesses.	
Young, T.K., 1988 (chapitre 7)	Étude quasi-comparative	Rôles des prestataires	Communautés autochtones dans la Sioux Lookout Zone, en Ontario	Différences dans la disponibilité des ressources en santé, y compris les ressources humaines	L'étude n'a pas montré de différences significatives sur le plan des diverses mesures de l'état de santé entre les communautés dotées de postes sanitaires et d'infirmières et les communautés dotées d'aides-hygiénistes seulement.	