

ADJOINTS AU MEDECIN

Kristen Burrows, Meredith Vanstone et Ian Jones

Adjoints au médecin au Canada

DÉFINITION DE LA PROFESSION D'ADJOINT AU MÉDECIN

Les adjoints au médecin (AM) assurent une vaste gamme de services médicaux pour appuyer les soins de santé centrés sur le patient. Travaillant souvent de façon autonome sous la supervision d'un médecin superviseur, ils possèdent un ensemble défini de connaissances et les compétences cliniques et procédurales nécessaires pour collaborer efficacement avec les médecins. Les AM complètent les services existants et aident à améliorer l'accès des patients aux soins de santé grâce aux activités suivantes : interroger les patients pour documenter leurs antécédents; effectuer des examens physiques; effectuer les interventions ou les processus diagnostiques et thérapeutiques désignés; conseiller les patients sur les soins de santé préventifs; et effectuer toutes les tâches dans leur domaine d'expertise que le médecin superviseur peut déléguer. (Ashton, Aiken et Duffie, 2007; Jung 2011).

HISTOIRE DE LA PROFESSION D'ADJOINT AU MÉDECIN AU CANADA

LA MONTÉE DES AM AU CANADA

Les adjoints au médecin sont formés et employés pour la première fois par les Forces canadiennes dans les années 1950 à titre d'« assistants médicaux 6B ». La vaste étendue de leur pratique est idéale dans le contexte militaire (Jung, 2011). Au milieu des années 1980, ils obtiennent leur nouveau titre d'adjoints au médecin (Jung, 2011) et entrent officiellement dans le système public de soins de santé canadien au Manitoba en 1999. Depuis, les AM ont étendu leur pratique à d'autres provinces, dont l'Ontario, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick. Les AM s'établissent aux États-Unis dès le milieu des années 1960, alors que les médecins et les éducateurs reconnaissent la nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé.

TABLEAU 1 : Ligne du temps de l'expansion des AM au Canada (Jones et Hooker, 2011)

Année	Événement
1984	Les Forces canadiennes élargissent les capacités des adjoints au médecin, ouvrant la voie à l'expansion du modèle d'AM
1990	En raison des ressources limitées au sein de l'armée, l'idée des AM gagne en crédibilité
1999	La <i>Loi médicale du Manitoba</i> réglemente les assistants médicaux, y compris les AM, en tant qu'assistants médicaux certifiés
1999	L'Académie canadienne des adjoints aux médecins (maintenant l'Association canadienne des adjoints aux médecins) est agréée
2003	L'AMC reconnaît les AM comme des professionnels de la santé
2003	La première AM civile officiellement reconnue commence à travailler au Manitoba (Sciences cardiaques, puis chirurgie plastique en 2004)
2007	Le projet HealthForceOntario est mis en œuvre; l'un de ses objectifs est de doter les services d'urgence et les cliniques d'AM et de diplômés en médecine formés à l'étranger travaillant comme AM
2009	Les AM sont introduits au Nouveau-Brunswick
2009	Le Profil national de compétences et le champ d'exercice des AM sont révisés en fonction de CanMEDS
2010	L'Alberta devient la quatrième province à reconnaître les AM
2010	HealthForceOntario lance le premier programme de subventions de démarrage de carrière pour soutenir les employeurs intéressés à embaucher des diplômés du programme d'AM en Ontario
2012	Le Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS) présente son rapport au ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur la question à savoir si la profession d'AM en Ontario devrait être réglementée en vertu de la <i>Loi sur les professions de la santé réglementées</i> .
2013	Le projet de démonstration des AM commence en Alberta
2017	Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'adresse à l'OMCO en ce qui a trait à la surveillance réglementaire des AM
2020	Le ministre de la Santé de l'Ontario s'engage verbalement à faire avancer la législation et à réglementer les AM sous l'autorité de l'OMCO. L'Alberta annonce que les AM sont une profession de la santé réglementée en vertu de l'article 21 de la <i>Health Professions Act</i> . Le règlement est confirmé par décret le 30 octobre 2020.

N.B. : Voir le tableau 2 pour une ligne du temps concernant la formation des AM au Canada.

En plus de travailler au sein du système de santé public canadien, les AM sont aujourd'hui employées par l'industrie privée, qui fournissant des soins de santé aux travailleurs des régions éloignées. Partout au pays, les AM sont soutenus et développés afin d'améliorer l'accès des patients aux services médicaux et de réduire les temps d'attente.

REPRÉSENTATION NATIONALE DES AM

En 1999, l'Académie canadienne des AM a été créée comme organisation professionnelle nationale pour défendre les intérêts des adjoints au médecin. Soutenue par les Forces canadiennes, l'Académie est destinée à devenir autosuffisante et éventuellement inclure les AM civils (Association canadienne des adjoints au médecin, 2014). Elle change ensuite de nom pour devenir l'Association canadienne des adjoints au médecins (ACAM) afin de clarifier son rôle en tant qu'association professionnelle plutôt qu'en tant que fondation.¹

En 2003, l'Association médicale canadienne (AMC) a reconnu que les AM sont considérés comme une profession des sciences de la santé désignée dans le cadre du processus d'accréditation conjoint de l'AMC (Association médicale canadienne, Association canadienne des adjoints au médecins, 2012). L'année suivante, l'AMC accrédite également le programme d'AM de l'École des

Services de santé des Forces canadiennes. Dans le cadre des exigences du programme en matière de reconnaissance professionnelle, l'ACAM autorise le Conseil de certification des adjoints au médecin du Canada, un organisme indépendant, à établir un examen national de certification. Vingt candidats réussissent le premier examen national en 2005 (Jones, Seo, Chauhan et Buske, 2011; Jung, 2011).

FORMATION DES ADJOINTS AU MÉDECIN AU CANADA

PROGRAMME D'AM DES FORCES CANADIENNES

En 1984, les Forces canadiennes lancent le premier programme de formation des AM au Canada par l'entremise de leur École des services de santé (maintenant le Centre d'instruction des Services de santé des Forces canadiennes). Le programme consiste maintenant en 48 semaines d'apprentissage didactique, suivies d'une deuxième année de 13 rotations cliniques supervisées à travers le Canada. Les étudiants sont choisis parmi les techniciens médicaux possédant une qualification de technicien médical de niveau 6A travaillant au sein des Services de santé des Forces canadiennes, ayant obtenu le grade de sergent et ayant terminé leur qualification élémentaire en leadership. Les nouveaux venus ont généralement de 12 à 15 ans de service militaire et doivent

TABLEAU 2 : Évolution de la formation des AM au Canada

Année	Événement
2004	Le programme d'AM du Centre d'instruction des Services de santé des Forces canadiennes est accrédité par le processus d'accréditation conjoint de l'AMC
2004	Première promotion de 16 diplômés du Centre d'instruction des Services de santé des Forces canadiennes
2005	Premier examen national de certification
2008	L'Université du Manitoba lance la maîtrise en études d'adjoint au médecin
2008	L'Université McMaster lance le programme de formation des adjoints au médecin
2009	Le Profil national de compétences et le champ d'exercice des AM sont révisés en fonction de CanMEDS
2009	L'École des Services de santé des Forces canadiennes accorde son premier baccalauréat en médecine à un AM de la School of Allied Health Professions de l'Université du Nebraska
2010	Le Consortium for PA Education (l'Université de Toronto, le Michener Institute for Applied Health Sciences et la Northern Ontario School of Medicine) forme sa première cohorte
2010	L'Université McMaster et l'Université du Manitoba accordent le diplôme à leur première cohorte
2011	Le Consortium of PA Education de l'Université de Toronto accorde le diplôme à sa première cohorte
2015	Le champ d'exercice et le Profil national de compétences de l'ACAM sont mis à jour et se nomment maintenant CanMEDS-PA (édition de 2015) de façon à refléter les changements apportés à CanMEDS 2015
2016	L'Association médicale canadienne annonce la dissolution de ses services d'accréditation en formation des professionnels de la santé. La recherche d'un nouvel organisme d'accréditation commence
2017	Le Conseil de certification des adjoints au médecins du Canada (CCAMC) propose d'encadrer l'accréditation jusqu'à ce qu'une entente officielle soit en place avec un nouvel organisme d'accréditation
2020	Le groupe de travail pour l'accréditation de 2020 et l'ACAM entament des discussions avec Agrément Canada

avoir suivi plusieurs cours dans le domaine paramédical et passé un grand nombre d'heures en formation clinique. Les diplômés en AM des FAC sont admissibles à l'examen national de certification et ceux qui réussissent sont promus au grade d'adjudant (Mertens et Descoteaux, 2017). Dans le cadre d'une restructuration professionnelle en avril 2017, les AM admissibles des FAC ont été transférés d'une profession de personnel non-officier à une profession d'officier.

Les Forces canadiennes collaborent avec la School of Allied Health Professions de l'Université du Nebraska depuis 2009 pour permettre aux AM dans l'armée d'obtenir un baccalauréat (Université du Manitoba, 2014). À cette époque, les universités canadiennes n'offraient pas de programmes de formation d'AM et n'étaient pas intéressées à reconnaître le service militaire antérieur en vue de conférer un baccalauréat, alors que l'Université du Nebraska offrait déjà un programme de diplôme similaire à l'US Air Force. En 2020, les Services de santé des Forces armées canadiennes ont lancé une sollicitation de suivi pour les travaux publics visant à obtenir des placements universitaires pour les étudiants en AM des FAC dans des universités canadiennes accréditées ayant des programmes de formation d'AM et les discussions sont en cours.

PROGRAMMES CIVILS D'AM

Il existe actuellement trois programmes civils de formation des AM au Canada : le programme de formation des adjoints au médecin de l'Université McMaster, offert en Ontario; le Consortium de formation des adjoints au médecin, également en Ontario; et la maîtrise en études des adjoints au médecin de l'Université du Manitoba

au Manitoba. Des programmes sont également en cours d'élaboration en Alberta, mais aucun programme officiel n'a été établi.

Ontario

Les programmes ontariens offrent un diplôme intensif de premier cycle de deux ans (adjoint au médecin) et exigent un minimum de deux ans d'études de premier cycle avant l'admission au programme.

Le programme de formation des adjoints au médecin de l'Université McMaster s'inspire des programmes d'études de l'école de médecine de l'Université. La première année comprend des tutoriels d'apprentissage axés sur des problèmes, des compétences cliniques, des compétences en communication et des stages longitudinaux; la seconde consiste en un stage de 48 semaines (c.-à-d. une série de stages cliniques) qui comprend des rotations de base en médecine d'urgence, en médecine interne, en médecine familiale, en pédiatrie, en psychiatrie, en gériatrie, en chirurgie générale et des cours au choix. Le programme accepte actuellement 24 étudiants par année scolaire et 249 étudiants (en date de novembre 2020) ont obtenu leur diplôme depuis son lancement.

Le programme du Consortium of Physician Assistant Education est offert par l'Université de Toronto, le Michener Institute for Applied Health Sciences et la Northern Ontario School of Medicine. Le programme consiste en une année préclinique impliquant des blocs « résidentiels » en personne, des stages longitudinaux et des cours universitaires en ligne, et une deuxième année de stages cliniques dans diverses rotations médicales ainsi que des cours continus de promotion de la santé, de médecine fondée sur des éléments probants et d'éthique. Le Consortium de l'Université de

TABLEAU 3 : Sommaire des programmes de formation des adjoints au médecin canadiens

Détails du programme	Université McMaster, Hamilton, ON	Université de Toronto, Toronto, ON	Université des Manitoba, Winnipeg, MB Centre,	Forces canadiennes Health Services Training Borden, ON
Programme	Civil	Civil	Civil	Militaire
Titre du programme décerné	Université de McMaster Programme d'adjoint au médecin Formation des AM	The Consortium of PA Education (Université de Toronto (Faculté de médecine), Michener Institute for Applied Health Sciences et la School of Medicine)	Université du Manitoba (Master of Physician Assistant Studies)	Adjoint/Adjointe au médecin Montreal Ontario Adjoint/Adjointe au médecin*
AMC/ACAM Diplôme d'accréditation	1 ^{re} accréditation en 2010. Dernière accréditation (statut de 6 ans) en 2016	1 ^{re} accréditation en 2012. Dernière accréditation (statut de 6 ans) en 2017	1 ^{re} accréditation en 2010. Dernière accréditation (statut de 6 ans) en 2016	1 ^{re} accréditation en 2004. Dernière accréditation (statut de 6 ans) en 2016

*Diplôme décerné par le programme d'AM de la School of Allied Health Professions de l'Université du Nebraska.

Toronto a accordé 249 diplômes (en date de novembre 2020).

Manitoba

Le Master of Physician Assistant Studies de l'Université du Manitoba est actuellement le seul programme d'AM de deuxième cycle au Canada. On y accepte actuellement 15 étudiants par an (avant 2017, on acceptait 12 étudiants par an) et chacun doit détenir un baccalauréat de quatre ans, répondre aux exigences de l'université en ce qui a trait aux études supérieures et avoir suivi des cours préalables spécifiques en anatomie humaine, en physiologie humaine et en biochimie. La première année du programme consiste en une formation académique didactique suivie de 13 mois de rotations cliniques couvrant la médecine familiale, la médecine interne, la chirurgie, l'orthopédie/la médecine du sport, la pédiatrie, la psychiatrie, la santé communautaire, la médecine d'urgence, l'obstétrique/la gynécologie, l'anesthésie clinique et des cours au choix. Les diplômés, au nombre de 136 en date de novembre 2020, doivent effectuer un projet de recherche (Capstone) en plus du curriculum de CanMEDS-PA.

Les quatre écoles canadiennes d'AM enseignent le modèle médical aux étudiants, reflétant la formation des étudiants en médecine de premier cycle. Les étudiants font face à une courbe d'apprentissage abrupte et doit terminer leur formation dans un délai de deux ans, une formation comprenant généralement une année de science clinique et une année de stage (rotations cliniques).

Bien que les exigences d'admission diffèrent d'un programme à l'autre parmi ces quatre programmes, les diplômés canadiens en AM en ressortent avec un ensemble de compétences et une base de connaissances assez homogènes qui peuvent s'adapter à n'importe quel milieu clinique. En outre, chaque programme est tenu de respecter une norme élevée par l'entremise d'un processus d'accréditation cyclique pour que les étudiants soient admissibles à l'obtention du diplôme, et admissibles à contester l'examen national de certification.

AGRÈMENT

L'Association médicale canadienne a accrédité pour la première fois le programme d'AM des FAC en 2004 et était responsable de la supervision de l'accréditation du programme d'AM canadien jusqu'à son retrait des services d'accréditation des professionnels de la santé en février 2018. L'ACAM et un groupe de travail sur l'accréditation des AM poursuivent leurs discussions afin de s'aligner avec Agrément Canada. Chaque programme d'AM a reçu un statut d'accréditation de six ans lors des visites sur place respectives en 2016 et en 2017, et le Conseil de certification des adjoints au médecin du Canada assure la supervision de l'accréditation en attendant qu'un nouvel organisme d'accréditation soit formalisé.

ÉMERGENCE D'UNE FORMATION MÉDICALE FONDÉE SUR LES COMPÉTENCES ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES

Compte tenu des parallèles entre la formation des AM et la formation médicale de premier cycle et de la nature du rôle d'AM, le cadre CanMEDS-PA décrit également les compétences de l'AM dans les rôles d'expert médical, de communicateur, de collaborateur, de chef, de défenseur de la santé, de chercheur et de professionnel. Afin de s'aligner sur l'évolution de l'éducation médicale vers les APC et l'éducation médicale axée sur les compétences, des APC spécifiques à l'AM ont été élaborées en se basant sur un examen systématique des APC par les éducateurs de l'AM aux États-Unis et aux Pays-Bas, l'Association des facultés de médecine du Canada et l'American Academy of Medical Colleges. Les nouvelles APC proposées pour les AM au Canada identifient des tâches dans le cadre de CanMEDS-PA afin de délimiter les activités requises pour que les AM puissent entrer en exercice. Par exemple, un critère en matière d'APC pour les AM exige qu'un AM collabore en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, y compris le fait d'accorder ou de recevoir un transfert des soins d'un patient à la responsabilité des soins de transition (Jones & Burrows, 2018). Les responsables de l'éducation dans le programme d'AM présenteront les APC proposées à l'ACAM et aux autres parties prenantes en 2021, avant les prochains cycles d'accréditation et afin d'assurer un examen continu des compétences des AM.

CERTIFICATION DES ADJOINTS AU MÉDECIN

Le Conseil de certification des adjoints au médecin du Canada (CCCAM) est responsable d'administrer l'examen canadien de certification des AM, et ce, indépendamment de tout établissement d'enseignement, afin de s'assurer que les AM certifiés respectent les normes nationales (selon le profil national de compétences, CanMEDS-PA) de la profession. Les candidats doivent être diplômés d'un programme d'AM canadien accrédité et être membres de l'ACAM. Les AM formés aux États-Unis peuvent également contester l'examen canadien s'ils ont obtenu leur diplôme d'un programme accrédité de l'Accreditation Review Commission (ARC-PA) des États-Unis et qu'ils sont certifiés par la National Commission on Certification of Physician Assistants (NCCPA).

L'examen national de certification est actuellement offert une fois par an et consiste en 250 questions à choix multiples. Pour conserver leur statut auprès de la CCPA, les AM doivent renouveler annuellement leur adhésion à l'ACAM et déclarer 40 crédits d'activités annuelles de formation professionnelle continue, pour un total de 400 crédits sur un cycle de 5 ans. Les AM autorisés par le CCPA sont inscrits comme utilisateurs du Portefeuille électronique de Mainport auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (site Web de la Politique de la FPC du CCAMC).

COMPÉTENCES DE BASE NÉCESSAIRES POUR LES AM

En 2015, l'ACAM a affiné le profil national de compétences et le champ d'exercice des AM (intitulé CanMEDS-PA, 2015) pour mieux détailler ce que la formation des AM leur permet de faire et les services qu'ils peuvent apporter. Le profil national des compétences de l'AM se base sur plusieurs sources :

- Le profil de compétences professionnelles de 2006 des AM, qui résulte d'un examen interne du profil de compétences professionnelles de 2001 fourni à l'AMC
par l'École des services de santé des Forces canadiennes
- Le profil de compétences des AM de l'Ontario
- Les quatre principes de la médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada
- Le cadre CanMEDS 2005 (CanMeds, 2005)
- Le profil national des compétences des AM de 2009
- Le cadre CanMEDS 2015 (CanMeds, 2015)

La norme CanMEDS-PA (2015) est actuellement la norme acceptée au Canada; elle a été mise à jour à partir du Profil national de compétences de 2009. Elle définit les compétences fondamentales que les AM généralistes devraient posséder à l'obtention de leur diplôme (Jones et al., 2011). Le profil de compétences décrit les attentes envers chacun des rôles définis dans CanMEDS, y compris ceux-ci :

- **Expert médical** : Les AM doivent intégrer les rôles thématiques abordés par CanMEDS; cela implique notamment d'appliquer ses connaissances médicales et ses compétences cliniques et démontrer une attitude professionnelle lors de la prestation de soins centrés sur le patient.
- **Communicateur** : Les AM doivent avoir d'excellentes compétences en communication, compétences essentielles pour établir des rapports et inspirer la confiance, pour formuler des diagnostics provisoires, pour donner des informations et pour faciliter un plan de soins commun.
- **Collaborateur** : Les AM doivent collaborer avec le médecin superviseur afin d'optimiser les soins aux patients et contribuer à l'équipe de soins de santé interprofessionnels.
- **Leader** : Les AM se livrent activement à établir des cabinets viables, à améliorer l'efficacité et à faire des choix systématiques collaboratifs lors de l'allocation des ressources en soins de santé.
Auparavant nommé gestionnaire.

- **Défenseurs de la santé** : Les AM promeuvent la santé et le bien-être des patients, des communautés et des populations.
- **Chercheurs** : Les AM s'engagent à dédier leur vie entière à l'apprentissage réflexif et à l'application et au transfert des connaissances médicales.
- **Professionnel** : Les AM sont dévoués à la santé et aux soins des autres, guidés par l'éthique et un engagement envers la compétence clinique dans le cadre de leur champ d'exercice.

Le Profil de compétences des AM de l'Ontario décrit les compétences que les AM de l'Ontario doivent posséder et maintenir, peu importe leur spécialité ou leur milieu (Mikhael, Ozon et Rhule, 2007).

Le cadre CanMEDS créé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada définit les compétences des AM et fournit un profil complet utile aux éducateurs, aux médecins, aux chercheurs, aux autres professionnels de la santé, aux fonctionnaires et au public (ACAM, 2009). Le cadre CanMEDS 2015 est la 3^e édition du Cadre de compétences des médecins CanMEDS. Les révisions futures de CanMEDS-PA intégreront probablement les normes proposées relatives aux APC des AM et garantiront que la formation des AM continuera d'être alignée sur la formation médicale de premier cycle et des cycles supérieurs (en mettant l'accent sur la formation médicale axée sur les compétences).

CHAMP D'EXERCICE DES ADJOINTS AU MÉDECIN

Au Canada, les AM sont formés comme généralistes et leur champ d'exercice est déterminé par les connaissances et l'expérience spécialisées qu'ils acquièrent en partenariat avec leur médecin superviseur. Une description de l'exercice ou une directive médicale convenue par le médecin et par l'AM peuvent également aider à définir le champ d'exercice des AM. Le profil national des compétences, CanMEDS-PA, sert de cadre aux compétences et aux connaissances requises en matière d'accès à la l'exercice de la profession (ACAM, 2009; Mikhael, et al., 2007).

Le champ d'exercice et le Profil national de compétences ont été créés avec le soutien du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS D'UN CHAMP D'EXERCICE LARGE

Il est avantageux que les AM aient un champ d'exercice large et flexible qui leur permet de collaborer efficacement avec le ou les médecins superviseurs pour étendre les soins aux patients dans les équipes de santé familiale, les cliniques privées, les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé. Cependant, cette position a été critiquée par des groupes qui s'opposent aux AM et qui affirment que la sécurité ne peut pas être garantie dans un champ d'exercice aussi large (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010). D'autres soutiennent que depuis sa création, la profession d'AM a mis l'accent sur une approche généraliste médicale, permettant la mobilité horizontale et l'adaptabilité plutôt qu'une formation spécialisée ciblée (Physician Assistant History Society, 2013). Indépendamment du débat, les AM agissent comme un prolongement des médecins et, par conséquent, travaillent dans le champ d'exercice de leurs médecins superviseurs. Cela permet un rôle de soins de santé flexible et adaptatif qui peut servir à combler les lacunes dans plusieurs milieux de soins de santé.

CHAMP D'EXERCICE ACTUEL

Les AM canadiens travaillent dans des domaines médicaux variés, que ce soit la médecine familiale, la médecine interne, la médecine d'urgence, la dermatologie, la néphrologie, la chirurgie orthopédique, la neurologie, les maladies infectieuses et la gériatrie, pour ne nommer que ceux-là, et leur formation leur permet de prendre les antécédents des patients, effectuer des examens physiques, demander et interpréter des analyses, diagnostiquer et traiter les maladies et donner des conseils sur les soins de santé préventifs. Ils peuvent également développer d'autres compétences spécialisées supplémentaires en travaillant avec un médecin superviseur.

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DES ADJOINTS AU MÉDECIN

PROBLÈMES EN LIEN AVEC LA COLLECTE DE DONNÉES

En raison de l'absence d'un registre national obligatoire, on ne dispose actuellement pas de données démographiques complètes sur les AM. Les informations existantes ont été collectées volontairement auprès des membres de l'ACAM, mais n'incluent pas nécessairement tous les AM qui travaillent au Canada. Le Conseil de certification des adjoints au médecin du Canada (CCAMC) répertoriait 884 AM certifiés canadiens (ACAM, 2019) en août 2019, mais l'ACAM répertoriait 639 AM en exercice dans sa liste de membres (c.-à-d. sans compter les membres étudiants ou retraités). Un nombre important d'AM ne font pas partie des données démographiques recueillies par l'ACAM. De plus, les AM américains certifiés sont admissibles à travailler au Canada sous leur certification désignée de PA-C.

Les AM sont également employés dans le cadre de diverses initiatives ministérielles en Alberta et en Colombie-Britannique, et les exigences en matière de réglementation et de certification y sont toujours à l'étude (Jones et Hooker, 2011; communication personnelle, Dwayne Nagy, 2014). La collecte de données est également entravée par la variété des milieux d'exercice, à savoir publics et privés, et les variations provinciales dans la gestion des AM.

DONNÉES ACTUELLES : UN PORTRAIT RÉCENT

Les informations présentées dans cette section sont basées sur les renseignements accessibles au public recueillis volontairement auprès des membres de l'ACAM; il ne représentent pas nécessairement tous les AM canadiens en exercice. Le tableau 4 résume la répartition géographique des AM au Canada.

Province	Total
Alberta	41
Colombie-Britannique	20
Manitoba	95
Nouveau-Brunswick	8
Terre-Neuve-et-Labrador	2
Nouvelle-Écosse	30
Territoires du Nord-Ouest	Inconnu
Ontario	419
Île-du-Prince-Édouard	1
Québec	21
Saskatchewan	2
Total	639

Source : ACAM, 2019

*Remarque : Cette adhésion ne comprend pas les membres étudiants, les AM retraités ou les membres à l'étranger.

LES AM AU CANADA

Plus de 750 AM travaillent actuellement partout au Canada, principalement au Manitoba et en Ontario, mais les AM se répandent progressivement dans les autres provinces. Divers projets pilotes ont été lancés avec succès en Alberta et en Nouvelle-Écosse, mais leur participation demeure variable. Une évaluation de l'incidence des AM sur l'accès, les temps d'attente, la qualité des soins, la satisfaction des patients et la satisfaction des prestataires est en cours (Association canadienne des adjoints au médecin, 2014). À l'heure actuelle, environ 160 étudiants sont inscrits aux programmes d'AM canadiens, un nombre qui devrait croître à mesure que la

profession progresse et que d'autres établissements d'enseignement offrent des programmes de formation des adjoints au médecin.

PROFILS DES AM AU CANADA

Un récent sondage national de l'ACAM en 2019 a montré que les AM travaillent dans divers milieux, la plupart des AM travaillant en médecine familiale (25 %), en médecine hospitalière (18 %), en médecine d'urgence ou en soins d'urgence (14 %), en milieux chirurgicaux hospitaliers (14 %), en médecine communautaire spécialisée (11 %), dans les Forces armées canadiennes (11 %) et dans de plus petits emplois dispersés dans les cliniques communautaires, la médecine de groupe, la médecine en solo, l'industrie et les programmes de formation des AM (recensement de l'ACAM, 2019). Il s'agit d'un léger changement par rapport à 2012, où la plupart des AM étaient employés dans des contextes militaires (46 %), des hôpitaux communautaires (35 %), des centres universitaires (13 %), des cliniques communautaires (8,5 %), l'industrie (4,5 %), les cabinets privés (2 %) et les centres de soins de longue durée (1 %) (Jones, 2012). Les salaires varient selon les provinces, allant de 75 000 \$ à 130 000 \$ par année selon l'expérience et le milieu d'exercice. Comme indiqué dans le recensement de l'ACAM de 2019, la répartition par âge des 565 AM répondants est la suivante : 21 à 30 ans (36 %); 31 à 40 ans (32 %); 41 à 50 ans (16 %); 51 à 60 ans (14 %); et plus de 60 ans (3 %) (ACAM, recensement de 2019). La répartition par genre est actuellement de 60 femmes pour 40 hommes.

RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLES DES ADJOINTS AU MÉDECIN ET VARIATIONS PROVINCIALES

Les gouvernements provinciaux et les collèges de médecine provinciaux déterminent quelles professions de la santé sont réglementées ou non au Canada. À l'heure actuelle, seuls le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et l'Alberta réglementent les AM.

MANITOBA

Le Manitoba a introduit pour la première fois les AM en tant qu'assistants médicaux par le biais de la *Loi médicale* en 1999. En 2009, la province a modifié le *Règlement sur les assistants médicaux et les auxiliaires médicaux* en vertu de la *Loi médicale de 1999* afin de permettre l'exercice sous le titre d'auxiliaire médical. Les médecins peuvent « autoriser » les auxiliaires médicaux à effectuer certaines tâches en fonction du niveau de formation, des compétences et de l'expérience de la personne supervisée.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Au Nouveau-Brunswick, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CPSNB) a modifié la *Loi médicale de 1981* du Nouveau-Brunswick en 2009 afin d'y inclure les AM.

ALBERTA

En Alberta, les AM sont actuellement enregistrés auprès du College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA) sous le nom de « PA » pour « physician assistant ». La *Health Professions Act* a été modifiée (Horne, 2014) afin d'inclure à la fois « physician assistant » et « PA » dans la liste des membres réglementés de la CPSA. La Loi décrit en outre ce que les « PA » peuvent faire dans l'exercice de leurs fonctions sous la surveillance d'un médecin, allant de l'évaluation des patients à la proposition d'activités restreintes autorisées par la réglementation (province de l'Alberta, Health Professions Act). Le règlement est confirmé par décret en octobre 2020. Les « PA » sont maintenant une profession de la santé réglementée en vertu de l'article 21 de la Health Professions Act.

ONTARIO

En 2012, l'ACAM a présenté une demande d'autoréglementation au Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé; toutefois, le Conseil a recommandé que les AM de l'Ontario ne soient pas réglementés pour le moment et a plutôt conseillé qu'un registre obligatoire soit conçu et administré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) (CCRPS, 2012).

Malheureusement, aucun registre n'a été créé malgré la recommandation, ce qui continue de compliquer le paysage de la profession d'AM en Ontario. Au début de 2017, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a mis sur pied un groupe de travail sur l'intégration des AM afin d'appuyer le MSSLD et le comité consultatif de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé afin d'élaborer et de mettre en œuvre des initiatives pour améliorer l'intégration des AM dans la main-d'œuvre dans le secteur de la santé en Ontario. En septembre 2017, le ministre de la Santé a demandé à l'OMCO de collaborer avec le ministère pour élaborer une approche visant à assurer une surveillance réglementaire appropriée des AM. En octobre 2020, le ministre de la Santé s'est engagé verbalement auprès des membres de l'ACAM à réglementer les AM en Ontario sous l'autorité de l'OMCO et que des modifications législatives étaient en attente (on n'a indiqué aucun calendrier précis). L'ACAM a appuyé cette évolution vers une surveillance réglementaire, mais les questions concernant la façon dont l'autorité de l'OMCO affecterait la réglementation et la responsabilité des coûts méritent un examen plus détaillé.

NOUVELLE-ÉCOSSE

En Nouvelle-Écosse, les AM sont toujours connus sous le nom d'assistants médicaux et ne sont pas réglementés par la loi. Le College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia offre un programme accrédité (en date de janvier 2011), qui remplace son programme de cliniciens adjoints. Les politiques récentes concernant

l'enregistrement des cliniciens adjoints vise à assurer des normes de qualification uniformes, des niveaux de compétence minimaux, des normes en matière de responsabilité, etc. (College of Physicians & Surgeons of Nova Scotia, 2014).

À l'heure actuelle, les autres provinces canadiennes n'ont aucune réglementation officielle ni programme d'inscription pour les adjoints au médecin.

Actes protégés et contrôlés pour les adjoints au médecin

Au Manitoba, les AM peuvent accomplir des actes réservés en vertu des dispositions concernant la Délégation des actes réservés de la *Loi de 2009 sur les professions de la santé réglementées*. Ces actes réservés ne peuvent être accomplis que conformément aux règlements pris par le conseil du collège du membre délégrant, en ce qui concerne la délégation de cet acte réservé faite par le conseil du collège du membre délégrant. De même, l'Ontario et l'Alberta permettent aux AM non réglementés d'accomplir des activités contrôlées/restreintes respectivement par délégation ou par supervision (CCRPS, 2011).

Le tableau suivant résume les meilleures données existantes en date de novembre 2020 sur la réglementation provinciale.

FINANCEMENT DES ADJOINTS AU MÉDECIN ET COUVERTURE DES SERVICES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

MODÈLE DE FINANCEMENT DES PROJETS DE DÉMONSTRATION

Les sources de financement des AM varient d'un bout à l'autre du pays et continuent de fluctuer. Certaines provinces, comme l'Ontario et l'Alberta, ont mené des projets pilotes de financement et de démonstration par l'entremise respective du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario) et de Alberta Health (Alberta). Ces modèles de financement ont donné aux intervenants le temps d'évaluer l'efficacité et la valeur des AM dans l'espoir de leur assurer du soutien et que le rôle puisse être autonome (c.-à-d. que le salaire des AM sera payé par les médecins, le financement des hôpitaux, etc.). Par exemple, un médecin de famille pourrait prendre un grand nombre de patients pour augmenter ses revenus et compenser le coût de l'embauche d'un AM, tout en améliorant l'accès de la communauté aux soins.

TABLEAU 5 : Sommaire des variations provinciales de la réglementation et de la législation en matière d'AM en 2017

Provinces/Territoires	Enregistrement	Réglementation
Colombie-Britannique	s.o. <i>*Remarque : La province a commandé un rapport sur le potentiel des infirmières et infirmiers praticiens et des AM en Colombie-Britannique (Wong et Farrally, 2010); aucune politique accessible au public n'a été publiée</i>	S/O
Alberta	College of Physicians and Surgeons of Alberta	Répertoriés en vertu de l'article 21 de la <i>Health Professions Act</i> . Cadre réglementaire en attente de l'approbation officielle du gouvernement.
Saskatchewan	s.o.	s.o.
Manitoba	College of Physicians and Surgeons of Manitoba	Réglementés depuis 1999 comme cliniciens adjoints. Titre d'AM adopté en 2009
Ontario	Inscription volontaire recommandée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, pas encore promulguée	Demande de règlement rejetée par le Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé en 2012. Le ministre de la Santé demande que l'OMCO examine la réglementation des AM (2017/2018).
Québec	s. o.	s. o.
New Brunswick	College of Physicians and Surgeons of New Brunswick	Réglementés en vertu de l'article 32.1 de la <i>Loi médicale</i>
Nouvelle-Écosse	s. o.	s. o.
Île-du-Prince-Édouard	s. o.	s. o.
Terre-Neuve-et-Labrador	s. o.	s. o.
Nunavut	s. o.	s. o.
Territoires du Nord-Ouest	s. o.	s. o.
Territoire du Yukon	s. o.	s. o.

MODÈLES DE FINANCEMENT DANS LES HÔPITAUX

Les modèles hospitaliers sont plus complexes, car les salaires des AM peuvent faire partie du budget global de l'hôpital, être couverts par les médecins ou être un mélange hybride des deux. Bien que les employeurs puissent être satisfaits du rendement de leurs AM, on se questionne à savoir si les AM offrent le meilleur rapport qualité-prix en ce qui a trait aux fonds organisationnels (Kulatunga-Moruzi, 2011). De nombreux postes d'AM ont été supprimés lorsque

le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a cessé ses subventions limitées dans le temps. Le modèle de rémunération de l'Ontario privilégie les activités des médecins, mais il complique la tâche des AM en ce qui a trait à la démonstration de leur valeur financière à leur employeur. En conséquence, il est difficile pour les employeurs de s'engager à embaucher des AM (Vanstone, Boesveld et Burrows, 2014).

MODÈLE DE FINANCEMENT DU MANITOBA

Le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba est responsable des services de santé et alloue des fonds du programme aux offices régionaux de la santé pour les salaires des AM. Les postes sont attribués aux programmes ou aux services spéciaux tels que les sciences cardiaques, la neurochirurgie, le service des urgences d'un hôpital ou un hôpital rural. Depuis 2014, des médecins rémunérés à l'acte ont piloté des modèles d'exercice dans lesquels l'AM est un employé salarié de l'office régional de la santé, des mesures de rendement étant exigées de la part du groupe de médecins où ils travaillent. Cette pratique hybride permet aux AM de travailler dans des cabinets où la rémunération se fait à l'acte dans l'espoir d'améliorer la prestation des services (p. ex., accès accru aux patients, diminution des visites aux urgences, réduction des temps d'attente). Les médecins ne peuvent facturer les services prodigués par les AM que si le médecin est directement impliqué. La Loi médicale du Manitoba permet aux AM de travailler à distance sous la supervision d'un médecin hors-site. La structure du financement des AM est en cours d'examen au Manitoba. À l'été 2014, les médecins et les cliniciens adjoints du Manitoba se sont regroupés en une unité de négociation collective.

SALAIRE DES AM DANS LES PROVINCES

Les salaires des AM dans l'ensemble du pays varient de 75 000 \$ à 130 000 \$ par an selon le poste, les responsabilités et l'expérience. En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a fixé le salaire de base de la première cohorte d'AM diplômés (2010) à un minimum

de 75 000 \$ par année; les salaires en Alberta vont de 78 000 \$ à 99 500 \$ par année (communication personnelle, Dwayne Nagy, 2014); et les salaires au Manitoba varient de 77 000 \$ à 110 000 \$ par année en six paliers pour un horaire typique de 40 heures. Les salaires peuvent varier en fonction des besoins sur appel et de divers modèles de remboursement des heures supplémentaires.

RENTABILITÉ DES AM

Quatre ans après l'introduction des AM dans le système de santé canadien, une analyse économique a conclu qu'il n'existant pas suffisamment de littérature pour évaluer les coûts ou l'efficacité des AM au Canada (Gafni, Birch et Buckley, 2011). L'évaluation de ce rapport coût-efficacité est difficile en partie à cause de la variation dans les déploiements d'AM, et en partie à cause de l'absence de consensus autour des groupes de comparaison, par exemple, si on doit comparer un AM à un seul médecin, ou à un médecin et à une infirmière ou un infirmier praticien, etc. (Gafni et al., 2011).

De plus, la plupart de la littérature existante sur les AM est produite aux États-Unis étant donné que la profession est encore récente au Canada, et que le modèle de soins de santé des États-Unis n'est pas toujours comparable à celui du Canada; qu'il n'emploie pas les AM de la même façon qu'au Canada; et qu'il ne neutralise souvent pas les facteurs parasites importants relatifs aux patients, le volume de patients ou l'accès aux services auxiliaires (Doan et al., 2012; Gafni et al., 2011). Certaines données existent cependant sur le rapport coût-efficacité économique des AM travaillant dans des milieux de soins de santé très particuliers, tels que les cabinets chirurgicaux individuels (Araneta, Bohm, Dunbar, Pitman et Rhule, 2010).

Le Conference Board du Canada a publié une série de rapports décrivant le rôle des AM dans le système de santé canadien, y compris la valeur des AM, les gains en efficacité et les modèles économiques. Les rapports concluaient que les AM peuvent avoir une incidence sur les systèmes de santé en réduisant la charge de travail des résidents et des médecins (ce qui permet aux médecins de gagner du temps), en augmentant la productivité des soins de santé et en réalisant des économies rentables. Le rapport décrit comment l'introduction d'un AM dans des contextes spécifiques, tels que les soins primaires, la médecine d'urgence et l'orthopédie, peut générer des économies de coûts pour le système de santé (Desormeaux, M, Stewart, M, Grimes, K, Prada, G. 2016) en remplaçant efficacement les tâches médicales désignées.

CONCLUSION

Les AM ont été déployés dans toutes les provinces du Canada à l'aide de stratégies variées, pour donner des degrés de succès tout aussi variés. La réglementation et les modèles de financement provinciaux sont essentiels au succès de leur déploiement : au Manitoba, par exemple, la réglementation provinciale et les modèles de financement stables ont contribué à l'épanouissement du rôle des AM, alors que le manque de financement et de réglementation en Ontario est cité comme un obstacle important à une acceptation plus large des AM dans la province. La vaste gamme des rôles des AM et des endroits où ils exercent la profession compliquent également la production de preuves généralisable concernant l'innocuité, l'efficacité et la rentabilité des AM.

Une partie du mandat de l'ACAM en tant qu'association professionnelle est de faire prendre de l'expansion à la profession d'AM, et l'association participe activement à des discussions à plusieurs niveaux à travers le Canada dans le but de remplir ce mandat. La profession d'AM a déjà démontré sa valeur aux États-Unis, et à l'aide d'un soutien législatif et financier provincial approprié, les AM continueront de faire partie intégrante des soins aux patients au sein du système de santé canadien.

ACRONYMES

ARC-PA	Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant (États-Unis)
CanMEDS-PA	Canadian Medical Education Directions for Specialists, Physician Assistant
ACAM	Association canadienne des adjoints au médecin
CBME	Formation médicale basée sur les compétences
CCPA	Canadian Certified Physician Assistant
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
FPC	Formation professionnelle continue

AMC	Association médicale canadienne
CPSA	College of Physicians and Surgeons of Alberta
CPSM	Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba
CPSNS	College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia
OMCO	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
APC	Activité professionnelle fiable
HFO	HealthForceOntario
CCRPS	Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé
MC	Maintien du certificat
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
NCCPA	National Commission on Certification of Physician Assistants (États-Unis)
PNC	Profil national de compétences
NOSM	Northern Ontario School of Medicine
OHA	Association des hôpitaux de l'Ontario
AM	Adjoint au médecin
CCAMC	Conseil de certification des adjoints au médecin du Canada
PEAM	Programme d'éducation des adjoints au médecin
PAIWG	Physician Assistant Integration Working Group (Ontario)
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

RÉFÉRENCES

- Araneta, J, Bohm, E, Dunbar, M, Pitman, D, Rhule, C. Experience with physician assistants in a Canadian arthroplasty program. *Revue canadienne de chirurgie*, 2010; 53: 103-1081.
- Ashton C. W., Aiken A., Duffie D. Physician Assistants—a solution to wait times in Canada? *Healthcare Management Forum*. 2007;20(2):38-42.
- Programme d'adjoint au médecin des Forces canadiennes [Internet]; 2014. Available from: http://umanitoba.ca/faculties/medicine/education/paep/cfpap/canadian_forces_pap.html.
- Association médicale canadienne et Association canadienne des adjoints au médecin. *Physician Assistant Toolkit: A resource for Canadian Physician Assistants*. Ottawa, ON. Association canadienne des adjoints au médecin; 2012.
- CanMEDS. Report of the CanMEDS phase IV working groups. Ottawa, ON. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005.
- ACAM. Canadian association of physician assistants: Scope of practice and national competency profile. Ottawa, ON. Association canadienne des adjoints au médecin; 2009.
- ACAM. Association canadienne des adjoints au médecin : Histoire des adjoints au médecin [Internet]; 2014. Accessible à l'adresse <https://capa-acam.ca/fr/about-pas/history/>.
- ACAM. Association canadienne des adjoints au médecin : Recensement de 2017. Ottawa, ON. Association canadienne des adjoints au médecin; 2017.
- College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. Registration policies: Clinical assistant program. Nova Scotia. College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia; 2014.
- Desormeaux, M, Stewart, M, Grimes, K, Prada, G. Gaining efficiency: increasing the use of physician assistants in Canada. Ottawa : Le Conference Board du Canada, 2016.
- Doan, Q, Sabhaney, V, Kissoon, N, Johnson, D, Sheps, S, Wong, H, Singer, J. The role of physician assistants in a pediatric emergency department: a center review and survey. *Pediatr Emerg Care*. 2012; 28: 783-8.
- Quatre principes [Internet]; 2014. Accessible à l'adresse <https://www.cfpc.ca/fr/about-us/vision-mission-principles>
- Gafni, A, Birch, S, Buckley, G. Economic analysis of physician assistants in Ontario: literature review and feasibility study. Hamilton, ON. Centre for Health Economics and Policy Analysis; 2011.
- Grimes, K, Prada, G, James, Y, Dinh, T, Brichta, J. Funding models for physician assistants: Canadian and International experiences. Ottawa: Le Conference Board du Canada, 2017.
- Health Professions Act, province de l'Alberta. Revised statutes of Alberta 2000, chapitre H-7. Révisés le 1er janvier 2017. Accessible à l'adresse <http://www.qp.alberta.ca/documents/Acts/H07.pdf>
- Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé, ministère de la Santé de l'Ontario. The health profession assistant: consideration of the physician assistant application for regulation. Toronto, ON; 2012
- Horne, F. Ministre de la Santé. 2014. CCRPS.
- Regulation of physician assistants: A jurisdictional review. Toronto, ON. Secrétariat du Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé; 2011.
- Jones, I. W. Where the Canadian physician assistants are in 2012. *JAAPA*. 2012; 25.

Jones, I. W., Burrows, K. E. Core entrustedable professional activities for Canadian PAs. Présentation orale, Conférence canadienne sur l'éducation médicale; 2018.

Jones, I. W., Hooker, R. S. 3056699; physician assistants in Canada: Update on health policy initiatives. *Can Fam Physician*. Mars 2011; 57: e83-8.

Jones, I. W., St-Pierre, N. Physician assistants in Canada. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*. 2014; 27(3):11.

Jones, I. W., Seo, B., Chauhan, T. S., Buske, L. The results of the first Canadian national physician assistant survey. *JAAPA*. Octobre 2011; 24: 63.

Jung, H. W. The birth of physician assistants in Canada. *Le Médecin de famille canadien*. 2011; 57: 275-6.

Kulatunga-Moruzi, C. The integration of the inaugural graduates of the McMaster Physician Assistant education program into Ontario's health care system: A survey of employer perceptions and reflections. 2011. Dernière consultation le 30 janvier 2015. <http://www.rorrhs-ohhrrn.ca/images/stories/docs/reports/MOHLTCReportOctober2011EmployerSatisfactionSurvey-revised.pdf>

Mertens, J., Descoteaux, M. The evolution of Pas in

les Forces armées canadiennes. *JAAPA*. Janvier 2017; 30:1.

Mikhael, N., Ozon, P., Rhule, C. Defining the physician assistant role in Ontario: Ontario physician assistant scope of practice statement and Ontario physician assistant competency profile. Toronto, ON. Health Force Ontario; 2007.

Conseil de certification des adjoints au médecin du Canada : Liste de « CCPA » [Internet]; 2017. Accessible à : <http://capa-acam.ca/fr/paccc/list-of-ccpas/>.

Conseil de certification des adjoints au médecin du Canada : Politique de la FPC de la CCAMC [Internet]; 2017. Accessible à l'adresse : <https://capa-acam.ca/fr/paccc/continuing-professional-development-cpd/paccc-cpd-committee-cpd-policy/>.

Physician Assistant History Society, Johns Creek, Géorgie. Biographie, Charles Hudson. (2013). Accessible à l'adresse : <http://www.pahx.org/hudson-charles-l>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). *Énoncé de position – adjoints au médecin*. Accessible à l'adresse : <http://rnao.ca/policy/position-statements/physician-assistants>

Vanstone, M., Boesveld, S., Burrows, K. Introducing physician assistants to Ontario. *Health Reform Observer*. 2014; 2(1): article 4.

Wong, S. T., Farrally, V. The use of nurse practitioners and physician assistants: A research synthesis. Université de la Colombie-Britannique : Nursing Research Advisory Council; 2010.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

1 Discussion avec Tom Ashman (premier président de l'ACAM), 2004.