



Canadian Ophthalmological Society Société canadienne d'ophtalmologie

Mémoire à la

**Commission
sur l'avenir des
soins de santé
au Canada**

Juin 2002

Rédaction : Le groupe de travail de la Société canadienne d'ophtalmologie sur les soins oculaires : D^{rs} Duncan Anderson (co-président), Susan Lindley (co-présidente), Raymond LeBlanc, David Maberley, David Persaud, A. William Pratt, Guillermo Rocha, Graham Trope; M^{me} Lynda Buske, M. Joe Chouinard et M. Hubert Drouin.

Approbation du Conseil d'administration de la Société canadienne d'ophtalmologie :
juin 2002



Canadian Société
Ophthalmological canadienne
Société d'ophtalmologie

610-1525, avenue Carling, Ottawa ON K1Z 8R9
613.729.6779, 1.800.267.5763, télécopie 613.729.7209, courriel cos@eyesite.ca

Table des matières

Introduction	1
Les défis du système	3
Nos critères	5
Nos recommandations	
A. L'infrastructure et les ressources matérielles	
Première recommandation	7
B. Les ressources humaines en ophtalmologie	
Recommandation n°2	9
C. Les modèles de prestation des soins oculaires	
Recommandation n°3	11
D. Le financement	
Recommandation n°4	13
Recommandation n°5	13
Conclusion	15
Références	17
Les annexes	
Annexe 1 – Projections des effectifs en ophtalmologie	A3
Annexe 2 – Politique de l'AMC sur les champs d'exercice	A7
Annexe 3 – Le programme de soins oculaires complets de la Nouvelle-Écosse	A9

Introduction

En rédigeant le présent mémoire, la Société canadienne d'ophtalmologie (SCO) a consulté abondamment ses membres, spécialistes de la prestation des soins médicaux, et plusieurs organisations, entre autres la Coalition nationale pour la santé oculaire, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Les propos qui suivent exposent en détail la hausse de la demande en soins oculaires et la baisse des effectifs en ophtalmologie. S'y ajoute la prévision des besoins en matière de soins et de ressources humaines d'ici à l'an 2021.

Un certain nombre de facteurs importants affectent l'accès des patients aux soins oculaires en temps opportun au Canada. L'allure constante des innovations technologiques et thérapeutiques permettant de soigner des maladies oculaires auparavant intraitables, le vieillissement de la population et la diffusion généralisée de l'information font accroître la demande de soins oculaires¹. Ces pressions sur la demande de soins surviennent à un moment où le Canada doit affronter un manque grave d'ophtalmologistes, qui laissera plusieurs régions du pays sans soins oculaires, médicaux ou chirurgicaux. Il faut intervenir de toute urgence pour prévenir une crise dans la prestation des soins oculaires.

Les défis du système

Les mémoires qui ont été présentés à la Commission ont bien documenté la pléthore des changements et des défis de notre système de santé.

Ces changements et problèmes affectent de plusieurs façons la prestation des soins oculaires, notamment :

- problèmes d'accès des soins aux patients;
- attentes déraisonnables;
- pénurie générale d'ophtalmologistes;
- évolution des attributions des fournisseurs de soins oculaires.

Nos critères

Voici les critères qui ont guidé la SCO dans la formulation des recommandations concernant les investissements nécessaires à l'amélioration des soins oculaires pour la population canadienne. Tout changement ou investissement doit :

- s'appuyer sur les meilleures données actuelles;
- se fonder sur les besoins de la population;
- se concentrer sur le patient;
- s'orienter sur le résultat;
- avoir pour objet la poursuite de résultats positifs dans un délai raisonnable (de 3 à 5 ans);
- s'aligner sur les valeurs essentielles et les attentes de la population, des fournisseurs de soins et des organismes payants;
- être universel (c'est-à-dire offrir un accès adéquat aux soins oculaires à toute la population canadienne);
- être pratique et « faisable »;
- être rentable.

Nos recommandations

A. L'infrastructure et les ressources matérielles

Première recommandation

L'investissement, l'équipement, les réseaux d'information, la technologie et les frais de fonctionnement devraient correspondre aux besoins de soins oculaires des patients sur le plan médical, chirurgical et diagnostique.

Le principal obstacle à l'obtention de soins oculaires optimaux pour la population canadienne, c'est le manque d'infrastructure financière et opérationnelle pour harmoniser les besoins et la demande des patients en soins oculaires, notamment en chirurgie oculaire.

À titre de spécialistes des soins oculaires auprès de la collectivité de même que dans les institutions de soins secondaires et tertiaires, nous éprouvons une vive inquiétude devant l'impact du sous-financement systématique et du manque de planification sur notre capacité d'offrir à la population canadienne des soins oculaires accessibles au bon moment.

- Les infrastructures physiques n'ont pas été renouvelées convenablement.
- L'investissement pour acheter l'équipement de diagnostic et de thérapie nécessaire est insuffisant.
- Le manque d'ophtalmologistes, de personnel infirmier et de technologues est courant.
- Les coupures des salles d'opération ont empêché les patients d'accéder à la chirurgie et entravé la formation spécialisée et sous-spécialisée.

Les progrès technologiques et l'amélioration de l'équipement médical et chirurgical sont essentiels pour améliorer constamment la qualité des soins oculaires. Les nouvelles technologies rehaussent la qualité des diagnostics et des traitements de même qu'elles accroissent l'accès à ces soins.

En ce qui a trait à la prestation des soins spécialisés, la SCO est d'accord avec l'Association médicale canadienne² lorsqu'elle dit :

« Si le passé récent est garant de l'avenir, c'est l'effondrement catastrophique qui attend la prestation des soins spécialisés. Pour éviter cette catastrophe, il est urgent de commencer à réinvestir dans la capacité du système de soins spécialisés de répondre aux besoins de la population canadienne dans le domaine des soins de santé — aujourd'hui et demain. Si l'on n'intervient pas décisivement et sans tarder pour corriger une mauvaise situation, celle-ci ne fera qu'empirer. »

Pire encore, notre système de soins de santé a été beaucoup plus lent que les autres secteurs de l'économie à utiliser la technologie de l'information. Ses systèmes d'information désuets constituent un obstacle majeur à l'amélioration du système de santé. C'est uniquement par le truchement de systèmes d'information améliorés et capables de communiquer entre eux que l'on pourra accomplir ce qui suit :

- améliorer l'échange d'information et la communication entre les fournisseurs de soins;
- mener la recherche nécessaire pour mesurer et améliorer les résultats des soins de santé;
- assurer l'imputabilité des fournisseurs et des consommateurs de soins oculaires;
- améliorer la productivité, la qualité et l'efficience;
- réduire le double emploi et les erreurs;
- mettre au point un système intégré de prestation des soins.

B. Les ressources humaines en ophtalmologie

Recommandation n° 2

Afin de combler l'ensemble des besoins continus en soins oculaires d'une population vieillissante compte tenu de la retraite et de l'émigration prévues des ophtalmologistes, les programmes de formation devraient produire de 35 à 40 ophtalmologistes par année — beaucoup plus que la vingtaine qu'ils produisent actuellement.

Le Canada fait face à une pénurie critique d'ophtalmologistes. Sans changements immédiats et importants, plusieurs régions du pays se trouveront sans soins médicaux ni oculaires.

La Société canadienne d'ophtalmologie a réexaminé les Prévisions d'effectifs en ophtalmologie, comprenant le nombre prévu des ophtalmologistes disponibles (ou des équivalences temps complet – ETC) en regard de la demande en soins oculaires.

Ces prévisions s'appuient toujours sur le ratio médecin–population (compte tenu des facteurs de rajustement comme l'âge, le sexe, l'évolution de l'utilisation, la méthodologie acceptée pour le calcul des ETC et la « masse critique »)^{3,4}.

L'examen des modèles déjà publiés, qui se fondent sur les besoins, l'utilisation et la sous-sélection pour établir les effectifs en ophtalmologie et comparer sur le plan international les ratios ophtalmologiste-population, indique que l'actuelle recommandation d'un ratio de 1 par 28 000 (3,6 par 100 000) est valable et raisonnable pour le Canada.

La direction de la recherche de l'Association médicale canadienne⁵ a mis au point un modèle d'évaluation des effectifs médicaux en ophtalmologie, à partir de la meilleure hypothèse fondée sur la situation actuelle (effectif de base, retraite, décès, émigration, immigration, retour au pays, entrée en exercice des diplômés). Le modèle prévoit une baisse du nombre ETC des ophtalmologistes, qui passera de 1 059 en 1999 à 853 en 2 016, et un changement correspondant du ratio ophtalmologiste-population, qui

passera de 1 par 28 667 en 1999 à 1 par 38 845 en 2016. Le facteur critique de ce changement est le fait que les programmes canadiens de formation ne produisent que 20 ophtalmologistes par année, par contraste avec les 40 des années 1980.

Les besoins en soins oculaires dépendent grandement des facteurs démographiques. Près de 67 % des soins ophtalmologiques s'adressent aux patients de 65 ans et plus. Chez les patients de 80 ans et plus, les honoraires versés s'élèvent à 108 \$ per capita, alors qu'ils ne sont que de 4,20 \$ chez ceux de 10 à 49 ans.

Quant à l'utilisation, ou recours aux soins des ophtalmologistes, on prévoit une hausse de 43,6 % entre 1997 et 2016. Ces estimations impliquent que si la tendance actuelle de l'exercice se maintient jusqu'en 2016, il faudra alors 1 409 ophtalmologistes pour combler le besoin (beaucoup plus que les 853 prévus). Pour maintenir un ratio de 1 par 28 000 (3,6 par 100 000) de population, nos programmes de formation devraient produire au moins 34 ophtalmologistes par année (considérablement plus que les 20 par année actuellement). Il importe de noter que ces données sont conservatrices, même si on tient compte de l'expansion des champs d'exercice des autres professionnels des soins oculaires.

Il est clair que, dans le cadre du système actuel de prestation des soins oculaires, si le nombre des ophtalmologistes issus de nos institutions n'augmente pas de façon considérable, il y aura une pénurie grave de l'offre en regard de la demande en soins ophtalmologiques. Si l'on ne s'attaque pas au problème ni qu'on ne lui trouve de solution maintenant, les services d'ophtalmologie du pays ne deviendront accessibles que dans les grandes agglomérations urbaines.

Nous avons continué nos recherches et rajusté nos perspectives sur la meilleure information (un effectif actuel de 1 079 ophtalmologistes) et les meilleures méthodes disponibles (Annexe I, Projections des effectifs en ophtalmologie). La solution des besoins de la population canadienne en soins médicaux et oculaires sera sérieusement compromise si le nombre des ophtalmologistes formés au pays n'augmente pas considérablement. De graves problèmes d'accès aux soins oculaires affecteront les patients de toutes les régions du Canada, particulièrement ceux des régions rurales et des agglomérations urbaines à haute densité de population.

Si les ophtalmologistes continuent de travailler jusqu'à l'âge actuel de la retraite et que l'on n'augmente pas les programmes de formation postdoctorale, leur effectif atteindra une situation de crise (Annexe I, Figure 1).

Même si l'ophtalmologie continuait de voir hausser dans la proportion actuelle le nombre des postes de formation postdoctorale, l'effectif des ophtalmologistes continuerait de baisser par rapport à la population (Annexe I, Figure 2).

C'est maintenant qu'il faut appliquer la solution. Il faut hausser considérablement le nombre de postes de formation postdoctorale (Annexe I, Figure 3).

Le Canada est capable de former des sous-spécialistes en ophtalmologie pour combler les besoins des patients, néanmoins il n'en forme pas assez, par manque de financement pour l'infrastructure nécessaire à la formation. Il nous faut donc importer des ophtalmologistes des autres pays.

Une plus grande capacité d'enseignement permettra aussi de former suffisamment de sous-spécialistes ainsi que des médecins de famille (ou d'autres médecins souhaitant modifier leur carrière) en ophtalmologie.

C. Les modèles de prestation des soins oculaires

Recommandation n° 3

L'on devrait créer, dans le cadre de chacune des compétences provinciales, des panels pluridisciplinaires de consultation en matière de soins oculaires.

Outre l'effectif suffisant et la répartition des ophtalmologistes d'exercice général et des sous-spécialités, l'accès adéquat de la population canadienne aux soins oculaires dépend de la collaboration ainsi que de l'intégration de la planification et de la prestation des soins avec les autres professionnels du domaine.

Les modèles et les champs d'exercice des professionnels des soins oculaires évoluent (Annexe 2, Politique de l'AMC, Les champs d'exercice). Ceux des fournisseurs de soins en dehors de la médecine continuent de s'étendre et chevauchent parfois avec un sous-ensemble de soins fournis aussi par les ophtalmologistes.

Il arrive trop souvent que diverses disciplines de soins oculaires fonctionnent en parallèle plutôt que de façon intégrée. Les patients ne savent alors pas trop comment ni où obtenir les soins oculaires qui conviennent.

Pour maximiser les possibilités d'avoir le bon agencement de ressources vouées à la prestation des soins oculaires les meilleurs et les plus rentables, l'influence en matière de politique, sinon l'autorité décisionnelle, devrait être entre les mains de ceux qui ont le plus de connaissances quant aux bienfaits et au coût des soins oculaires.

Les professionnels des soins oculaires devraient examiner et appliquer ensemble divers modèles de soins orientés vers le résultat et centrés sur le patient.

Un tel panel aurait les attributions suivantes :

- améliorer la satisfaction des besoins du patient en coordonnant la planification des soins oculaires, la mise au point des structures et la continuité des soins;
- informer les stratèges politiques du rapport coût-efficacité des technologies nouvelles et émergentes;
- conseiller sur l'allocation des ressources;
- améliorer l'interaction pluridisciplinaire et le réseautage;
- diffuser les innovations en matière de soins orientés vers le patient et faciliter l'évolution vers des soins plus factuels et l'obtention de meilleurs résultats;
- aider à établir les exigences de formation et les champs d'exercice des professionnels des soins oculaires du territoire.

Un groupe pluridisciplinaire de la Nouvelle-Écosse a mis au point un modèle de soins oculaires complets, qui pourrait servir d'exemple de coordination des services et inspirer d'autres initiatives à travers le pays. On trouvera en annexe au présent

mémoire la description de ce modèle. (Annexe 3, Le programme de soins oculaires complets de la Nouvelle-Écosse).

La Société canadienne d'ophtalmologie est prête à faciliter et à soutenir la création de tels groupes pluridisciplinaires.

D. Le financement

Recommandation n° 4

Il faudrait développer et évaluer des modèles de rémunération pour la prestation de soins complets, l'enseignement, la recherche et la gestion (regroupant, par exemple, la rémunération à l'acte, les contrats d'enseignement clinique et la capitation).

Ni la formation en ophtalmologie ni les besoins des patients ne sont statiques. La première a un caractère général et les ophtalmologistes exercent dans des établissements communautaires ou tertiaires. Pour les aider à mieux répondre aux besoins des patients, leur formation les prépare à assumer plusieurs rôles, le principal étant celui de médecin ou chirurgien spécialiste maintenant rehaussé de six autres rôles et compétences correspondantes : communicateur, collaborateur, gestionnaire, intervenant en matière de santé, érudit et professionnel⁶.

Le financement et les schémas actuels de rémunération des spécialistes, comme les ophtalmologistes, sont gravement restreints en regard de ces rôles.

Recommandation n° 5

Il faudrait réexaminer la pratique du plafonnement du revenu des ophtalmologistes, vu les problèmes d'accès aux soins pour les patients et dans l'intérêt du recrutement futur et de la retenue des ophtalmologistes.



Certains ressorts ont plafonné le revenu, prétendument pour restreindre les coûts. Rien n'indique clairement qu'une telle mesure limite le coût total des soins oculaires. Au contraire, ils freinent l'accès des soins aux patients.

Conclusion

La Société canadienne d'ophtalmologie estime que les recommandations énoncées dans le présent mémoire sont réalisables. Prenant appui sur la force actuelle des programmes de soins oculaires du pays, elles aideront au développement des systèmes de soins oculaires qui s'aligneront sur l'évolution des autres systèmes ayant pour objet de fournir à la population canadienne l'accès aux régimes de prévention et de traitement de qualité qu'elle a fini par exiger et mériter. Les recommandations du présent document nous ouvriront la voie vers un système de santé revigoré et soutenable, qui permettra d'offrir à nos concitoyens les meilleurs soins oculaires possibles.

Références

1. Coalition nationale pour la santé oculaire. *Mémoire à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Mars 2002.
2. Association médicale canadienne. *Les soins spécialisés au Canada : définition des enjeux et défis stratégiques*. Association médicale canadienne, Ottawa, 2001. P. ix
3. Newton S, Buske L. Physician Resource evaluation template: a model for estimating future supply in Canada. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 1998;31(3):145-150.
4. Buske L. AMC, *Modèle d'évaluation des effectifs médicaux*. Association médicale canadienne, Ottawa. November 2001. 10 pp.
5. Buske L, Martin S. *Modèle d'évaluation des effectifs médicaux en ophtalmologie, 1999–2021*. Association médicale canadienne, Ottawa. 1999. 17 pp.
6. Rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux, *Compétences pour le nouveau millénaire ProMED 2000*, *Ann R Coll Physicians Surg Can* 1996;29:207-216.



Canadian Ophthalmological Society Société canadienne d'ophtalmologie

Les annexes

PROJECTIONS DES EFFECTIFS EN OPHTALMOLOGIE

Contexte et hypothèses

L'effectif de base : Le compte des médecins actifs du fichier principal de l'AMC indique qu'au mois de janvier 2001, 1 079 médecins détenaient un certificat d'ophtalmologiste du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins du Québec.

Les ophtalmologistes ayant quitté le pays : Selon une compilation longitudinale de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui sert également à établir la juste répartition selon l'âge et le sexe.

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ophtalmologistes ayant quitté le pays	5	16	16	11	15	9

La retraite : D'une année à l'autre, les données sur la retraite servent au calcul des taux particuliers selon l'âge et le sexe. L'on a inclus la moyenne des ophtalmologistes ayant pris leur retraite entre 1997 et 2000 dans le calcul des projections des années subséquentes.

Les décès : L'on s'est servi des taux particuliers selon l'âge et le sexe des médecins décédés en exercice. Ces données se fondent sur la moyenne des taux de décès survenus entre 1995 et 2000.

Les promotions postdoctorales : Estimations à partir des promotions récentes (excluant la réintégration des études) plus les hausses annoncées du nombre de places aux niveaux univer-

sitaire et postdoctoral à compter de septembre 2001, ce qui affectera les promotions futures. L'on a tenté de compter seulement les places postdoctorales qui seraient surnuméraires aux places universitaires prévues (c'est-à-dire sauf celles qui serviront à combler le nombre des diplômés de premier cycle prêts à entrer en résidence). Les estimations sont réparties par âge et sexe selon les récentes données longitudinales. L'on présume que le pourcentage des femmes ophtalmologistes se maintiendra à 40 %, mais cela peut changer facilement.

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Femmes promues en ophtalmologie	11	9	8	5	12	7
Hommes promus en ophtalmologie	28	27	13	11	8	23
Total des promus en ophtalmologie	39	36	21	16	20	30

Les promotions de la réintégration : Il s'agit du nombre des médecins qui ont réintégré les études pour se spécialiser en ophtalmologie. L'estimation de ces nouveaux diplômés s'appuie sur les données récentes du Registre canadien des stagiaires Post-MD (RCSPM).

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Réintégration en ophtalmologie	3	6	2	5	1	4

Les retours au pays : Selon une compilation longitudinale de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui sert également à établir la répartition juste selon l'âge et le sexe.

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ophtalmologistes rentrés au pays	7	4	8	15	11	4

Les médecins étrangers avec emploi prévu : Cette variable comprend les médecins étrangers qui ont reçu une offre d'un emploi permanent pour exercer au Canada. Elle exclut ceux qui exercent en vertu d'un permis temporaire ou d'un contrat de travail. La variable peut cependant servir à estimer l'effet que peut avoir la multiplication de ces types de permis de travail dans l'élaboration des hypothèses.

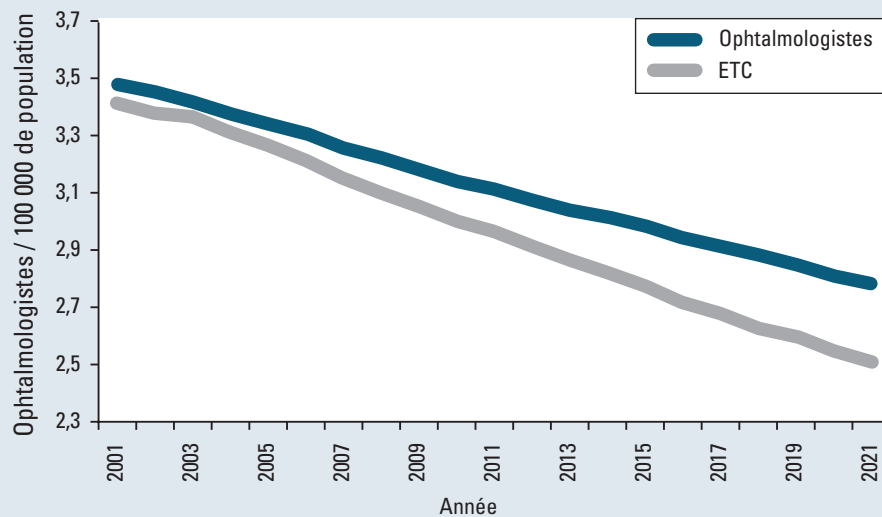
Année	1994	1995	1996	1997	1998
Médecins étrangers avec emploi prévu	1	3	0	0	1

Les équivalents temps complet (ETC) : Ce sont les ratios ETC-médecin fondés particulièrement sur l'âge et le sexe et tirés des données de facturation à l'acte de 1998-1999 des ophtalmologistes. Le calcul des ETC s'appuie sur la méthodologie de l'Institut canadien d'information sur la santé.

La croissance démographique : Les projections de croissance faible à moyenne que Statistique Canada a publiées au printemps 2001.

Source : AMC, Modèle d'évaluation des effectifs médicaux, 2001

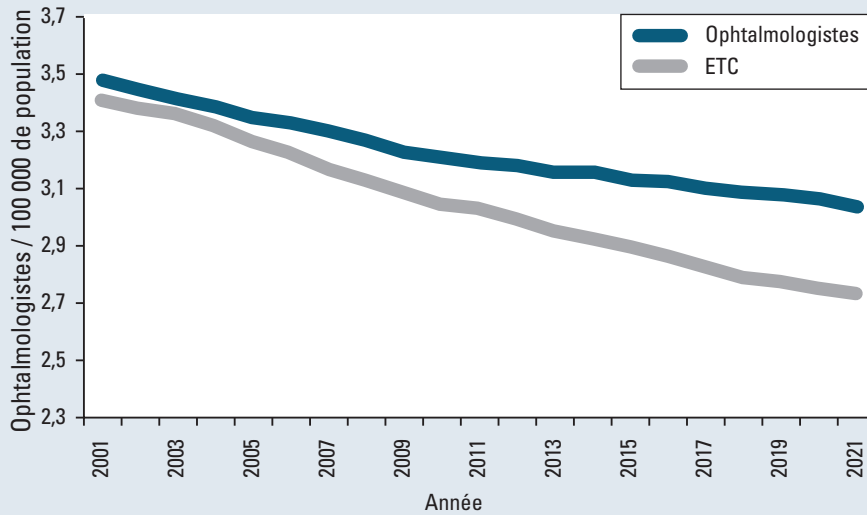
Figure 1
Projection des effectifs Ophtalmologistes-ETC par 100 000 de population sans augmentation en nombre des promotions postdoctorales (2001-2021)



Hypothèse : Maintien de la promotion actuelle d'environ 20 ophtalmologistes canadiens par année.

Source : Modèle d'évaluation des effectifs médicaux, 2001

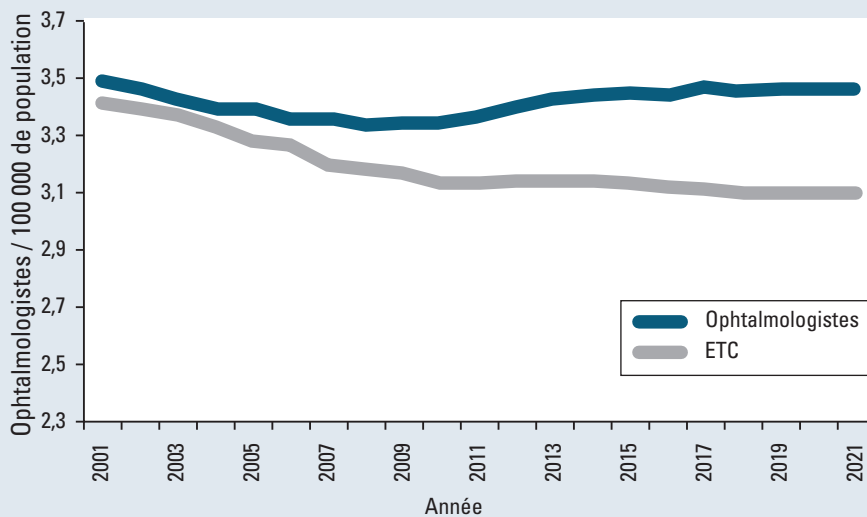
Figure 2
Projection des effectifs Ophtalmologistes-ETC par 100 000 de population selon le pourcentage actuel de croissance des promotions postdoctorales (2001-2021)



Hypothèse : Augmentation graduelle des promotions jusqu'à 23 nouveaux ophtalmologistes canadiens par année à compter de 2004, et jusqu'à 27 à compter de 2010.

Source : Modèle d'évaluation des effectifs médicaux, 2001

Figure 3
Projection des effectifs Ophtalmologistes-ETC par 100 000 de population avec augmentation en nombre des promotions postdoctorales (2001-2021)



Hypothèse : Recommandation de la SCO d'accroître le nombre des promotions annuelles en ophtalmologie jusqu'à 28 en 2004, et jusqu'à 40 en 2010.

Source : Modèle d'évaluation des effectifs médicaux, 2001

LES CHAMPS D'EXERCISE

Objet

Cette politique énonce les principes et les critères dont il importe que les médecins tiennent compte lorsqu'ils participent à définir les champs d'exercice des médecins et autres prestataires de soins de santé des professions réglementées et non réglementées, dans tous les milieux de soins.

La définition des champs d'exercice vise principalement à répondre aux besoins en soins de santé et à servir les intérêts des patients et de la population en toute sécurité, efficacité et compétence.

Contexte

De nombreux facteurs ont une incidence sur les champs d'exercice des prestataires de soins de santé : élargissement de la définition de la santé, émergence de l'utilisation de thérapies parallèles, consumérisme à la hausse chez les patients, progrès de la technologie et des méthodes de diagnostic et de traitement, technologie de l'information, lois, évolution de la démographie, augmentation des coûts des soins de santé, pénuries de médecins, d'infirmières et d'autres prestataires de soins de santé. Les champs d'exercice doivent traduire cette évolution des besoins de la société (y compris des besoins du public en matière d'accès aux services) et de ses attentes, ainsi que les préférences des patients et de la population à l'égard des rôles et fonctions des divers prestataires de soins, tout en tenant compte des réalités économiques. Ces facteurs et d'autres enjeux connexes (p. ex., accès, disponibilité et coût) poussent les gouvernements et d'autres intervenants à envisager de nouveaux rôles et à étendre les champs d'exercice des prestataires de soins de santé.

Il faut établir des principes et des critères pour comprendre et formuler des champs d'exercice

qui assureront la sécurité de la population et l'utilisation appropriée des compétences spécialisées des prestataires de soins de santé.

Principes à appliquer à la définition des champs d'exercice

Point de convergence : Les énoncés sur les champs d'exercice doivent promouvoir des soins sécuritaires et de grande qualité, dans un cadre éthique, répondant aux besoins des patients et de la population en temps opportun, soient abordables et dispensés par des prestataires de soins de santé compétents.

Flexibilité : Il faut prévoir une démarche flexible qui permettra aux prestataires de soins de santé d'exercer leur profession dans la mesure de leur formation, de leurs compétences spécialisées, de leurs connaissances, de leur expérience, de leur capacité et de leur jugement tout en répondant aux besoins des patients et de la population.

Collaboration et coopération : Afin de favoriser une démarche interdisciplinaire pour le soin des patients et de bons résultats sur leur santé, les médecins collaborent et coopèrent avec d'autres

© 2001 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, un nombre illimité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans un système de consultation ou l'affichage sur un autre site Web, vous devez demander une autorisation explicite à l'AMC. Veuillez communiquer avec le coordonnateur des autorisations, Publications, AMC, 1867, prom. Alta Vista ON K1G 3Y6; télécopie 613 565-2382; permissions@cma.ca.

La correspondance et les demandes d'exemplaires additionnels doivent être adressées au Centre de service des membres, Association médicale canadienne 1867, prom. Alta Vista ON K1G 3Y6; téléphone 888 855-2555 ou 613 731-8610 poste 2307; télécopie 613 236-8864.

Les politiques de l'AMC sont accessibles électroniquement par *CMA Online* (www.cma.ca).

prestataires de soins de santé dont ils connaissent les compétences, qui ont reçu la formation nécessaire et, dans la mesure du possible, qui suivent une démarche fondée sur les données probantes. Une bonne communication est essentielle à la collaboration et la coopération.

Coordination : Un prestataire de soins de santé qualifié doit coordonner les soins de chaque patient.

Choix du patient : L'étendue des champs d'exercice doit tenir compte du choix que fait le patient d'un prestataire de soins de santé.

Critères régissant la définition des champs d'exercice

Imputabilité : Les champs d'exercice doivent traduire le degré d'imputabilité, de responsabilité et d'autorité que le prestataire de soins de santé accepte à l'égard des résultats de ses interventions.

Éducation : Les champs d'exercice doivent traduire l'envergure, la profondeur et la pertinence de la formation et de l'éducation du prestataire de soins de santé. Ils doivent tenir compte notamment de l'étendue des programmes de formation agréés ou approuvés, de la certification du prestataire de soins de santé et du maintien de la compétence.

Compétences et normes d'exercice : Les champs d'exercice doivent traduire l'ampleur des connaissances, ainsi que les valeurs, les attitudes et les compétences spécialisées (c.-à-d. expertise et jugement cliniques, réflexion critique, analyse, solution de problèmes, prise de décisions, leadership) du groupe de prestataires.

Assurance et amélioration de la qualité : Les champs d'exercice doivent traduire les mesures d'assurance et d'amélioration de la qualité mises en œuvre pour protéger les patients et la population.

Évaluation du risque : Les champs d'exercice doivent tenir compte de l'évaluation du risque pour les patients.

Données probantes : Les champs d'exercice doivent traduire la mesure dans laquelle la pratique du groupe de prestataires suit une démarche fondée sur des données scientifiques solides, lorsqu'elles sont disponibles.

Contexte et culture : Les champs d'exercice doivent être adaptés au lieu, au contexte et à la culture où sont posés les actes professionnels.

Responsabilité devant la loi et assurance : Les champs d'exercice doivent tenir compte de la jurisprudence et de la responsabilité civile acceptée par le prestataire de soins de santé, ce qui comprend une protection mutuelle contre la faute médicale ou une assurance responsabilité professionnelle.

Réglementation : Les champs d'exercice doivent correspondre à l'autorité législative et réglementaire, le cas échéant, du prestataire de soins de santé.

Conclusion

La définition des champs d'exercice des divers prestataires de soins de santé doit être guidée par des principes et des critères régissant la sécurité, la compétence et le caractère éthique des soins dispensés aux patients. À cette fin, l'AMC a formulé ces principes et ces critères pour aider les médecins et les organisations médicales qui participent à définir les champs d'exercice.

L'AMC accueille volontiers les occasions de dialoguer avec d'autres intervenants au sujet de la façon d'améliorer l'étendue des champs d'exercice pour le bénéfice des patients et de la société en général.

Le programme de soins oculaires complets de la Nouvelle-Écosse

Un groupe de travail composé d'ophtalmologistes, d'optométristes et de médecins de famille¹, a mis au point les premiers modules d'un programme de soins oculaires complets en Nouvelle-Écosse.

C'est un programme qui se concentre véritablement sur le patient, en ce qu'il réunit deux groupes de professionnels des soins oculaires, ophtalmologistes et optométristes, pour aborder les troubles de la vue en pensant d'abord au meilleur intérêt des patients en matière de compétence et d'accessibilité des services. Vu le contexte où les débats touchant les champs d'exercices ont parfois plongé les deux professions dans des conflits organisationnels et juridiques, il a paru opportun d'aborder le sujet des soins oculaires un problème clinique à la fois.

Selon ce modèle, le groupe a d'abord examiné le problème du patient qui se présente avec un œil rouge (conjonctivite). Le défi cerné, on a réparti la maladie en deux états, selon qu'elle menace la vue ou pas, puis on a élaboré l'algorithme du traitement. Par cette approche, on a reconnu que les optométristes de même que les médecins de famille, qui avaient la formation et l'expérience pertinentes, étaient en mesure de soigner convenablement le patient ayant un œil rouge.

Le deuxième module mis au point touche les personnes souffrant de diabète. L'on a déterminé les facteurs de

« risque élevé de rétinopathie », puis élaboré l'algorithme du traitement. Grâce à l'inclusion des optométristes dans l'algorithme des banques de références pour les patients diabétiques, nous élargissons les ressources accessibles au médecin de famille et aux centres de soins diabétiques. Nous espérons que cette mesure amènera plus de patients à se présenter, comme cela est recommandé, à l'examen oculaire annuel et à l'évaluation du fond d'œil sous dilatation.

Cette approche implique aussi le programme de dépistage par photographie pour compléter les examens effectués par les professionnels de la santé. Les centres d'information sur le diabète encourageront activement la mise en œuvre du programme qui comprendra l'utilisation de postes de photographie permanents et mobiles; pas tellement différent du programme de dépistage par mammographie.

Ce modèle de soins oculaires intègre un rôle amélioré pour l'optométrie. C'est là une initiative unique au Canada, qui soutient le défi d'améliorer l'accessibilité et la prestation des meilleurs soins possible. Chaque algorithme décrit nettement la répartition des responsabilités du médecin de famille et de l'optométriste.

Les modules suivants, en voie d'élaboration, concernent les patients ayant un glaucome ainsi que le dépistage du strabisme et de l'amblyopie.

La mise en œuvre de ces modèles de gestion est unique au Canada et constitue un pas véritable vers la

recherche de soins plus accessibles et d'une plus grande efficacité de notre système de santé. Cette réalisation a aussi comporté d'autres initiatives, notamment des modifications aux lois concernant l'optométrie et la pharmacie pour permettre aux optométristes de prescrire des antibiotiques de première ligne dans les préparations ophtalmiques et les préparations anti-inflammatoires ophtalmiques non stéroïdiennes et d'application topique. Les codes de facturation sont aussi en voie de modification pour permettre aux optométristes de recevoir une rémunération pour le temps qu'ils consacrent à ce rôle nouveau et plus actif en matière de soins primaires.

Ces algorithmes de traitement ont fait l'objet de larges discussions entre les organismes professionnels concernés, notamment, les éminentes sections de l'ophtalmologie et de la médecine familiale de la Société médicale de la N.-É. l'Association des optométristes de la Nouvelle-Écosse et le conseil de la Société médicale de la N.-É.

Nous remercions de leurs engagements, de leur soutien et de l'intérêt qu'ils continuent de manifester tous ceux et celles qui ont participé à ce cheminement. Nous accueillerons toute observation et toute perspective nouvelle au fur et à mesure que nous progresserons vers la mise en place d'un véritable Programme de soins oculaires complets pour les Néo-écossais.

Révision, le 7 mai 2001

¹ Le Groupe de travail de la Nouvelle-Écosse sur les soins oculaires comprenait essentiellement : le Dr Richard Goldbloom; les ophtalmologistes Dan O'Brien, Paul Rafuse et R.P. LeBlanc; les optométristes Sheldon Polthier, David Dobbelsteyn et Carl Davis; et le médecin de famille Mark Kazimirski. D'autres professionnels des soins oculaires lui ont apporté l'éclairage précieux de leur savoir et de leur information.