

CHANGEMENT CLIMATIQUE

Moteurs des normes professionnelles élevées au Canada

Cet article est le dernier d'une série en quatre parties examinant les facteurs propulsant l'établissement de normes plus élevées dans la main-d'œuvre actuelle et pour les étudiants représentant notre avenir.

Partie 4 : L'évolution de la main-d'œuvre

Conceptualiser le changement à l'échelle macroscopique est plus difficile quand on s'est immergé dans le travail de niveau microscopique. Néanmoins, alors que le Canada élabore sa prochaine phase des soins de santé et de l'innovation, la relation entre ces antipodes aura un effet sur la description du changement au sein de la profession de laboratoire médical (PLM).

Il est évident qu'un changement de culture dans la main-d'œuvre est possible et qu'il peut solidifier le groupe, mais une telle transformation se produit rarement de façon isolée ou accélérée. En général, le changement est motivé par le leadership au fil du temps, grâce aux mécanismes comme l'adoption de nouvelles lois par le gouvernement et la mise en pratique de nouvelles politiques par l'administration hospitalière. Le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé reconnaît que bon nombre de ces efforts n'ont aucun effet sur la population si on en tient compte de façon isolée.¹ Il faut des influences parallèles de soutien pour réaliser un changement culturel de grande envergure², comme le degré d'engagement de la main-d'œuvre, l'harmonisation de systèmes axés sur les valeurs, des changements aux politiques et le désir collectif de changer.

Désir de changement

Une transformation « du volume à la valeur » se présente déjà, qui repose sur l'idée que la culture de la main-d'œuvre est liée à la performance organisationnelle. On décrit cette tendance comme «

l'écart d'un système de santé découlant de l'approvisionnement et axé sur les actions des médecins, pour progresser vers un système centré sur le patient pour répondre à ses besoins. Il faut faire la transition d'une perspective axée sur le volume et la rentabilité des services fournis – visites chez le médecin, hospitalisations, procédures et tests – à l'obtention des résultats de patients ».³ Ce point de vue est encouragé par des experts et des professionnels de santé qui insistent sur une approche stratégique de portée générale visant à surveiller la qualité des environnements de travail des soins de santé. Par exemple, le rendement des employés n'est pas entièrement souligné en termes de gains budgétaires maintenant.⁴ « La nouvelle approche annule les rôles traditionnels. Au lieu de demander aux programmes cliniques de soutenir la fondation financière de l'organisation, on se demande comment les finances peuvent soutenir les soins aux patients⁵», selon Meryl Moss, la chef de l'exploitation chez Coastal Medical, un organisme responsable de soins (ORS) au Rhode Island qui se classe au troisième rang à l'échelle nationale pour la qualité parmi 333 ORS d'économies communes Medicare. Pour le Canada, il s'agit d'un grand pas au-delà des programmes de promotion de la santé en milieu de travail, signifiant que la main-d'œuvre a besoin de changer.⁶ En créant un changement culturel pour soutenir un système d'avantages bidirectionnel qui valorise ses employés, tout en répondant aux besoins des patients, la main-d'œuvre réalisera naturellement ses capacités optimales.

Initiatives de changement de la main-d'œuvre

Étant donné que le Canada a un système complexe de gouvernance des soins de santé, des innovations en santé se produisent simultanément à divers niveaux, soit sur le plan provincial, régional et local. On fait face au défi intégré de coordonner les efforts des décideurs de la santé pour partager leurs innovations et intensifier des approches

performantes de long en large.⁷ Plusieurs initiatives continuent de démontrer la possibilité d'améliorer nos normes professionnelles en tant que population active, et elles correspondent à nos valeurs professionnelles et personnelles. Des projets de qualité proviennent des recherches fondées sur des données probantes, ce qui accorde une certaine légitimité à une population active qui respecte une telle action informée.⁸ Les exemples suivants illustrent quelques-unes de ces initiatives visant à élargir les normes pour la PLM, en conformité avec d'autres professions de la santé.

Exemple n° 1 : Interconnectivité améliorée

Il y a une décennie environ, le Conseil canadien de la santé a identifié l'amélioration du travail en équipe comme un élément essentiel pour accélérer le changement du système⁹ et optimiser la gestion des ressources humaines.¹⁰ Les recherches ont démontré que des équipes interprofessionnelles des soins sont indispensables pour la création et la durabilité d'un système solide de santé. Cela contribue ainsi à un système de santé performant, à la santé améliorée de la population et à une meilleure équité en santé.¹¹ Les activités interprofessionnelles et les équipes multidisciplinaires sont devenues un élément de base dans des modèles de soins, comme en témoigne la création de compétences interprofessionnelles¹² et l'intégration dans des programmes de formation en sciences de la santé.¹³ Des équipes demandent de plus en plus la participation des professionnels de laboratoire médical à des discussions cliniques.¹⁴ Par exemple, à la Clinique Mayo, les techniciens de laboratoire médical¹⁵ constituent un élément primordial de l'équipe d'intervention multiple d'alerte électronique à la septicémie, qui compte des médecins, infirmières, thérapeutes respiratoires et pharmaciens.¹⁶ Un autre exemple de la présence accrue des professionnels de laboratoire médical à l'avenir est évident dans les conférences de cas multidisciplinaires. L'organisme appelé European Partnership for Action Against Cancer a diffusé un énoncé de politique sur le traitement multidisciplinaire du cancer, indiquant :

« La nouvelle approche annule les rôles traditionnels. Au lieu de demander aux programmes cliniques de soutenir la fondation financière de l'organisation, on se demande comment les finances peuvent soutenir les soins aux patients. »

– Meryl Moss, chef de l'exploitation, Coastal Medical

« La confirmation d'un diagnostic de cancer devrait entraîner la surveillance par l'équipe multidisciplinaire, y compris l'ensemble des spécialités diagnostiques et thérapeutiques impliquées dans le processus des soins¹⁷ ». On peut contester la présence des professions de laboratoire médical spécialisées dans cette liste, en raison de leur fonction de gardiens d'information qui soutiennent la prise de décisions. Avec l'évolution de la médecine de précision, des tests de dépistage préventifs et des épreuves diagnostiques de plus en plus nombreuses et complexes, la PLM s'intéressera davantage à diffuser directement ses connaissances et à conseiller en matière des exigences d'essais afin d'assurer que les patients reçoivent un niveau optimal de soins. Ce changement culturel actuel et futur génère un environnement d'appui qui encourage l'élargissement des frontières de notre ancienne norme professionnelle des soins.¹⁸

Exemple n° 2 : Changement de valeurs

Le système de valeurs dans le cadre de notre main-d'œuvre en santé est en évolution, attribuée en partie à l'augmentation du multiculturalisme au-delà des principales zones urbaines. Au 1^{er} juillet 2016, la population du Canada a été estimée à 36 286 425 personnes, en hausse de 437 815 (+1,2 %) par rapport à l'année précédente (2015-2016). À ce temps-là, Statistique Canada a enregistré un solde migratoire international le plus élevé (+313 925) depuis le début de la période couverte par le système actuel de comptabilité démographique en 1971.¹⁹ L'afflux d'immigrants au fil des ans a apporté une quantité considérable de connaissances et une perspective différente du domaine des soins de santé, du point de vue du patient ainsi que du fournisseur. Bon nombre de ces personnes arrivent au pays pour combler la pénurie de ressources humaines en santé²⁰ et elles sont parrainées

par l'Initiative sur les travailleurs formés à l'étranger lancée par le gouvernement du Canada en 2005.²¹ Plusieurs programmes ont été conçus²² pour appuyer l'intégration de ces personnes dans la main-d'œuvre et la communauté, ce qui contribue grandement à leur succès en milieu de travail.²³

La transformation multiculturelle de la main-d'œuvre en santé entraîne également une population de patients plus culturellement diversifiée. L'ensemble des professionnels de santé, qu'ils s'occupent fréquemment des patients en personne ou non, devraient s'habituer à fournir des soins aux patients de diverses origines ethniques. L'Association canadienne de protection médicale définit la compétence culturelle comme englobant « les croyances et les comportements qui définissent les valeurs des communautés et groupes sociaux ». ²⁴

Les professionnels sont de plus en plus conscients de la façon par laquelle la culture peut façonner la pratique des soins et influencer les résultats de santé. Une telle conviction est fondée sur des données probantes indiquant qu'avec des patients traités par des professionnels de santé d'origine culturelle semblable, les interactions qui en découlent mènent à une meilleure compréhension et à des résultats améliorés.

« Pour assurer des soins axés sur le patient et sur la famille, les professionnels de santé futurs devront offrir un niveau jamais vu de compétence, de compréhension et de sensibilité aux populations diversifiées qu'ils servent », remarque Heather Young, vice-chancelière associée des soins infirmiers et doyenne fondatrice de la Betty Irene Moore School of Nursing.²⁵ Non seulement y a-t-il un changement direct de la diversité des systèmes de valeurs par rapport aux années précédentes, mais ces types de politiques peuvent aussi indirectement solidifier la main-d'œuvre en encourageant

et en inculquant les valeurs d'inclusion. On a trouvé que le niveau d'inclusion démontré par un leader peut prévoir les sentiments de sécurité psychologique éprouvés par l'employé. Dans cette optique, la sécurité psychologique peut prévoir l'engagement envers le travail d'amélioration de la qualité.²⁶

Exemple n° 3 : Changement proactif

Les stratégies de santé de la population mettent l'accent sur une approche préventive à l'égard des soins primaires afin d'appuyer la population vieillissante et d'apprendre aux membres de la génération plus jeune de viser leur santé optimale. Notre modèle de santé traditionnel est réactif, selon le paradigme de soins aigus qui vise à aborder les questions urgentes et à gérer les maladies chroniques.²⁷ En 2015, les estimations ont indiqué que pour la première fois, le Canada avait un plus grand nombre de personnes âgées d'au moins 65 ans par rapport aux enfants âgés de 0 à 14 ans.²⁸ La hausse des *baby boomers* utilisant le système de santé a suscité une approche proactive de gestion des soins de santé, pour assurer un nombre suffisant de lieux des soins chroniques en vue de gérer l'afflux de patients futurs, et de les maintenir en bonne santé aussi longtemps que possible. Par conséquent, un plus grand nombre de patients sont traités dans des lieux externes que jamais auparavant parce que les consultations se concentrent plus sur le dépistage et les soins préventifs. De plus, on donne priorité à la formation de la population active afin de fournir des services de promotion de la santé et de prévention des maladies.²⁹

Ce changement de politique peut exercer un impact sur les normes de la main-d'œuvre par sa capacité à endoctriner une profession de penser et d'agir de façon proactive, qui peut amorcer une transformation subtile dépassant l'objectif initial. Le comportement proactif en milieu de travail implique une approche d'auto-initiation et d'action anticipée envers le changement.³⁰ La recherche a démontré que des employés proactifs peuvent redéfinir les objectifs organisationnels pour des objectifs plus stimulants³¹, et qu'ils peuvent activement influencer les processus de socialisation afin d'améliorer la qualité de la vie au travail.³²

Engagement

Le proverbe « *On ne peut faire boire un cheval qui n'a pas soif* » est très significatif en termes d'engagement dans la main-d'œuvre. Des professionnels de santé comme les médecins, les infirmières³³ et les professionnels de laboratoire médical (tel que démontré dans cette série d'articles) travaillent fort dans leurs domaines respectifs afin de répondre aux demandes des patients et du système. On comprend que ces professions de la santé parmi d'autres sont au seuil critique pour pouvoir fournir des soins supplémentaires et de plus haute qualité quand les ressources, le temps et l'endurance mentale sont mis aux limites. Pourquoi donc des professionnels de santé comme les professionnels de laboratoire médical s'engagent-ils si intensément à faire davantage?

Pourquoi restez-vous tard au travail pour compléter un test diagnostique au lieu de le passer au prochain membre d'équipe? Pourquoi vous souvenez-vous des noms des patients par les tubes d'essai, quand vous n'avez jamais fait leur connaissance? Pourquoi vous occupez-vous des résultats d'une personne dont vous prélevez le sang chaque mois?

On observe une transition psychologique collective dans le système de santé alors que les initiatives pour créer un système plus axé sur le patient nous rappellent pourquoi nous avons choisi le domaine de la santé en premier lieu.³⁴ La compréhension actuelle de cet accent mis sur le patient concerne l'expérience ainsi que la qualité et la sécurité des renseignements sur la santé.³⁵ Cela ne veut pas dire que les professionnels de santé ont oublié sur le chemin; il s'agit plutôt d'un mécanisme pour harmoniser notre cible avec le concept qui importe le plus à la nation. L'engagement des professionnels de santé est une force puissante pour collaborer vers l'atteinte d'un but commun. La recherche a démontré qu'un tel engagement peut conduire à des améliorations comme une augmentation de motivation, d'accomplissement et de satisfaction personnelle en milieu de travail.³⁶

Selon un sondage Gallup récent, des organisations avec un niveau élevé d'engagement ont indiqué une hausse de productivité des employés de 22 % (une

méta-analyse de 1,4 million d'employés). Jim Harter, Ph.D., scientifique principal chez Gallup Research, explique que « les employés engagés sont plus attentifs et vigilants. Ils s'intéressent aux besoins de leurs collègues et de l'entreprise globale, car ils sont personnellement « propriétaires » des résultats de leur travail et de ceux de l'organisation ». ³⁷ Cette personnalisation contribue à influencer les politiques adoptées partout au Canada.

Conclusion

Que l'on songe aux changements dans la main-d'œuvre, dans la profession ou dans le système de formation, il est clair que les professionnels de laboratoire médical ont perfectionné leur sensibilité aux facteurs propulsant le changement, et ils ont adopté ces facteurs en vue d'améliorer et d'élargir leurs normes professionnelles.

La PLM s'efforce d'atteindre (même involontairement) de nouvelles frontières, en explorant des rôles dans des mégadonnées, à titre d'agents d'information, en surmontant les progrès technologiques et en collaborant à établir un environnement de soins mieux intégré et visant l'équilibre travail-vie privée. Peu importe si le professionnel a récemment passé son examen de certification, qu'il s'approche de sa retraite ou est entre les deux phases. La profession d'aujourd'hui fait preuve de fierté et démontre les étapes énormes qu'elle a franchies pour élargir et revivifier ses champs d'activité au niveau le plus élevé atteint jusqu'à ce jour. ■



LAURA ZYCHLA
Chercheuse, SCSLM

RÉFÉRENCES :

- ▶ ¹Le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (2015). *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site <http://healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/summary-innovation-sommaire/alt/summary-innovation-sommaire-fra.pdf>
- ▶ ²Lemieux-Charles L. (2010). Accelerating the workplace health agenda. *Healthcare Papers*, 10(3), pp. 33-7.

- ³Porter ME, & Lee TH. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>.
- ⁴Lowe G, & Chan B. (2010). Using common work environment metrics to improve performance in health care organizations. *Healthcare Papers*, 10(3), pp. 8-23.
- ⁵Moss M. (2016). The health care workforce of the future, *Institute for Healthcare Improvement*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=221
- ⁶Lowe G. (2012). How Employee Engagement Matters for Hospital Performance. *Healthcare Quarterly*, 15(2), pp. 29-39
- ⁷Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2014). *Priorités en matière de services de santé au Canada – document d'information*. Dernière consultation du site www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/documents/harkness-healthcare-priorities-canada-background-f.pdf
- ⁸Exemple : Clements D, Dault M, & Priest A. (2007). Effective teamwork in healthcare: Research and reality. *Healthcare Papers*, 7(SP), pp. 26-34.
- ⁹Conseil canadien de la santé. (2005). *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.49-Accelerer_le_changement_CCS_2005.pdf
- ¹⁰Conseil canadien de la santé. (2005). *Moderniser la gestion des ressources humaines de la santé au Canada : déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/hcc-ccs/H174-1-2005F.pdf
- ¹¹Dinh T. (2014). *Why Interdisciplinary Health Care Teams Are Better for Canadians and the Health System*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.conferenceboard.ca/economics/hot_eco_topics/default/14-03-13/why_interdisciplinary_health_care_teams_are_better_for_canadians_and_the_health_system.aspx
- ¹²Exemple : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- ¹³Exemple: Matukas LM, Allaire S, Russell A, Jothy S, Hyland R, & Batty HP. (2010). *Envisioning a successful simulation Interprofessional education model partnering microbiology residents and microbiology medical laboratory technologist trainees*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-matukas-microbiology-e.pdf
- ¹⁴Société canadienne de science de laboratoire médical (2016). *Prise de position : Allocation des ressources humaines dans les laboratoires médicaux*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site http://csmls.org/csmls/media/documents/position_statements/HHRStaffingPositionStatement-FINAL.pdf
- ¹⁵La Société canadienne de science de laboratoire médical comprend que ce terme signifie la profession réglementée semblable au Canada, soit le technologiste de laboratoire médical.
- ¹⁶Harrison AM, Gajic O, Pickering B, & Herasevich V. (2016). Development and implementation of sepsis alert systems. *Clinics in Chest Medicine*, 37(2), pp. 219-30.
- ¹⁷European Partnership for Action Against Cancer (2013). *Policy Statement on Multidisciplinary Cancer Care*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.ecco-org.eu/~media/Documents/ECCO%20sections/Public%20Affairs/Positions%20and%20publications/Policy%20Statement%20on%20Multidisciplinary%20Cancer%20Care%202012.pdf
- ¹⁸Wen J, & Schulman KA. (2014). Can team-based care improve patient satisfaction? A systematic review of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(7), p. e100603.
- ¹⁹Statistique Canada (2016). *Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires : Faits saillants*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2016000/aftertoc-aprestdm1-fra.htm
- ²⁰Réseau canadien sur les ressources humaines en santé (2013). *Internationally Educated Health Care Professionals*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.hhr-rhs.ca/images/stories/docs/features/iehp_one_pager.pdf
- ²¹Santé Canada (2015). *Système de soins de santé : Professionnels de la santé diplômés à l'étranger*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/init-prof-educ/index-fra.php
- ²²Exemple : Obtenir la certification : Professionnels formés à l'étranger : Les premiers pas vers la certification; consultez <http://csmls.org/Certification/Obtenir-la-certification-Professionnels-formes-a/Les-premiers-pas-vers-la-certification.aspx?lang=fr-CA>
- ²³Western & Northern Health Human Resources Planning Forum (2006). *Literature Review of Issues relating to the Needs, Challenges and Successes relating to Integration of Internationally Educated Health Professionals (IEHP)*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.hhrforum.com/component/phocadownload/category/10-situational-analysis-for-internationally-educated-health-professionals?download=61:literature-review-of-issues-relating-to-the-needs-challenges-and-successful-integration-of-iehps-nov-2006-
- ²⁴Association canadienne de protection médicale (2014). *Obligations et responsabilités : À la croisée de la médecine et de la culture*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.cmpa-acpm.ca/fr/-/when-medicine-and-culture-intersect
- ²⁵UCDavis Medical Centre (2011). *Ensuring diversity and inclusion in health care*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.ucdmc.ucdavis.edu/medicalcenter/features/2010-2011/02/20110224_diversity-inclusion.html
- ²⁶Nembhard IM, & Edmondson A. (2006). Making It Safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), pp. 941-66.
- ²⁷Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2007). *Prévention et prise en charge des maladies chroniques : le cadre de travail de l'Ontario*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/framework_full.pdf
- ²⁸Statistique Canada (2016). *Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires : Faits saillants*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2016000/aftertoc-aprestdm1-fra.htm
- ²⁹The Evidence Centre for Skills for Health (Inconnu). *Key Changes in The Healthcare Workforce: Rapid Review of International Evidence*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.skillsforhealth.org.uk/index.php?option=com_mtreet&task=att_download&link_id=100&cf_id=24
- ³⁰Bindl UK, & Parker SK. (2010). *Proactive Work Behavior: Forward-Thinking and Change-Oriented Action in Organizations*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.6487&rep=rep1&type=pdf>
- ³¹Hacker, W. (1985). Activity: A fruitful concept in industrial psychology. In M. Frese & J. Sabini(Eds.), *Goal Directed Behavior: The Concept of Action in Psychology* (pp. 262-283). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- ³²Ashford, S. J., & Black, J. S. (1996). Proactivity during organizational entry: The role of desire for control. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 199-214.
- ³³Henderson R. (2014). *7 Major Healthcare Workforce Changes not Caused by the PPACA*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.beckershospitalreview.com/human-capital-and-risk/seven-major-healthcare-workforce-changes-not-caused-by-the-ppaca.html
- ³⁴Conseil canadien de la santé (2011). *Defining, Measuring and Recognizing Patient Centered Care*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site www.conseilcanadiendelasante.ca/tree/2Frampton.pdf
- ³⁵McKesson Canada (2013). *White Paper: Patient-Centered Care A Framework for Care Coordination*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site http://healthcareathome.ca/mh/en/Documents/RelayHealth_-_White_Paper%5B1%5D.pdf
- ³⁶Al-Sawai A. (2013). Leadership of health care professionals: Where do we stand? *Oman Medical Journal*, 28(4): 285-7.
- ³⁷Baldoni J. (2013). Employee engagement does more than boost productivity. *Harvard Business Review*. Dernière consultation le 5 décembre 2016 du site <https://hbr.org/2013/07/employee-engagement-does-more>.