

# Typologie analytique des modèles multiprofessionnels de soins primaires

---

Damien Contandriopoulos, Mélanie Perroux, Aurore Cockenpot, Arnaud Duhoux, Emmanuelle Jean

## 1. Introduction

Les changements démographiques, les développements technologiques et les contraintes fiscales se conjuguent actuellement pour menacer la pérennité des systèmes de santé. En effet, les innovations techniques et la croissance rapide de l'intensité des soins fournis entraînent une pression importante sur les ressources disponibles [1, 2]. De même, les données sur l'évolution démographique et les dépenses suggèrent que la prise en charge des besoins de santé de la population par le biais des modèles de dispensation actuels risque d'exercer des pressions énormes sur les finances publiques [3]. Tout suggère que les systèmes de soins devront donc évoluer de manière importante pour préserver leur capacité à maintenir l'universalité et la gratuité de l'accès aux soins [4, 5].

Le renforcement des capacités de dispensation de soins primaires est largement considéré comme une approche ayant le potentiel de simultanément renforcer la pérennité des systèmes de santé, l'accessibilité et la continuité des soins et ultimement la santé des populations [2, 5-10].

Les soins primaires sont définis dans cette recherche selon les termes de l'*Institute of Medicine* comme « *the provision of integrated, accessible healthcare services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal healthcare needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community.* » [6]. Il est intéressant de noter que cette définition ne met pas l'accent sur le type de cliniciens sur lesquels repose l'offre de soins. Elle insiste plutôt sur la nature de la réponse aux besoins qui est offerte. Pour faire face aux défis identifiés plus haut, il existe en effet de plus en plus de preuves que non seulement les systèmes de santé doivent évoluer pour renforcer l'offre de soins primaires mais que la nature même de ces soins va devoir évoluer [11-16]. En particulier, les logiques professionnelles doivent évoluer vers davantage de collaboration et vers un élargissement des champs de pratique [17-19].

De nombreuses données convergentes suggèrent qu'une des évolutions possible serait de pousser beaucoup plus loin l'interdisciplinarité dans la composition des équipes, l'étendue de la prise en charge et l'action intersectorielle [20-26]. En particulier, un plus grand recours à une pratique infirmière étendue est susceptible d'améliorer l'accessibilité des soins et l'efficacité de la dispensation [12, 27-32]. De même, les soins offerts devront évoluer vers un panier de soins plus étendu, plus intégré avec des interventions sur les déterminants de la santé et à la fois moins intensifs et plus pertinents [1, 2, 4, 5, 16, 33-40]. Un tel virage vers plus de prévention et des interventions plus intersectorielles est susceptible de contrer l'accroissement continu du poids de la prise en charge des maladies chroniques dans le panier de soins que l'on observe actuellement.

Cependant, peu de données existent sur les caractéristiques des modèles de dispensation qui sont les plus prometteuses pour soutenir les transformations des soins de santé primaire. De manière générale, la littérature disponible indique qu'il existe plusieurs avenues plausibles pour améliorer la performance de l'offre de soins et notre analyse suggère que leur mérite relatif est contingent à de

nombreux facteurs cliniques, organisationnels et systémiques. Dans ce contexte, nous avons conduit une revue réaliste de la littérature ancrée dans une approche d'analyse logique et visant à développer des outils conceptuels permettant de soutenir la transformation des modèles de soins de santé primaires. L'analyse inductive des publications sélectionnées a permis de développer deux typologies. Ces typologies permettent à la fois à poser un jugement analytique ou évaluatif des modèles de soins existants et de proposer, de manière prospective, des paramètres optimaux de fonctionnement pour la dispensation de soins primaires.

## 2. Méthode

### **2.1. Analyse logique et revue réaliste**

Pour mieux comprendre les caractéristiques des équipes multiprofessionnelles de soins primaires performantes, nous avons utilisé une démarche méthodologique qui s'appuie sur deux approches complémentaires : d'une part les travaux de Pawson et collègues sur l'approche de revue réaliste [41-44] et d'autre part les travaux de Brousselle et collègues sur l'analyse logique et plus spécifiquement l'analyse logique inversée (*reverse logic analysis*) [45].

L'approche de l'analyse logique a été développée dans le contexte de l'évaluation des interventions complexes. Le principe est d'interpréter les données scientifiques disponibles de manière à comprendre quels sont les processus causaux qui expliquent les effets de l'intervention à l'étude. L'analyse logique inversée, quant à elle, est une approche prospective où les données scientifiques sont utilisées pour identifier les conditions et les modalités de fonctionnement d'une intervention qui permettrait d'atteindre des objectifs préétablis.

Le principe de la revue réaliste est conceptuellement très proche. Il repose sur l'idée que les méthodes de revues systématiques de la littérature, développées pour étudier l'efficacité d'interventions cliniques, ne conviennent pas à l'analyse des interventions complexes. Dans le cas de ces dernières, il faut adopter une approche "générationnelle" [44] où les connaissances existantes sont intégrées soit pour proposer de nouvelles interventions plausibles soit pour ajuster les interventions existantes. Ce type de synthèse de connaissances devient alors générative de propositions théoriques sur le fonctionnement de l'intervention.

La méthode utilisée ici, s'inspirant de ces deux sources, tire de l'analyse logique inversée la notion d'une synthèse relativement systématique des connaissances disponibles et celle d'une intégration de ces connaissances autour de l'atteinte d'objectifs préétablis. De la revue réaliste, nous tirons la notion d'une approche plus générative que configurationnelle où les données sont réinterprétées de manière inductive de façon à proposer des recommandations pour la pratique.

Ce travail s'intègre dans un projet de recherche plus large et va servir de cadre conceptuel pour analyser la pratique dans les sites pilotes étudiés dans ce projet [46].

### **2.2. Modèle analytique**

L'objectif du présent travail est de mieux comprendre les caractéristiques structurelles et les processus de fonctionnement d'équipes multiprofessionnelles de soins primaires performantes. Nous avons principalement utilisé le cadre conceptuel de la qualité de Donabedian [47] pour classer l'information tirée des articles analysés et articuler les liens causaux entre: 1) les structures des modèles de dispensation de soins primaires; 2) les processus d'offre de soins et de prise en charge et 3) les résultats produits.

### 2.3. Définition de la performance

Pour porter un jugement normatif sur la désirabilité des modèles de dispensation, nous avons utilisé une définition de la performance inspirée des travaux de Shortell coll. [48]. Cette définition conçoit la performance d'un modèle de soins comme la combinaison de quatre composantes 1) l'accessibilité, 2) la qualité des soins, 3) l'efficacité et 4) les capacités d'apprentissage collectives [46]. Le modèle de conceptualisation de la performance et de ses sous-composantes est illustré dans la Figure 1 (ci-contre).

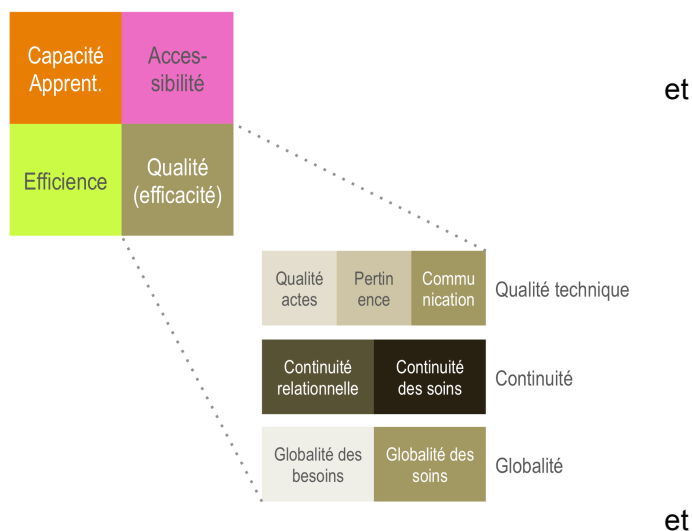


Figure 1: Conceptualisation de la performance

L'accessibilité est définie, à la suite de Donadedian [47, 49], comme l'adéquation entre les structures de production d'une part les besoins de la société et leur répartition géographique d'autre part.

La définition de la qualité utilisée ici repose sur une adaptation des travaux d'opérationnalisation de la mesure de la qualité des soins de première ligne menés par les équipes de Pineault, de Beaulieu et de Haggerty [50-53]. La qualité des soins est définie comme la conjonction de la qualité technique, de continuité et de la globalité (*comprehensiveness*). La qualité technique se décompose à son tour en trois composantes : la qualité de l'acte, la pertinence des soins (*appropriateness*) et la qualité de la communication. La continuité est définie à la suite de Haggerty et al. [52] comme le fait qu'un patient soit traité par le même professionnel ou une même équipe au cours du temps (continuité relationnelle) et que les soins offerts soient harmonieusement intégrés entre eux (*management continuity*). Nous interprétons l'intégration harmonieuse des soins à deux niveaux. D'une part, l'intégration des soins et services s'organise de manière à ce que les soins médicaux, les soins infirmiers, la prise en charge sociale, les pratiques curatives et les pratiques préventives soient arrimés de manière harmonieuse, soutenue dans le temps et optimale (intégration horizontale) et, d'autre part, à leur arrimage entre les différents niveaux de services (intégration verticale) [53-55]. Finalement, la globalité décrit le fait qu'une structure de soins est en mesure de répondre de manière intégrée à l'ensemble des besoins des patients. La globalité regroupe deux dimensions qui composent l'étendue de la prise en charge: la prise en compte de l'ensemble des besoins des patients (*whole person focus*) et l'offre d'un panier de services complet (*scope of services*).

L'efficacité est définie ici, à la suite de Brousselle, Lachaine [56] comme le ratio entre la qualité des soins et l'utilisation des ressources. Cette définition correspond à l'efficacité technique qui vise la minimisation des coûts pour un résultat donné.

Finalement, la mise en place de pratiques organisationnelles, administratives et cliniques permettant la production efficiente de soins de qualité adaptés aux préférences des patients va nécessiter que les équipes et les organisations de soins aient une bonne capacité d'apprentissage. La capacité d'apprentissage se réfère ici à la capacité collective de l'organisation à s'adapter, à intégrer de nouvelles connaissances et de nouvelles pratiques [48]. Ceci implique un engagement collectif dans des efforts d'identification et de résolution de problèmes [57, 58].

## **2.4. Stratégie de recherche documentaire**

La première étape de recherche a été une recherche par mot clé sous MEDLINE, puis adaptée aux bases de données EMBASE et CINAHL<sup>1</sup>. Pour être considérés admissibles, les articles devaient avoir été publiés en anglais ou en français dans des revues révisées par les pairs, après 1999 et porter sur une intervention déployée dans un pays de l'OCDE. 3204 références ont été identifiées dont 1826 correspondaient à nos critères d'inclusion.

En plus de cette recherche par mots clés dans les bases de données cliniques nous avons intégré des articles connus des chercheurs ainsi que des résultats tirés de moteurs de recherche en ligne. Certains documents cités dans les bibliographies des articles retenus ont également été ajoutés. Cette approche est inspirée des travaux de Greenhalgh et collègues [59, 60]. Un total de 25 articles ont ainsi été identifiés par des approches délibérées.

La seconde étape a été de trier les articles sur un critère de pertinence par rapport à l'objectif de mieux comprendre les caractéristiques structurelles et les processus de fonctionnement d'équipes multiprofessionnelles de soins primaires performantes. Ce premier tri a été réalisé sur la base du titre et du résumé. Nous n'avons conservé que les articles documentant la dispensation de soins primaires par des équipes multiprofessionnelles où les infirmières jouent un rôle important. Les articles portant sur des services fournis en centre hospitalier ou ne se rapportant à une clientèle générale en soins primaires ont été exclus (par exemple les services d'urgence, les soins ambulatoires, la réadaptation, etc.). À cette étape 65 articles tirés des 1826 références identifiées par mots clés et 6 des 25 articles d'autres sources ont été sélectionnés pour l'analyse du texte complet. Trois des auteurs (DC, AC et MP) ont par la suite lu le texte complet des articles sélectionnés et la pertinence de chaque article a été discutée collectivement. Au final, après cette étape 52 articles ont été retenus pour analyse.

## **2.5. Processus d'analyse**

Les articles retenus pour analyse ont dans une première étape été positionnés en fonction de la ou des contributions principales qu'ils apportaient selon une grille structure/processus/résultats.

Dans une seconde étape, de nombreuses sous-catégories ont été identifiées de manière inductive à partir des éléments discutés dans les articles. Par exemple les articles retenus discutent abondamment du processus de redéfinition des rôles professionnels [61] ce qui a été identifié comme une sous-catégorie des processus. De même, la littérature examinée inclut aussi plusieurs analyses des effets des structures de dispensation des soins primaire sur plusieurs outcomes cliniques [62-64]. Le travail de catégorisation et d'identification inductive des sous-catégories a été réalisé en parallèle par chacun des trois lecteurs. L'objectif de ce travail de classification n'était toutefois pas l'arborescence de sous-catégories en tant que telle, car cette arborescence est très idiosyncrasique aux articles sectionnés. L'effort de classification a surtout servi de base de discussion au sujet des liens causaux présumés ou testés entre les catégories et sous-catégories identifiées.

Dans une troisième étape, une discussion collective entre les trois lecteurs a été organisée autour de l'arborescence de sous-catégories et de leurs liens causaux présumés. Le point de départ de la discussion a été une série de modèles causaux itérativement produite sous la forme de graphiques qui lient les sous-catégories entre elles. Au fur et à mesure qu'un modèle causal satisfaisant s'est stabilisé la discussion s'est réorientée vers l'identification des outils conceptuels nécessaires pour

---

<sup>1</sup> Exemple de la stratégie CINAHL : [ *primary health care OR ambulatory care OR family practice OR community health services OR group practice OR patient centered medical home OR walk in centre* ] **AND** [ *nurse led OR nurse-managed centers OR advanced nursing practice OR registered nurses OR nurse practitioners OR nursing role* ] **AND** [ *quality of health care OR health services accessibility OR organizational efficiency OR multidisciplinary care team OR interprofessional relations OR model of care OR delivery model* ]

penser l'évolution des modèles de soins de santé primaires vers des modèles plus performants au sens défini plus haut.

À partir de cette étape, la discussion collective s'est réorientée sur les éléments qui ressortaient comme particulièrement centraux au processus de transformation de l'offre de soins primaire. Les éléments qui se sont révélés incontournables étaient spécifiquement les liens d'imputabilité entre les équipes de soins et les populations de patients dont elles sont responsables, l'accessibilité, la continuité et la globalité de l'offre de soins, l'efficacité de fonctionnement du modèle, les trajectoires de soins que les différents modes de prise en charge des équipes impliquent, la composition des équipes et surtout le processus de redéfinition des rôles professionnels ainsi que l'étendue de pratique des professionnels non-médecins.

Finalement, dans une quatrième étape, les éléments qui ressortaient comme particulièrement centraux au processus de transformation de l'offre de soins primaire ont été mis en relation les uns avec les autres et ceci a progressivement mené au développement des typologies présentées dans la prochaine section. En ce sens, les typologies ne sont pas une synthèse des modèles causaux identifiés, mais se veulent des modèles "génératifs" au sens de [44] permettant de réfléchir aux caractéristiques plausibles de modèles de soins primaires performants.

## 3. Résultats

### 3.1. Structure des équipes de soins

L'analyse de la littérature a permis d'identifier deux dimensions structurantes pour caractériser les équipes multiprofessionnelles de soins primaires. La première dimension est le niveau de formalisation dans la division des tâches au sein de l'équipe. À un extrême, les approches formelles reposent sur des procédures explicites qui spécifient quel service sera offert par quel professionnel, à quel patient et à quel moment. À l'autre extrême, les approches organiques reposent sur des mécanismes d'ajustement mutuels où les professionnels s'adaptent aux contingences structurelles et aux caractéristiques des patients pour déterminer les modalités de soins.

La seconde dimension est la centralité et l'autonomie des infirmières – quel que soit leur titre exact ou leur niveau de formation – dans le modèle de soins. Certains modèles reposent principalement – comme professionnels de premier recours – sur des infirmières tandis que d'autres reposent principalement sur des médecins. Dans les articles analysés, nous n'avons pas identifié de modèles de soins primaires qui reposent sur des professionnels ni médecins ni infirmiers.

Les deux dimensions présentées permettent de construire une matrice de quatre cases et de concevoir quatre idéaux types de modèles de soins primaires (figure 2).

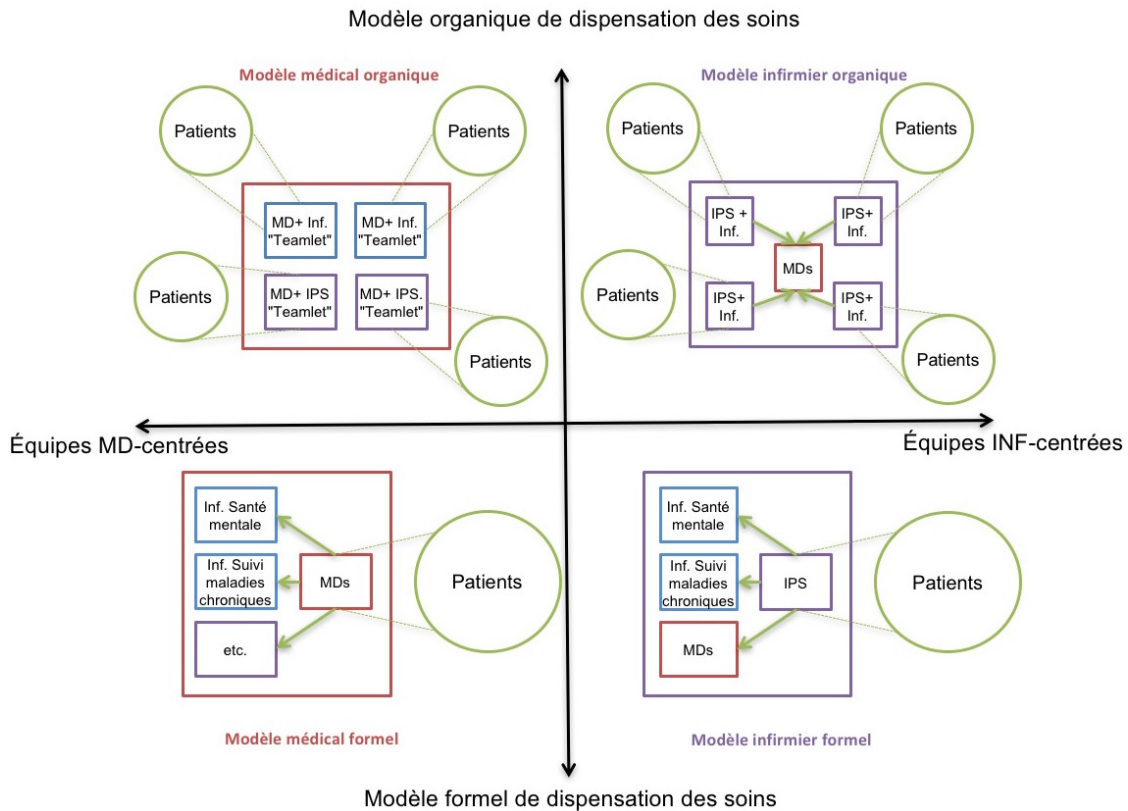


Figure 2: Typologie sur les caractéristiques structurelles des modèles de soins primaires

### 3.1.1. Modèle formalisé avec pivot médical

Le modèle formalisé avec pivot médical est probablement le modèle dominant dans les pays de l'OCDE. Dans ce modèle, un groupe de médecins prend en charge, plus ou moins conjointement, un panel de patients. Ici, le professionnel pivot est un médecin. Il établit le plan de soins lors de la consultation initiale, détermine un diagnostic et un plan de traitement. Par la suite, en fonction des besoins du patient, le médecin peut référer le patient pour un suivi additionnel dans ce que nous nommons ici des "modules" de prise en charge non médicaux (ex : suivi psychologique, maladies métaboliques, nutritionnel, etc.). Ces modules, centrés autour d'une pratique spécialisée ou disciplinaire, incluent à la fois l'offre d'actes techniques ou d'éducation du patient et à la fois un suivi relativement autonome par des professionnels non médecins de certains problèmes courants ou spécifiques à des maladies chroniques. Quand les professionnels responsables de l'offre de soins dans ces modules sont des infirmières, elles œuvrent généralement dans des domaines de spécialisation (par exemple diabète, asthme, santé mentale, suivi de grossesse, etc.). Dans la plupart des cas, il existe un certain nombre de protocoles de suivi stipulant à quel moment (par exemple examen annuel, une consultation sur deux) le patient devra revoir le médecin. Lorsque la situation de santé du patient change, il est redirigé vers le médecin. Par exemple, une fois un diagnostic et un plan de traitement établis par le médecin pour un patient diabétique, celui-ci peut être suivi régulièrement par une infirmière spécialisée sur cette maladie. L'infirmière a souvent la responsabilité d'ajuster la médication et d'évaluer l'évolution de la maladie de manière autonome.

### **3.1.2. Modèle formalisé avec pivot infirmier**

L'idéal type formalisé avec pivot infirmier se distingue du modèle précédent au sens où le professionnel pivot est ici une infirmière, généralement une infirmière praticienne spécialisée en première ligne<sup>2</sup> (IPSP). Sous cette forme il s'agit d'une des opérationnalisations possibles d'une *nurse-led clinic* comme ce qui existe en Ontario ou aux États-Unis [66, 67] (Heale et Butcher, 2010; Martinez-Gonzalez et al., 2014; Wong et Chung, 2006). Nous qualifions ce modèle de formalisé car, à l'instar du modèle médical décrit précédemment, l'IPSP va poser un diagnostic et établir un plan de traitement puis, pour une partie des besoins, les patients seront référés vers le même type de modules de soins décrits plus haut. Cependant, la particularité de ce modèle est la référence vers un médecin parmi les aiguillages possibles du patient par l'IPSP. Par exemple, l'IPSP répond aux besoins du patient qui sont à l'intérieur de son champ de pratique et selon ses capacités. Pour les patients dont les besoins sont plus complexes ou ceux qui nécessitent un traitement ou un test diagnostique que la réglementation réserve aux médecins leur sont référés. En ce sens, il s'agit d'un modèle inversé par rapport au modèle formalisé et médical précédent puisque ce sont des infirmières qui réfèrent certains patients vers le médecin.

Nous y reviendrons, mais dans ces deux modèles formels, le défi principal est d'assurer une circulation du patient la plus fluide possible entre les différentes ressources internes à l'équipe, surtout pour les patients ayant des multimorbidités. Il s'agit d'un défi d'intégration horizontale.

### **3.1.3. Modèle organique avec pivot médical**

Par rapport aux deux modèles précédents partageant des procédures formelles d'aiguillage des patients au sein de l'équipe, les modèles organiques reposent sur une prise en charge globale de l'ensemble des besoins par de petites équipes multidisciplinaires. Ce qui caractérise les modèles organiques est que l'offre de services repose sur des micro-équipes – beaucoup publicisés par le système VHA aux États-Unis sous le nom de « teamlets » [68]. Dans le cadre d'un modèle avec pivot médical, par exemple, ce sont des duos médecin-infirmière, des trios médecin-IPS-infirmière ou d'autres combinaisons de deux à quatre professionnels qui travaillent étroitement ensemble selon un modèle de prise en charge conjointe [28, 69]. Cette prise en charge par une micro-équipe signifie que les patients vont voir, en fonction de paramètres souples, l'un, l'autre ou tous les professionnels à chaque visite. Sur le plan de la globalité, chaque micro-équipe répond à une grande diversité des besoins de soins primaires. Le parcours du patient est moins segmenté que les deux précédents modèles. La définition des rôles au sein des micro-équipes est peu formalisée et les décisions concernant quel professionnel voit quel patient pour quel service à quel moment sont prises par ajustement mutuel selon les circonstances. Le panel de patients de chaque micro-équipe peut se constituer aléatoirement en fonction de la disponibilité des équipes, mais au sein d'un même groupe, les micro-équipes peuvent aussi fonctionner avec des focus (par exemple la périnatalité, la pédiatrie, la gériatrie, etc.).

### **3.1.4. Modèle organique avec pivot infirmier**

Finalement, le modèle organique avec pivot infirmier, qui est le plus hypothétique des quatre, est aussi basé sur des micro-équipes, toutefois, le centre de gravité ici est une IPSP travaillant conjointement avec d'autres professionnels. C'est une autre forme possible d'une *nurse-led clinic*. Dans l'éventualité où les besoins du patient requièrent une expertise médicale, les micro-équipes infirmières vont faire appel ponctuellement à un ou des médecins qui peuvent appartenir à la clinique ou qui sont externes et avec lesquels il existe des ententes de partenariat. Le degré de collaboration entre l'IPSP et les infirmières est dépendant des actes réservés légalement et les chevauchements de pratique sont autorégulés dans chaque micro-équipe. Ce qui distingue ce modèle du modèle infirmier formalisé est la prise en charge intégrée et conjointe d'un panel de patients par une micro-équipe de professionnels dont le centre de gravité est une IPS.

---

<sup>2</sup> ou PHCNP en anglais

À priori, le défi principal des modèles organiques est d'optimiser le processus par lesquels chaque professionnel des micro-équipes est mis à contribution au maximum de sa capacité. Le risque est que la subsidiarité dans la définition des tâches ne soit pas aussi poussée qu'il serait possible et que l'étendue des services soit limitée, surtout dans le cas du modèle organique infirmier.

### **3.2. Globalité des soins et structuration des rôles**

Le second outil conceptuel développé à partir de cette revue de littérature porte sur l'étendue des services offerts, la manière dont le travail et la prise en charge sont organisés au sein de l'équipe et sur les processus de collaboration sur lesquels repose cette prise en charge.

En pratique, les services réellement offerts en première ligne varient significativement dans l'étendue de la prise en charge proposée. Dans de nombreux modèles de soins – probablement la majorité des équipes dans de nombreux systèmes – la globalité des soins est sous-optimale par rapport à ce que la littérature suggère [53]. Le modèle d'"un problème par visite" des cliniques sans rendez-vous est un exemple extrême de cette réalité tout comme la pratique de refuser de prendre en charge certaines clientèles (problème de santé mentale plus aigus, double diagnostic santé mentale et toxicomanie, etc.)

Si on reprend les dimensions mises de l'avant dans le modèle de la performance présenté plus tôt, la globalité des soins comprend d'une part la réponse à l'ensemble des besoins des patients (*whole person focus*) et d'autre part l'offre d'un panier de services complet (*scope of services*). L'analyse de la littérature conduite ici nous a conduits à raffiner cette définition.

Premièrement, la prise en compte de l'ensemble des besoins devrait se conceptualiser au niveau populationnel plutôt qu'individuel. Une équipe de soins qui ne prendrait en charge que de jeunes patients sans problèmes de santé complexes pourrait facilement répondre à l'ensemble de leurs besoins, mais échouerait quand même, selon nous, à offrir des soins globaux. Nous abordons ici la conceptualisation de cette notion de réponse à l'ensemble des besoins en relation avec les besoins de la population à laquelle les soins sont offerts et hors de tout critère d'exclusion.

Deuxièmement, pour distinguer l'offre d'un panier de services complet de la notion de réponse au besoin, nous conceptualisons l'offre d'un panier de services complet en nous référant à la complexité des soins offerts. Nous nous appuyons sur une définition des soins primaires englobant si on définit les soins primaires comme une réponse à "la vaste majorité des besoins courants" [Notre traduction de 6] il existe implicitement des soins plus spécialisés, qui demandent une expertise, un plateau technique ou des ressources spécifiques et qui sont du ressort de la médecine spécialisée et / ou hospitalière. À ce titre, l'offre d'un panier de services complet implique aussi de s'assurer que les équipes de soins primaires prennent en charge la pleine complexité des soins courants et ne réfèrent pas inutilement ou trop facilement leurs patients vers les soins spécialisés.

Les deux dimensions de la globalité que nous avons définies permettent ainsi de visualiser ce concept au niveau des soins primaires comme un carré où les côtés horizontaux représentent l'ensemble des besoins populationnels tandis que les côtés verticaux représentent la complexité des soins (figure 3).



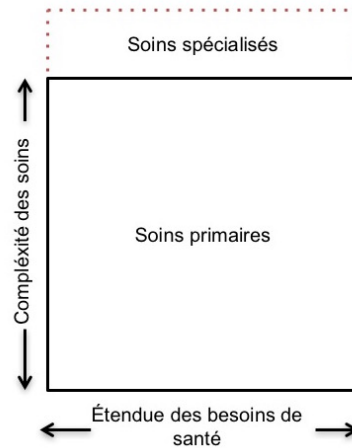


Figure 3: Conceptualisation de la globalité des soins

### 3.2.1. Utilisation de la typologie sur la globalité des soins primaires

Selon nous, cette typologie sur la globalité est utile à deux niveaux. D'une part, elle permet une représentation visuelle de l'étendue réelle de la prise en charge offerte dans une équipe par rapport à un idéal normatif de l'étendue désirée de la prise en charge des soins primaires. En comparant l'étendue des services réellement offerte dans une équipe avec ce qui se fait dans d'autres équipes ou avec ce que la littérature scientifique indique comme bonnes pratiques, il est possible de caractériser certains modèles comme offrant des soins à faible étendue. Sur la figure 4, certaines zones dans le carré des soins primaires optimaux sont ainsi vides tandis que, dans l'idéal ils devraient être tous comblés.

D'autre part cette typologie permet de conceptualiser le rôle de chaque professionnel ou de chaque groupe professionnel dans la réponse à l'ensemble des besoins. Ceci permet de visualiser la contribution relative de chaque groupe professionnel à l'étendue des soins offerts, mais surtout de distinguer comment le partage des rôles et des responsabilités est structuré selon les deux dimensions de l'étendue des besoins et de la complexité des soins. Comme outil de transformation de la pratique, la typologie vise à maximiser la globalité possible en liant la définition des rôles avec les ressources professionnelles disponibles.

Nous définissons ici le rôle professionnel comme « les services qu'un professionnel de la santé est réellement en mesure d'offrir en vertu du contexte; des ressources physiques, technologiques et humaines accessibles; de la composition des effectifs; du savoir-faire; des demandes des patients, des communautés ou de la population; et ainsi de suite. » [70]. Par ailleurs dans leur évolution et leur opérationnalisation pratique dans les différents milieux, la définition des rôles est structurée par l'évolution des frontières professionnelles et l'influence des facteurs législatifs, sociaux et pratiques [71]

Dans la figure 4 ci-dessous, les deux modèles hypothétiques A et B représentés ne couvrent pas la totalité des besoins (étendue limitée). Le modèle A en haut à gauche, par exemple, est un modèle principalement médical à faible étendue et faible complexité. Dans un tel modèle, il devient rapidement impossible aux patients de recevoir un suivi pour les problèmes complexes et pour des problèmes de santé non pris en charge par cette équipe. Le modèle B en haut à droite est un second modèle, multi-professionnel cette fois, à étendue limitée. Dans cette seconde équipe hypothétique, il y a une réponse à l'ensemble de l'étendue des besoins mais pour plusieurs types de soins et services, seulement pour des problèmes de faible complexité. Par exemple, un patient souffrant d'un problème de santé mentale courant comme des troubles anxieux serait vu par une infirmière qui, au lieu de mettre en place un suivi régulier à l'interne le référerait probablement vers des ressources en psychologie dans une autre structure de soins.

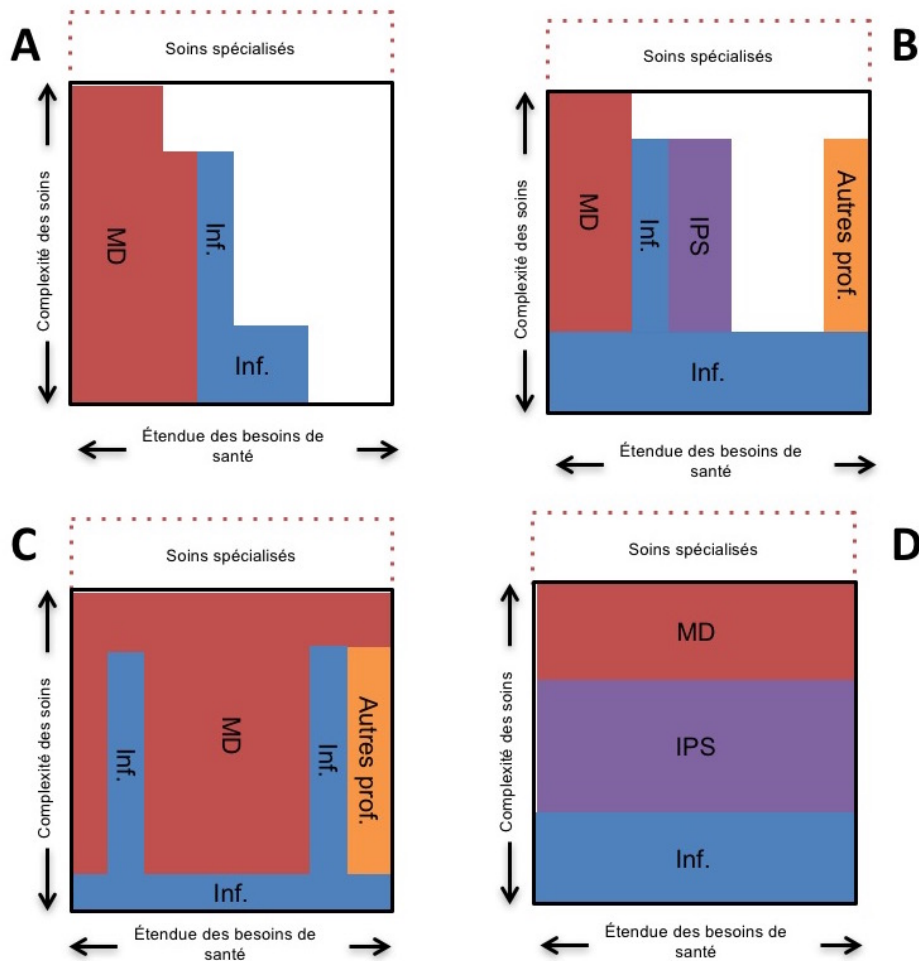


Figure 4: Illustration de la globalité des soins primaires

À l'inverse, les deux modèles hypothétiques C et D couvrent la pleine étendue des soins primaires. Le modèle C en bas à gauche est principalement médical et le modèle D en bas à droite est principalement infirmier. Dans les deux cas, ces modèles intègrent l'idée – fondée sur le principe de subsidiarité – que les soins de faible complexité sont confiés à des infirmières. On pourrait toutefois imaginer des modèles qui intègrent aussi ce principe en s'appuyant sur d'autres professionnels pour certains services. Les modèles C et D diffèrent par contre dans la structure de la définition des rôles. Le modèle C repose sur un partage des tâches selon des modules de prise en charge non médicale. On peut imaginer le cas où les patients seraient tous accueillis par une infirmière qui ferait une première évaluation des besoins puis les patients seraient ensuite suivis et traités par un médecin. Toutefois, toujours dans ce modèle, pour certaines visites ou pour certains patients qui viennent pour un suivi spécifique, les soins seraient offerts par des professionnels non médecins. Il nous semble plausible de faire l'hypothèse que les modèles qualifiés de formalisés dans la typologie structurelle présentée dans la section précédente vont être représentés par une division plus verticale des rôles quand on les visualise à partir du présent modèle.

Au contraire, le modèle D repose sur un partage des tâches selon leur complexité. Tous les patients, quelle que soit la nature de leurs besoins ou leurs caractéristiques sont pris en charge par une infirmière pour les aspects simples, puis par une IPSPL pour la majorité des autres besoins. Le médecin ne voit que les patients dont les besoins sont hautement complexes dans un rôle de "spécialiste" en soins primaires. La représentation est simplifiée, mais il est possible d'imaginer que

selon la nature des soins et des besoins, les découpages horizontaux varient selon le type de besoins. Il nous semble plausible de faire l'hypothèse que les modèles où les rôles professionnels se divisent horizontalement sont plus cohérents avec une structure qualifiée d'organique dans la typologie structurelle présentée dans la section précédente d'où une frontière des rôles moins formalisé et un plus grand recours au jugement clinique et à l'ajustement mutuel pour gérer les chevauchements.

Il est évident qu'une telle représentation reste très schématique et ne pourra jamais représenter adéquatement toute la sophistication de l'offre réelle de soins des équipes de soins primaires. Nous croyons toutefois que cette conceptualisation de l'étendue des soins est intéressante dans son intégration des concepts de globalité et de définition des rôles. Comme nous l'avons mentionné en introduction, les modèles de soins primaires performants vont évoluer à la fois vers une plus grande couverture des besoins et un redécoupage des frontières professionnelles. Penser ces deux processus conjointement permet d'opérationnaliser les décisions à prendre pour réussir ces transitions.

### **3.3. Expansion et extension des rôles**

Comme nous l'avons mentionné en introduction, dans la majorité des systèmes de santé, un des défis actuels est d'arriver à augmenter la place des soins primaires dans l'offre totale de soins. En s'appuyant sur les deux dimensions de la typologie de la globalité des soins, cela revient d'une part à accroître l'étendue des besoins dont les équipes de soins primaires devraient être responsables et le niveau de complexité de la prise en charge offerte en première ligne. Sur la représentation visuelle que nous avons proposée, ceci signifie agrandir le carré c'est-à-dire la définition normative de ce que devraient être les soins primaires. D'autre part, il faut aussi s'assurer que la majorité des équipes développe des pratiques de collaboration et des rôles qui permettent en pratique de couvrir effectivement tous ces besoins. Sur la représentation visuelle que nous avons proposée, cela signifie remplir toute l'aire du carré c'est-à-dire aligner l'opérationnalisation des rôles professionnels avec la réponse aux besoins.

Or si la typologie de la globalité présentée dans la section précédente permet de réfléchir de manière intégrée à différentes composantes de la performance des modèles d'offre de soins primaire tel que l'accessibilité et la qualité, elle ne prend pas en compte la notion d'efficacité. Par exemple une équipe de soins primaires qui ne compterait que sur des médecins et qui couvrirait toute l'étendue des besoins et toute la complexité des soins (un carré rouge et plein) serait parfaitement adéquate sur le plan de la globalité, mais elle serait probablement caractérisée par un coût par patient très élevé dans la majorité des pays.

L'analyse de la littérature suggère, sans surprise, qu'augmenter l'offre de soins primaires en maintenant ou en améliorant l'efficacité implique une intensification du recours à des équipes multiprofessionnelles. Pour réfléchir à l'accroissement de la pratique infirmière, Richards et al [72] suggèrent de distinguer une augmentation de la pratique (« expand ») d'une extension de la pratique (« extend »). En nous appuyant sur cette idée nous abordons cette question selon une perspective infirmière, mais les mêmes arguments s'appliquent aux autres professionnels.

Augmenter la pratique des professionnels non-médecins signifie essentiellement conserver les rôles professionnels actuels, mais augmenter les effectifs non-médecins dans les équipes afin d'améliorer l'intensité de traitement ou la quantité de soins offerts. L'augmentation de la pratique non médicale – infirmière en particulier – peut permettre une amélioration de la productivité des médecins ou de l'équipe dans son ensemble.

L'extension de la pratique signifie quant à elle que les professionnels non-médecins développent de nouveaux champs de pratique permettant par exemple une prise en charge plus autonome de certaines clientèles ou de certaines visites dans une logique de substitution [29]. L'extension de la pratique peut prendre la forme d'une complexification des soins offerts par les professionnels non-

médecins (extension verticale dans notre représentation visuelle) ou encore d'une extension de l'étendue de la couverture des besoins (extension horizontale dans notre représentation visuelle). Dans tous les cas, ce qui caractérise la notion d'extension c'est que les professionnels non-médecins étendent leur rôle au-delà des frontières professionnelles établies.

Sur le plan logique, il est plausible de croire qu'il s'agit d'une combinaison d'une augmentation et d'une extension de la pratique qui permettrait le mieux d'augmenter la place des soins primaires dans l'offre de soins tout en améliorant l'efficacité du système de soins. Les données que nous avons analysées ne permettent toutefois pas de savoir quelle proportion des deux avenues constitue une réponse optimale. Selon les données disponibles dans la littérature, le choix se fait de manière idiosyncrasique, surtout en fonction des ressources professionnelles et financières disponibles. L'effet réel de la combinaison d'une augmentation et d'une extension de la pratique des professionnels non-médecins sur l'efficacité dépendra dans tous les cas de la cohérence de la définition des rôles et de leur opérationnalisation dans la pratique [73].

## 4. Conclusion

Pour revenir à l'objectif initial du présent effort de synthèse de la littérature –c'est-à-dire de comprendre les caractéristiques structurelles et les processus de fonctionnement des équipes multiprofessionnelles de soins primaires performantes – la revue analytique de la littérature que nous avons conduite permet de faire quatre constats.

Premièrement, pour penser une réponse cohérente aux défis des systèmes de santé, il faut penser simultanément les éléments structurels de l'imputabilité de la prise en charge des patients (qui est responsable de la prise en charge de quels patients pour quels soins?) et la définition des rôles professionnels que cela implique. Comme la typologie sur les caractéristiques structurelles des modèles de soins primaires que nous avons proposée l'indique, il existe plusieurs avenues plausibles pour articuler les relations entre patients, professionnels et trajectoires de soins. Nous n'avons pas trouvé de données robustes qui permettent d'établir si l'un ou l'autre des quadrants de la typologie est plus porteur sur le plan de la performance. Notre interprétation est que ces paramètres structurels sont probablement dans une relation de contingence [74] avec la performance. En d'autres mots, ce qui compte pour la performance du fonctionnement d'une équipe de soins primaires c'est que le modèle compose de manière cohérente avec les ressources disponibles. En particulier l'expertise, les préférences et les effectifs des ressources humaines disponibles vont déterminer la plausibilité qu'un modèle soit une réponse cohérente et adaptée aux besoins et aux contraintes de l'environnement (modes de financement, assurance, etc.)

Deuxièmement, même s'il est heuristiquement intéressant de les distinguer, quand on réfléchit à leur opérationnalisation les différentes dimensions de la performance de l'offre de soins primaire sont fortement inter reliées. Par exemple, selon le modèle développé ici, l'amélioration de l'accessibilité implique que les modèles de soins primaires couvrent la pleine étendue des besoins de santé. Quand des modèles de soins ne couvrent qu'une portion des besoins (étendue et / ou complexité limitée) ceci signifie en pratique le sous-traitement de certains problèmes de santé ou de certaines clientèles. Or, il existe un lien logique direct entre cette situation et des problèmes d'accessibilité et de continuité des soins. En effet, si des populations spécifiques sont exclues (on peut penser au cas des itinérants, des gens avec un double diagnostic de santé mentale et de toxicomanie ou aux immigrants, qui constituent dans les trois cas des populations souvent sous-traitées par les modèles de soins dominants) le problème se situe à l'intersection de la globalité et de l'accessibilité. Quand il s'agit de la prise en charge de problèmes de santé spécifiques (on peut penser à la prise en charge du traitement du VIH / HepC, des problèmes de santé mentale ou de l'accès rapide aux soins pour des problèmes aigus semi-urgents) les patients vont souvent devoir composer avec une prise en charge en silo où des équipes différentes dans des structures de soins différentes traitent chacune

une partie des problèmes. Dans ce cas, la faible globalité va entraîner des défis importants sur le plan de la continuité des soins. À ce titre, la typologie sur la globalité permet de penser de manière intégrée plusieurs dimensions distinctes de la performance de l'offre de soins en première ligne.

Troisièmement, même si nous ne l'avons pas abordé ici, la littérature analysée comporte de nombreuses analyses des défis que la transformation des structures de soins et des modes de pratique implique [61, 75-79]. La gestion des processus de changement et la redéfinition des rôles demandent des habiletés et des ressources qui ne sont pas toujours présentes sur le terrain. Dans le modèle de la performance que nous avons utilisé, ces éléments s'intègrent dans la notion de capacités d'apprentissage. La capacité d'apprentissage est à la fois un résultat de la performance ainsi qu'un élément souvent essentiel pour obtenir de bons résultats tant en terme d'accessibilité, d'efficience et de qualité [48]. La capacité d'apprentissage est nécessaire pour que les équipes puissent mieux gérer la complexité [80] et s'adapter aux changements fréquents dans nos systèmes de santé contemporains [81-83]. Des auteurs soutiennent que la capacité d'apprentissage est très étroitement lié au succès ou à l'échec de l'implantation d'une innovation[84] voire à la survie de l'organisation. Ainsi, les travaux de notre équipe de recherche se poursuivent afin d'identifier comment la capacité d'apprentissage collective se manifeste lors des transformations des modèles de dispensation de soins.

En terminant, comme cela a été mis de l'avant, la littérature étudiée ne permet pas de poser un jugement simple et fiable sur les caractéristiques structurelles ou les processus de fonctionnement des équipes de première ligne. C'est l'anticipation de cette réalité qui explique le choix de l'approche utilisée ici. En effet le type de revue analytique conduite ici permet, jusqu'à un certain point, de passer outre à cette limitation en articulant les connaissances disponibles de manière générative. Les typologies proposées sont génératives au sens où elles permettent de penser à la cohérence de plusieurs paramètres structurant de la performance des modèles de première ligne. Ultimement ce qui compte est de développer des modèles de soins qui constituent des ensembles cohérents pour articuler ressources, structures, rôles professionnels, trajectoires de soins et besoins des populations. Nous croyons que les modèles proposés dans cet article sont des outils pertinents à cette fin.

## Références

1. Commission on Social Determinants of Health, *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes*. 2007, Geneva: World Health Organization.
2. Rittenhouse, D.R., S.M. Shortell, and E.S. Fisher, *Primary Care and Accountable Care -- Two Essential Elements of Delivery-System Reform*. N Engl J Med, 2009. **361**(24): p. 2301-2303.
3. Clavet, N.-J., et al., *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*. 2013, Montreal: CIRANO Scientific Series 2013s-45.
4. Ham, C., A. Dixon, and B. Brooke, *Transforming the Delivery of Health and Social Care: The Case for Fundamental Change*. 2012, London (UK): King's Fund (<http://www.kingsfund.org.uk/publications>).
5. Starfield, B., L. Yushi, and J. Macinko, *Contribution Of Primary Care To Health Systems And Health*. The Milbank Quarterly, 2005. **83**(3): p. 457-502.
6. Donaldson, M.S., et al., eds. *Primary Care: America's Health in a New Era (Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine)*. 1996, National Academies Press ([http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=5152\\_toc](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=5152_toc)): Washington.
7. Feachem, R.G.A., et al., *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*. BMJ, 2002. **324**(7330): p. 135-143.
8. Haggerty, J.L., et al., *Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care*. Ann Fam Med, 2008. **6**(2): p. 116-123.
9. Hutchison, B., *From Hall to Now: Reflections on Canadian Medicare from a Primary Care Perspective. 2013 Emmett Hall Memorial Lecture*. 2013, Vancouver: Canadian Association for Health Services and Policy Research (CAHSPR).
10. Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi, *The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998*. Health Services Research, 2003. **38**(3): p. 831-865.
11. Christensen, C.M., J.H. Grossman, and J. Hwang, *The Innovator's prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. 2009, New-York: Mc Graw Hill.
12. Laurant, M.G., et al., *An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners*. Journal of clinical nursing, 2008. **17**(20): p. 2690-2698.
13. Naylor, M., Kurtzman, E.T., *The role of nurse practitioners in reinventing primary care*. Health Affairs, 2010. **29**(5): p. 893-899.
14. Sibbald, B., M. Laurant, and T. Scott, *Changing task profiles*, in *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*, A.B. Saltman, A. Rico, and W.G.W. Boerma, Editors. 2006, Open University Press.: Berkshire, UK. p. 149-164.
15. Ontario Ministry of Finance, *Commission on the Reform of Ontario's Public Services : Chapter 5 Health*. 2012, Toronto: <http://www.fin.gov.on.ca/en/reformcommission/chapters/ch5.html>.
16. Marmot, M., *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. Lancet, 2007. **370**: p. 1153-1163.
17. Bodenheimer, T. and M. Smith, *Primary care: proposed solutions to the physician shortage without training more physicians*. Health Affairs, 2013. **32**(11): p. 1881-1886.
18. Lavis, J.N. and J.A. Boyko *Evidence Brief: Strengthening primary health care in Canada*. 2009. **11 mai 2009**.
19. Delamaire, M.-L. and G. Lafortune, *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*, in *Health working papers*. 2010, OECD.
20. Bailey, P., L. Jones, and D. Way, *Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration*. Journal of Advanced Nursing, 2006. **53**(4): p. 381-391.
21. Bamford, D. and M. Griffin, *A case study into operational team-working within a UK hospital*. International Journal of Operations & Production Management, 2008. **28**(3): p. 215-237.

22. Litaker, D., et al., *Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: The impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care*. Journal of Interprofessional Care, 2003. **17**(3): p. 223-237.
23. Hasselback, P., *The Taber Integrated Primary Care Project: Turning Vision Into Reality*. 2003: Canadian Health Services Research Foundation.
24. Bonsall, K. and F.M. Cheater, *What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review*. International journal of nursing studies, 2008. **45**(7): p. 1090-1102.
25. Baker, G.R., et al., *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality By Design*. Books. 2008, Toronto: Longwoods Publishing Corporation.
26. Doherty, R.B. and R.A. Crowley, *Principles supporting dynamic clinical care teams: an American College of Physicians position paper*. Annals of internal medicine, 2013. **159**(9): p. 620-626.
27. Reay, T., Patterson, E.M., Halma, L., Steed, W.N., *Introducing a nurse practitioner: experiences in a rural Alberta family practice clinic*. Canadian Journal of Rural Medicine, 2006. **11**(2): p. 101- 107.
28. DiCenso, A. and S. Matthews, *Report of the Nurse Practitioner Integration Task Team submitted to the Ontario Minister of Health and Long-Term Care*. 2007, Ministry of Health and Long-Term Care: Toronto, ON. p. 1-44.
29. Laurant, M.G., et al., *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005(2): p. 001271.
30. Martin-Misener, R., et al., *Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: The Long and Brier Islands study*. Primary Health Care Research & Development, 2009. **10**(1): p. 14-25
31. Richardson, G., et al., *Skill mix changes: substitution or service development?* Health Policy, 1998. **45**: p. 119-132.
32. Thille, P. and M.S. Rowan, *The Role of Nurse Practitioners in the Delivery of Primary Health Care: A Literature Review*. 2008, Health Canada.
33. Grady, D. and R.F. Redberg, *Less Is More: How Less Health Care Can Result in Better Health*. Archives of Internal Medicine, 2010. **170**(9): p. 749-750.
34. Krogsbøll, L.T., et al., *General health checks for reducing illness and mortality*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(10 Art. No.: CD009009).
35. Krogsbøll, L.T., et al., *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis*. BMJ, 2012. **345**(e7191).
36. Fisher, E.S., J.P. Bynum, and J.S. Skinner, *Slowing the Growth of Health Care Costs — Lessons from Regional Variation*. New England Journal of Medicine, 2009. **360**(9): p. 849-852.
37. Hadler, N.M., *Worried Sick: A Prescription for Health in an Overtreated America*. 2008.
38. Cassels, A., *Seeking Sickness*. 2012, Vancouver: Greystone Books.
39. Moseley, J.B., et al., *A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee*. New England Journal of Medicine, 2002. **347**(2): p. 81-8.
40. Wright, C.J., G.K. Chambers, and Y. Robens-Paradise, *Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery*. CMAJ, 2002. **167**(5): p. 461-466.
41. Pawson, R. and N. Tilley, *Realistic evaluation*. 1997, London: Sage Publications.
42. Pawson, R., et al., *Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions*. Journal of Health Services Research and Policy, 2005. **10**(Suppl. 1): p. 21-34.
43. Pawson, R., *Evidence-based Policy: A Realist Perspective*. 2006, London: Sage Publications.
44. Pawson, R., *Evidence-based Policy: The Promise of 'Realist Synthesis'*. Evaluation, 2002. **8**(3): p. 340-358.
45. Brousselle, A. and F. Champagne, *Program theory evaluation: Logic analysis* Evaluation and Program Planning, 2011. **34**(1): p. 69–78.
46. Contandriopoulos, D., et al., *Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper*. BMJ open, 2015. **5**(12): p. e010559.
47. Donabedian, A., *The Quality of Care. How can it be assessed?* Journal of the American Medical Association, 1988. **206**(12).

48. Shortell, S.M., et al., *An Empirical Assessment of High-Performing Medical Groups: Results from a National Study* Medical Care Research and Review, 2005. **62**(4): p. 407-434.
49. Wilson, K. and M.W. Rosenberg, *Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities*. Health Policy, 2004. **67**: p. 137-148.
50. Beaulieu, M.-D., et al., *Interpersonal Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments*. Healthcare Policy, 2011. **7**(Special Issue): p. 108-123.
51. Haggerty, J.L., et al., *Validation of Instruments to Evaluate Primary Healthcare from the Patient Perspective: Overview of the Method*. Healthcare Policy, 2011. **7**(Special Issue): p. 31-46.
52. Haggerty, J.L., et al., *Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts*. The Annals of Family Medicine, 2007. **5**(4): p. 336-344.
53. Pineault, R., et al., *Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population*. 2008, Longueuil: Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné
54. Pineault, R., *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec: rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation canadienne pour la recherche sur les services de santé (FCRSS)*. 2008: Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne.
55. Waddington, C. and D. Egge, *Integrated health services– What and why? Technical Brief No.1, 2008*. 2008, Geneva: World Health Organisation.
56. Brousselle, A., J. Lachaine, and A.-P. Contandriopoulos, *L'évaluation économique*, in *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions*, A. Brousselle, et al., Editors. 2009, PUM: Montreal. p. 199-235.
57. Decuyper, S., F. Dochy, and P. Van den Bossche, *Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organisations*. Educational Research Review, 2010. **5**(2): p. 111-133.
58. Raes, E., et al., *Measuring team learning behaviours through observing verbal team interaction*. Journal of Workplace Learning, 2015. **27**(7): p. 476-500.
59. Greenhalgh, T., et al., *Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations* The Milbank Quarterly, 2004. **82**(4): p. 581–629.
60. Greenhalgh, T., et al., *Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review* Social Science & Medicine, 2005. **61**(2): p. 417-430.
61. Rosen, R. and L. Mountford, *Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres*. Journal of Advanced Nursing, 2002. **39**(3): p. 241-8.
62. Griffiths, P., J. Maben, and T. Murrells, *Organisational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: Observational study using routinely collected data*. International Journal of Nursing Studies, 2011. **48**(10): p. 1199-1210.
63. Iglesias, B., et al., *A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care*. Journal of Advanced Nursing, 2013. **69**(11): p. 2446-2457.
64. Venning, P., et al., *Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care*. BMJ: British Medical Journal (International Edition), 2000. **320**(7241): p. 1048-1053.
65. Heale, R. and M. Butcher, *Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation*. Nursing Leadership, 2010. **23**(3): p. 21-29.
66. Heale, R. and M. Butcher, *Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation*. Nursing Leadership, 2010. **23**(3): p. 21-29.
67. Wong, F.K.Y. and L.C.Y. Chung, *Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process, and outcome*. Journal of Advanced Nursing, 2006. **53**(3): p. 358-369.
68. Rosland, A.-M., et al., *The Patient-Centered Medical Home in the Veterans Health Administration*. The American Journal of Managed Care, 2013. **19**(7): p. e263-e272.
69. Bush, N.J. and T. Watters, *The emerging role of the oncology nurse practitioner: a collaborative model within the private practice setting*. Oncology Nursing Forum, 2001. **28**(9): p. 1425-1431.
70. Nelson, S., et al., *Optimizing Scopes of Practice: New Models of Care For a New Health Care System*. 2014, Ottawa, ON,: Report of the Expert Panel appointed by the Canadian Academy of Health Sciences:.



71. Abbott, A., *The system of Professions*. 1988, Chicago: The University of Chicago Press.
72. Richards, A., et al., *Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature*. International Journal of Nursing Studies, 2000. **37**(3): p. 185-197.
73. Liu, N. and T. D'Aunno, *The Productivity and Cost-Efficiency of Models for Involving Nurse Practitioners in Primary Care: A Perspective from Queueing Analysis*. Health Services Research, 2012. **47**(2): p. 594-613.
74. Donaldson, L., *The Normal Science of Structural Contingency Theory*, in *Handbook of Organization Studies*, S.R. Clegg, C. Hardy, and W.R. Nord, Editors. 1996, SAGE: Thousand Oaks. p. 57-76.
75. Ainsworth, B. and S. Hayward, *Developing an innovative model of care for nurse-led walk-in centres in the ACT*. Australian Nursing Journal, 2010. **18**(4): p. 28-31.
76. Heale, R., *Overcoming barriers to practice: A nurse practitioner-led model*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2012. **24**(6): p. 358-363.
77. Hoff, T., *Medical home implementation: A sensemaking taxonomy of hard and soft best practices*. Milbank Quarterly, 2013. **91**(4): p. 771-810.
78. Krothe, J.S., et al., *Community development through faculty practice in a rural nurse-managed clinic*. Public Health Nursing, 2000. **17**(4): p. 264-72.
79. Tuepker, A., et al., *"We've not gotten even close to what we want to do": A qualitative study of early patient-centered medical home implementation*. Journal of General Internal Medicine, 2014. **29**(SUPPL. 2): p. S614-S622.
80. March, J., *Exploratory learning, innovative capacity and managerial oversight*. Academy of Management Journal, 1991. **44**: p. 118-131.
81. Antonacopoulou, E.P. and Z. Sheaffer, *Learning in Crisis Rethinking the Relationship Between Organizational Learning and Crisis Management*. Journal of Management Inquiry, 2014. **23**(1): p. 5-21.
82. Balasubramanian, B.A., et al., *Learning Evaluation: blending quality improvement and implementation research methods to study healthcare innovations*. Implementation Science, 2015. **10**(1): p. 1.
83. Engler, E.S., S.L. Jones, and A.H. Van de Ven, *Organizing Healthcare For Changing Markets: The Case of Ascension Health*. Journal of Organization Design, 2013. **2**(3): p. 3-15.
84. Jiménez-Jiménez, D. and R. Sanz-Valle, *Innovation, organizational learning, and performance*. Journal of business research, 2011. **64**(4): p. 408-417.