

**Non classifié**

**DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5**

Organisation de Coopération et de Développement Économiques  
Organisation for Economic Co-operation and Development

**31-Aug-2010**

**Français - Or. Anglais**

**DIRECTION DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES  
COMITÉ DE LA SANTÉ**

### **Documents de travail sur la santé**

**OECD document de travail sur la santé No. 54**

**LES PRATIQUES INFIRMIÈRES AVANCÉES : UNE DESCRIPTION ET ÉVALUATION DES  
EXPÉRIENCES DANS 12 PAYS DÉVELOPPÉS**

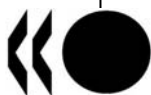
**Marie-Laure Delamaire et Gaetan Lafortune**

*JEL Classification: 110, 118, J2*

Tous les documents de travail sur la santé sont disponibles sur le site de l'OCDE suivant:  
<http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>

**JT03287618**

Document complet disponible sur OLIS dans son format d'origine  
Complete document available on OLIS in its original format



**DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5  
Non classifié**

**Français - Or. Anglais**

**DIRECTION DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES**

[www.oecd.org/els-fr](http://www.oecd.org/els-fr)

**DOCUMENTS DE TRAVAIL DE L'OCDE :  
QUESTIONS DE SANTE**

[www.oecd.org/els/health/workingpapers](http://www.oecd.org/els/health/workingpapers)

Le but de cette série de documents est de fournir à un plus grand nombre de lecteurs des études sur les politiques de santé destinées à l'origine à un usage interne à l'OCDE. En général, ces études ont un caractère collectif, et seuls les auteurs principaux sont cités nommément. Les documents ne sont généralement disponibles que dans leur langue d'origine – anglais ou français – avec un résumé dans l'autre langue.

Les commentaires sont les bienvenus, et sont à envoyer à la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16, France. Des exemplaires supplémentaires, en nombre limité, sont disponibles sur demande.

Les opinions exprimées et les arguments employés dans ce document sont la responsabilité des auteurs, et ne représentent pas nécessairement ceux de l'OCDE.

**Les demandes de reproduction ou de traduction totales ou partielles doivent être adressées à :**

**M. le Chef du Service des Publications  
OCDE  
2, rue André-Pascal  
75775 Paris, Cedex 16  
France**

**Copyright OCDE 2010**

## REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée en collaboration avec un réseau d'experts nationaux qui ont guidé les auteurs de ce rapport pendant le projet, fourni les données requises et révisé une version préliminaire de ce travail. Par ordre alphabétique des pays, le Secrétariat souhaiterait remercier Rosemary Bryant et Samantha Edwards (Ministère de la Santé et des Personnes âgées, Australie), Miguel Lardennois et Olivier Caillet (Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Belgique), Sandra MacDonald-Rencz et Alba Di Censo (respectivement du Bureau de la Politique des Soins infirmiers, Santé Canada et de l'Université de McMaster, Canada), Anastasia Argyrou, Chryso Gregoriadou et Christina Ioannidou (Ministère de la Santé, Chypre), Nina Mullerova et Katerina Pribylova (Ministère de la Santé, République Tchèque), et Veronika Di Cara (Association des Infirmières Tchèques), David Foster, Chris Caldwell et Maureen Morgan (Ministère de la Santé, Angleterre), Marjukka Vallimies-Patomaki (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Finlande), Marie-Andrée Lautru (Ministère de la Santé et des Sports, France), Sheila O'Malley et Siobhan O'Halloran (respectivement du Ministère de la Santé et des Enfants et de Dr Steevens Hospital, Irlande), Noriko Ishikawa, Youko Shimada, Kiyoko Okuda et Shio Sugita (Ministère de la Santé, Japon), Tomasz Niewiadomski (Principal Conseil des Infirmières et des Sages-femmes, Pologne), et Susan Reinhard (Association Américaine des Personnes Retraitées, Center to Champion Nursing in America, Etats-Unis). Le projet a aussi bénéficié des commentaires pertinents de Yann Bourgueil, Directeur de l'IRDES, France, et d'autres participants à la réunion du groupe d'experts, organisée en Février 2010, pour discuter des premiers résultats de cette étude.

Les auteurs voudraient aussi remercier des collègues de la Division de la santé de l'OCDE : Gaelle Balestat a apporté une aide statistique précieuse ; Mark Pearson, Francesca Colombo et Valérie Paris ont fait de nombreux commentaires et suggestions pertinents ; Daniel Garley et Judy Zinnemann ont assuré le secrétariat.

Cette étude a été en partie financée par une contribution de la Direction Générale de la Santé et des Consommateurs de la Commission Européenne. Le contenu de ce travail ne reflète pas nécessairement les vues de la Commission.



## RESUME

Beaucoup de pays cherchent à améliorer la prestation des soins de santé en examinant les rôles des différents corps professionnels, y compris les infirmières. Le développement de nouveaux rôles infirmiers plus avancés peut contribuer à améliorer l'accès aux soins dans un contexte d'offre de médecins limitée voire en diminution. Cela pourrait aussi permettre de contenir les coûts en déléguant certaines tâches d'une main-d'œuvre médicale onéreuse aux infirmières. Cette étude analyse le développement des pratiques infirmières avancées dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni), en se concentrant notamment sur leurs rôles dans les soins primaires. Elle analyse aussi les évaluations des impacts sur les soins des patients et les coûts.

Le développement des rôles avancés infirmiers varie grandement. Les États-Unis et le Canada avaient déjà établi la catégorie des « infirmières praticiennes » au milieu de la décennie 1960. Le Royaume-Uni et la Finlande ont aussi une longue expérience de différentes formes de collaboration entre les médecins et les infirmières. Bien que le développement de la pratique infirmière avancée en Australie et en Irlande soit plus récent, ces deux pays mènent depuis quelques années une politique très active de mise en place de nouveaux programmes d'enseignement et de création de postes. Dans les autres pays de l'étude, la reconnaissance officielle de la pratique infirmière avancée n'en est qu'à ses débuts, bien que certaines pratiques avancées non officielles puissent déjà exister de fait.

Les évaluations montrent que le recours aux infirmières en rôles avancés peut effectivement améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente. Les infirmières en rôles avancés sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services, comme le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure et le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée. La plupart des évaluations constatent un haut taux de satisfaction des patients, principalement parce que les infirmières tendent à passer plus de temps avec les patients, et fournissent des informations et des conseils. Certaines évaluations ont tenté d'estimer l'impact des pratiques infirmières avancées sur les coûts. Lorsque les nouveaux rôles impliquent une substitution des tâches, la plupart des évaluations concluent à un impact réducteur ou neutre à l'égard des coûts. Les économies réalisées sur les salaires des infirmières par rapport aux médecins peuvent être compensées par de plus longue durée de consultation, un plus grand nombre d'adressages de patients à d'autres médecins ou une augmentation du taux de réitération des consultations et, parfois, la prescription d'un plus grand nombre d'exams. Lorsque les nouveaux rôles consistent en des tâches supplémentaires, certaines études indiquent que l'impact est une augmentation des coûts.

Mots-clefs : infirmières, rôles avancés, infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes, soins primaires, pays de l'OCDE.

## ABSTRACT

Many countries are seeking to improve health care delivery by reviewing the roles of health professionals, including nurses. Developing new and more advanced roles for nurses could improve access to care in the face of a limited or diminishing supply of doctors. It might also contain costs by delegating tasks away from more expensive doctors. This paper reviews the development of advanced practice nurses in 12 countries (Australia, Belgium, Canada, Cyprus, Czech Republic, Finland, France, Ireland, Japan, Poland, United Kingdom and United States), with a particular focus on their roles in primary care. It also reviews the evaluations of impacts on patient care and cost.

The development of new nursing roles varies greatly. The United States and Canada established “nurse practitioners” in the mid-1960s. The United Kingdom and Finland also have a long experience in using different forms of collaboration between doctors and nurses. Although development in Australia and Ireland is more recent, these two countries have been very active in establishing higher education programmes and posts for advanced practice nurses in recent years. In other countries, the formal recognition of advanced practice nurses is still in its infancy, although unofficial advanced practices may already exist in reality.

Evaluations show that using advanced practice nurses can improve access to services and reduce waiting times. Advanced practice nurses are able to deliver the same quality of care as doctors for a range of patients, including those with minor illnesses and those requiring routine follow-up. Most evaluations find a high patient satisfaction rate, mainly because nurses tend to spend more time with patients, and provide information and counseling. Some evaluations have tried to estimate the impact of advanced practice nursing on cost. When new roles involve substitution of tasks, the impact is either cost reducing or cost neutral. The savings on nurses’ salaries – as opposed to doctors – can be offset by longer consultation times, higher patient referrals, and sometimes the ordering of more tests. When new roles involve supplementary tasks, some studies report that the impact is cost increasing.

Keywords: nurses, advanced roles, skills, nurse practitioners, clinical nurse specialists, primary care, OECD countries.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
RESUME .....	4
ABSTRACT .....	5
RÉSUMÉ LONG .....	8
INTRODUCTION .....	15
PARTIE 1: MOTIVATIONS A L'ORIGINE DU DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES .....	18
1.1 Répondre à la pénurie de médecins .....	18
1.2 Répondre à l'évolution de la demande de soins et promouvoir la qualité des soins .....	21
1.3 Répondre à l'augmentation des coûts de la santé .....	21
1.4 Améliorer les perspectives de carrière des infirmières.....	22
PARTIE 2: ETAT DU DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES .....	23
2.1 La définition des pratiques infirmières avancées .....	23
2.2 La distinction des principaux rôles avancés infirmiers .....	25
2.3. Différentes catégories d'infirmières en pratique avancée et leurs principales tâches .....	26
2.3.1. Infirmières praticiennes .....	34
2.3.2. Infirmières cliniciennes spécialisées.....	36
2.4. Formations initiale et continue requises .....	37
2.5. Le rôle croissant des infirmières en pratique avancée dans la prescription de médicaments.....	37
PARTIE 3: EVALUATIONS DES PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES SUR LES SOINS ET LES COÛTS .....	41
Introduction .....	41
3.1 Impact sur les soins des patients (accès, qualité, résultats et satisfaction) .....	51
3.2 Impact sur les coûts .....	52
Conclusion.....	52
PARTIE 4: OBSTACLES OU FACTEURS PROPICES AUX PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES	53
4.1 Intérêts professionnels.....	53
4.2 Organisation des soins et mécanismes de financement.....	55
4.3 Législation et réglementation du champ de pratique.....	59
4.4 Formations initiale et continue .....	60
CONCLUSIONS .....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	66
ANNEXE A : EXPERIENCES NATIONALES EN ROLES AVANCES INFIRMIERS .....	73
AUSTRALIE.....	73
BELGIQUE.....	77
CANADA.....	80

CHYPRE .....	85
ETATS-UNIS .....	88
FINLANDE .....	93
FRANCE .....	97
IRLANDE .....	101
JAPON .....	105
POLOGNE .....	107
REPUBLIQUE TCHEQUE .....	109
ROYAUME-UNI (ANGLETERRE) .....	112
ANNEX B: EXPERTS NATIONAUX AYANT PARTICIPÉ A CETTE ETUDE .....	116

## Tableaux

Tableau 1.1 Nombre de médecins et d’infirmières pour 1 000 habitants, et ratio infirmière-médecin, douze pays couverts par cette étude, 2008 .....	19
Tableau 2.1 Catégories d’infirmières en rôles avancés, nombres, principales tâches et niveau d’éducation .....	28
Tableau 2.2 Etapes clefs relatives aux droits des infirmières à prescrire des médicaments dans cinq pays .....	38
Tableau 2.3 Catégories d’infirmières concernées par la prescription de médicaments (avec ou sans la supervision d’un médecin), et formation complémentaire requise .....	39
Tableau 3.1 Résumé des évaluations de l’impact des pratiques infirmières avancées dans les soins primaires (rôle général), gestion de maladies chroniques et prescription de médicaments .....	43
Tableau 4.1 Modes prédominants de prestation de soins primaires .....	55
Tableau 4.2 Modes de paiements prédominants pour les médecins dans les pays couverts par cette étude .....	56

## Figures

Schéma 4.1 Proportion de médecins généralistes travaillant dans les cabinets de groupes, 2009 .....	56
---	----

## Encadrés

Encadré 1.1: Le développement d’auxiliaires médicaux et/ou d’assistants de médecins en Allemagne, aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni .....	20
Encadré 2.1 : Définitions nationales des pratiques infirmières avancées en Australie, au Canada, aux Etats-Unis et en Irlande .....	24
Encadré 2.2: La “réémergence” des infirmières praticiennes au Canada .....	34
Encadré 2.3: Les rôles des infirmières praticiennes, des médecins généralistes et autres professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni .....	35
Encadré 2.4: Les rôles étendus des infirmières en zones rurales / éloignées en Australie, au Canada et en Finlande .....	36
Encadré 4.1 Changement dans les droits des infirmières pour prescrire des médicaments au Royaume-Uni .....	60
Encadré 4.2 Avantages et inconvénients d’une augmentation du niveau minimum d’éducation requis pour les infirmières .....	61

## RÉSUMÉ LONG

1. Beaucoup de pays cherchent les moyens d'améliorer l'efficacité de la délivrance des soins en examinant les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé, dont les infirmières. Les débats concernant le champ d'exercice des infirmières ont souvent lieu dans le contexte d'efforts plus amples visant à réorganiser différents domaines des systèmes de soins, notamment la réorganisation des soins primaires.

2. Il est difficile de définir précisément le terme de « pratique infirmière avancée », étant donné qu'il recouvre un large ensemble de pratiques différentes, qui vont en augmentant. Le Conseil international des infirmières a proposé la définition suivante :

*« Une infirmière praticienne / en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée » (CII, 2008).*

3. Les définitions nationales actuelles des infirmières en pratique avancée concordent le plus souvent avec cette définition générale du CII, même si elles sont adaptées au contexte du pays.

4. Les pays de l'OCDE sont à différents stades de la mise en œuvre de rôles plus avancés pour les infirmières. Certains pays (comme les États-Unis, le Canada et le Royaume-Uni) emploient depuis longtemps des infirmières en pratique avancée, initialement dans le secteur des soins primaires, mais plus récemment aussi dans les hôpitaux. Dans d'autres pays, le développement des rôles avancés n'est encore qu'à ses débuts. Ces derniers peuvent tirer des enseignements utiles des pays qui ont une plus grande expérience concernant les avantages et coûts potentiels liés au développement de nouveaux rôles avancés. Ils peuvent aussi tirer des leçons concernant les obstacles à surmonter pour réussir la mise en œuvre de ces rôles.

5. Le présent projet avait pour buts :

1. d'examiner les principaux facteurs qui motivent le développement des rôles avancés infirmiers dans le groupe de pays participant à cette étude ;
2. de décrire l'état de développement des rôles avancés infirmiers dans ces pays, notamment les rôles des infirmières dans les soins primaires ;
3. d'examiner les résultats des évaluations de l'impact de la pratique infirmière avancée du point de vue de l'accès, de la qualité des soins et des coûts ; et
4. d'étudier les principaux facteurs qui ont freiné ou facilité le développement des rôles avancés infirmiers dans différents pays, et déterminer comment les obstacles ont été surmontés.



6. La présente étude examine l'expérience de 12 pays : Australie, Belgique, Canada, Chypre<sup>1</sup>, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque et Royaume-Uni. Le choix de ces pays résulte du fait qu'ils étaient volontaires pour fournir les informations nécessaires à l'étude. Ils représentent un bon échantillon de pays qui se situent à différents stades de mise en œuvre de la pratique infirmière avancée.

7. La réorganisation de la fourniture des services de santé dans de nombreux pays ne s'est pas limitée au développement de nouveaux rôles avancés pour les infirmières. De nouvelles catégories de personnel de santé, telles que celle des « assistants de médecin », sont aussi apparues dans des pays comme les États-Unis ou le Royaume-Uni. Ces assistants de médecin effectuent un certain nombre de tâches cliniques et administratives, dont certaines peuvent chevaucher les tâches des infirmières en pratique avancée. Toutefois, la relation entre les rôles respectifs de ces nouveaux assistants et ceux des infirmières en rôle avancé sortait du champ de la présente étude.

8. La plupart des informations rassemblées dans cette étude proviennent d'un questionnaire visant à recueillir des données et à documenter les politiques, envoyé à l'automne 2009 aux experts nationaux désignés dans tous les pays participants. Un examen des travaux publiés a aussi permis de recueillir des informations supplémentaires.

### **Raisons motivant le développement de nouveaux rôles pour les infirmières**

9. Dans la plupart des pays, l'une des principales raisons du développement des rôles plus avancés infirmiers est d'améliorer l'accès aux soins dans le contexte d'une offre de médecins limitée. Une autre raison du développement des rôles avancés infirmiers est de promouvoir une plus grande qualité des soins, par exemple en créant de nouveaux postes dans le secteur des soins primaires pour fournir des services de suivi et de conseil plus intensifs aux patients souffrant de maladies chroniques ou en créant des postes de pratique infirmière avancée dans les hôpitaux pour superviser les initiatives d'amélioration de la qualité. Dans certains pays, le développement des rôles avancés infirmiers est aussi considéré comme un moyen de contenir les coûts. En déléguant certaines tâches de médecins qui ont des rémunérations plus élevées à des infirmières avancées « de niveau intermédiaire » moins onéreuses, il est peut-être possible de fournir les mêmes services (ou plus) à un moindre coût. En outre, en améliorant la qualité des soins, il est peut-être possible de réduire les dépenses de santé à plus long terme en évitant les hospitalisations inutiles et les complications médicales.

10. Le développement de rôles avancés infirmiers est souvent aussi considéré comme un moyen d'augmenter l'attrait de la profession infirmière et les taux de fidélisation dans cette profession en améliorant les perspectives de carrière.

---

1. Note de la Turquie : Les informations figurant dans ce document qui font référence à « Chypre » concernent la partie méridionale de l'île. Il n'y a pas d'autorité unique représentant à la fois les Chypriotes turcs et grecs sur l'île. La Turquie reconnaît la République Turque de Chypre Nord (RTCN). Jusqu'à ce qu'une solution durable et équitable soit trouvée dans le cadre des Nations Unies, la Turquie maintiendra sa position sur la « question chypriote ». Note de tous les États de l'Union européenne membres de l'OCDE et de la Commission européenne : La République de Chypre est reconnue par tous les membres des Nations Unies sauf la Turquie. Les informations figurant dans ce document concernent la zone sous le contrôle effectif du gouvernement de la République de Chypre.

## L'état de développement de la pratique infirmière avancée suivant les pays

11. Le développement des rôles avancés infirmiers est très variable d'un pays à l'autre. Les Etats-Unis et le Canada avaient déjà établi la catégorie des « infirmières praticiennes » au milieu de la décennie 1960, initialement pour fournir des soins primaires aux habitants des zones rurales ou reculées peu servies par les médecins ; toutefois, leurs rôles et leurs lieux d'exercice ont beaucoup évolué depuis lors. L'expérience du recours aux infirmières en pratique avancée au Royaume-Uni remonte aux années 1970, où ont été créés des postes d'infirmières praticiennes, à l'origine pour accroître l'accès aux soins primaires. La Finlande a aussi une longue expérience de différentes formes de collaboration entre les médecins et les infirmières dans les centres de soins primaires. Le développement de la pratique infirmière avancée en Australie et en Irlande est plus récent, mais ces deux pays mènent depuis quelques années une politique très active de mise en place de nouveaux programmes d'enseignement et de postes en pratique infirmière avancée. En Belgique, en France, au Japon, en Pologne et en République tchèque, la reconnaissance officielle des pratiques infirmières avancées n'en est qu'à ses débuts, bien que des études pilotes pour expérimenter de nouveaux rôles avancés aient pu être déjà réalisées et que certaines pratiques avancées non officielles puissent déjà exister de fait.

12. Les infirmières en pratique avancée ont différentes dénominations d'un pays à l'autre, reflétant les différents rôles qu'elles peuvent jouer et leur degré de spécialisation ou d'orientation vers certaines catégories de patients. La présente étude de l'OCDE s'intéresse principalement à deux grands types d'infirmières en pratique avancée qui existent dans un certain nombre de pays : les « infirmières praticiennes » et les « infirmières cliniciennes spécialisées ».

13. Les infirmières praticiennes exercent généralement dans les soins primaires et fournissent un ensemble de services qui, autrement, relèveraient de l'activité des médecins (par exemple, être le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure, assurer le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, prescrire des médicaments ou des tests). Dans une grande mesure, cela implique une *substitution* des infirmières aux médecins pour certaines tâches, principalement dans le but de soulager l'emploi du temps des médecins, d'améliorer l'accès aux soins et peut-être aussi de réduire les coûts. Les infirmières cliniciennes spécialisées, quant à elles, travaillent généralement dans des hôpitaux, où leurs responsabilités consistent notamment à guider et former le personnel infirmier afin de promouvoir des normes élevées de qualité des soins et de sécurité des patients. Leur principal but est *l'amélioration de la qualité*.

14. Les infirmières dans les rôles avancés ne représentent encore qu'une petite proportion de l'ensemble des infirmières, même dans les pays qui ont la plus longue expérience dans ce domaine. Aux États-Unis, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées représentaient respectivement 6.5 % et 2.5 % du nombre total des infirmières autorisées en 2008. Au Canada, cette proportion est beaucoup plus faible : en 2008, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées représentaient seulement 0.6 % et 0.9 % des infirmières autorisées, bien que leurs effectifs aient augmenté ces dernières années.

15. Le niveau d'études requis pour une infirmière praticienne ou une infirmière clinicienne spécialisée varie dans une certaine mesure d'un pays à l'autre. Dans la plupart des pays, un diplôme de maîtrise en soins infirmiers (par exemple, un master) est maintenant recommandé ou requis. C'est le niveau d'études obligatoire qui a été établi en Australie, où est mis en place actuellement de nouveaux programmes d'enseignement pour les infirmières en pratique avancée. Aux États-Unis et au Canada, les niveaux d'études requis ont graduellement augmenté, un diplôme de master devenant maintenant la norme pour devenir infirmière en pratique avancée, bien que, dans certaines provinces canadiennes, un certificat post-baccalauréat (« Bachelor ») reste suffisant. Au Royaume-Uni, un diplôme de premier cycle universitaire suffit pour devenir infirmière praticienne ou infirmière clinicienne spécialisée, avec un rôle

important de l'expérience professionnelle correspondante pour valider les qualifications pour des postes avancés. Le Royaume-Uni offre aussi à tous les infirmières autorisées des programmes de formation spécifiques pour celles qui souhaitent étendre le champ de leur pratique dans certains domaines, comme la prescription de médicaments.

16. Les exigences concernant les niveaux d'études et de compétences requis pour la pratique infirmière avancée auront un impact sur les coûts, aussi bien les coûts directs associés aux programmes de formations initiale et continue que les coûts d'opportunité relatif au temps consacré à la formation.

### **Évaluations de l'impact de la pratique infirmière avancée sur les soins aux patients et sur les coûts**

17. Dans la présente étude, on a examiné un grand nombre d'évaluations de l'impact de la pratique infirmière avancée sur les soins aux patients et sur les coûts, notamment concernant les rôles avancés dans les soins primaires. Comme on pouvait s'y attendre, la plupart des évaluations ont été réalisées dans des pays qui, depuis longtemps, expérimentent en matière de pratique infirmière avancée et recourent à ces personnels (États-Unis, Canada, Royaume-Uni et Finlande).

18. En général, les évaluations disponibles montrent que le recours aux infirmières en pratique avancée peut améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente pour l'ensemble des services qu'ils fournissent. Elles montrent aussi que les infirmières en pratique avancée sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services qui leur sont transférés (par exemple, suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure), dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée. La plupart des évaluations constatent un haut taux de satisfaction des patients pour les services fournis par les infirmières en pratique avancée, souvent supérieur au taux de satisfaction enregistré pour les services similaires fournis par les médecins. Cela semble s'expliquer principalement par le fait que les infirmières en pratique avancée passent généralement plus de temps avec chaque patient, leur apportant plus d'éducation thérapeutique et de conseil. Les études qui ont tenté de mesurer l'impact des activités des infirmières en pratique avancée sur l'état de santé des patients sont moins nombreuses, mais elles ne mettent en évidence aucun effet négatif sur la santé des patients à la suite du transfert de certaines tâches des médecins aux infirmières.

19. Un nombre limité d'évaluations ont tenté d'estimer l'impact de la pratique infirmière avancée sur les coûts. Parmi celles-ci, la plupart omettent certains éléments dont on pourrait penser qu'ils ont un impact sur les coûts : coûts de formation pour les infirmières en pratique avancée (comparés aux coûts de formation d'une infirmière « classique » et d'un médecin) ; différence de « productivité » entre les infirmières en pratique avancée et les médecins (mesurée, par exemple, par le nombre de consultations/services fournis par heure ou par jour) ; et tout impact sur les coûts à plus long terme lié aux complications des maladies et aux hospitalisations qui ont été évitées (par exemple, grâce à des services plus intensifs de conseil aux patients).

20. Il ressort des évaluations existantes que l'impact sur les coûts dépend principalement des types de rôles avancés infirmiers. Quand un rôle avancé infirmier implique essentiellement une *substitution* de tâches (à celles auparavant accomplies par les médecins), la plupart des évaluations concluent à un impact *réducteur ou neutre à l'égard des coûts*. Beaucoup d'évaluations constatent que les économies réalisées du fait que les salaires des infirmières sont inférieurs à ceux des médecins sont contrebalancées partiellement ou entièrement par d'autres facteurs comme l'allongement de la durée des consultations, un plus grand nombre d'orientations de patients à d'autres médecins ou une augmentation du taux de répétition des consultations et, dans certains cas, la prescription d'un plus grand nombre d'examens. Quand les rôles avancés infirmiers consistent en des tâches *supplémentaires*, certaines études indiquent que l'impact est une *augmentation des coûts*. Toutefois, comme on l'a déjà remarqué, une limite fréquente de

ces évaluations est qu'elles ne tiennent pas compte des économies possibles à plus long terme susceptibles de résulter d'une plus haute qualité des soins et de la diminution des complications.

21. Certaines évaluations notent aussi qu'il peut y avoir des effets indésirables du recours aux infirmières en pratique avancée dans les soins primaires, en particulier sur le plan de la coordination des soins. Avec le partage croissant des soins primaires entre de multiples fournisseurs de soins de santé, la continuité des soins sur une base personnelle (entre un certain patient et un médecin généraliste ou une infirmière praticienne) peut se réduire et il peut devenir plus coûteux en temps et en argent d'assurer une bonne coordination des soins. Certaines évaluations indiquent que les cabinets de groupe de taille moyenne sont peut-être mieux en mesure d'assurer la continuité et la coordination des soins requises que ceux de plus grande taille.

### **Obstacles ou facteurs propices au développement des fonctions avancées des infirmiers**

22. Un certain nombre de facteurs peuvent être des obstacles ou au contraire faciliter le développement des rôles avancés infirmiers. La présente étude considère quatre facteurs : 1) les intérêts professionnels des médecins et des infirmières (et leur influence sur les processus de réforme) ; 2) l'organisation des soins et les mécanismes de financement; 3) l'impact de la législation et de la réglementation des activités des professionnels de santé sur le développement des nouveaux rôles ; et 4) la capacité du système de formations initiale et continue à produire des infirmières aux compétences plus élevées.

23. Dans la plupart des pays couverts par la présente étude, l'opposition de la profession médicale est apparue comme un des principaux obstacles au développement de rôles avancés infirmiers. Les principales raisons de l'opposition des médecins peuvent être : un chevauchement potentiel dans le champ de pratique et la perte d'activités, le degré d'autonomie et d'indépendance des infirmières en pratique avancée, les préoccupations relatives à la responsabilité légale en cas de faute professionnelle dans le cadre du travail en équipe, et des questions sur les compétences et connaissances des infirmières en pratique avancée. Pour réduire l'opposition de la profession médicale, les associations d'infirmières et autres parties prenantes soutenant le développement des rôles avancés infirmiers ont essayé dans certains pays de travailler avec les associations médicales pour répondre à ces préoccupations, et elles ont souligné les avantages du travail en équipe et d'une collaboration plus étroite pour toutes les catégories de professionnels. Par exemple, au Canada, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada a travaillé avec l'Association médicale canadienne en vue d'établir des principes et critères pour définir les champs de pratique et clarifier les questions de responsabilité, en réponse aux préoccupations des médecins sur la responsabilité financière pour les poursuites en justice concernant des soins conjoints avec des infirmières praticiennes.

24. L'organisation des services de santé et les mécanismes de financement peuvent soit faciliter soit entraver le développement des rôles avancés infirmiers. L'organisation des soins primaires est très variable parmi les pays couverts par la présente étude. Dans certains pays (Belgique, France, République tchèque), le mode prédominant de fourniture des soins primaires continue de reposer principalement sur l'exercice médical isolé, alors que dans d'autres pays (Australie, Canada, Etats-Unis, Finlande et Royaume-Uni), les cabinets de groupe sont le mode dominant. Comme on pouvait s'y attendre, les rôles avancés infirmiers sont plus développés dans les pays où les soins primaires sont principalement fournis dans des cabinets de groupe, qui offrent plus de possibilités de partager les tâches.

25. Les modes de paiement des fournisseurs de soins de santé pour leurs services renferment aussi des incitations à l'emploi d'infirmières en pratique avancée différentes. En général, le paiement à l'acte des médecins *sur une base individuelle* apparaît comme un obstacle à un recours accru aux infirmières praticiennes dans les soins primaires, étant donné que tout transfert de tâches à ces dernières implique une perte de revenu potentielle pour les médecins (à moins que les médecins puissent compenser la réduction

de leurs activités dans certains domaines par une augmentation dans d'autres). Au contraire, on peut s'attendre à ce que les modes de paiement *sur une base collective*, notamment le paiement à la capitation ou les dispositifs de paiement à la performance pour les cabinets de groupe, apportent de plus grandes incitations à l'emploi des infirmières en pratique avancée, si le revenu supplémentaire tiré de leurs services est supérieur à leur coût. Le paiement de salaires fixes offre aussi une plus grande incitation à l'emploi des infirmières en pratique avancée, à moins que les tensions budgétaires dans les hôpitaux ou les structures de soins primaires n'entraînent des suppressions de postes.

26. Dans tous les pays où on les a introduites, la mise en œuvre de nouveaux rôles avancés infirmiers a nécessité certains changements dans la législation et la réglementation concernant le champ de leur pratique. Toutefois, il existe d'importantes différences entre les pays quant au degré de centralisation de ces législations et réglementations au niveau national, et aussi dans quelle mesure les législations définissent très précisément ou seulement en termes généraux le champ de pratique des infirmières en pratique avancée. Au Royaume-Uni, le champ de pratique des infirmières en pratique avancée n'est pas défini par une législation spécifique, ce qui réduit les obstacles à la modification de leur champ de pratique. Cependant, certaines activités de santé sont couvertes par la législation, l'une d'entre elles – le droit de prescrire des médicaments – étant liée à des rôles infirmiers avancés. Pour permettre aux infirmières de prescrire des médicaments, une série de modifications législatives et réglementaires ont été élaborées au Royaume-Uni ces quinze dernières années. Une fois adoptées, ces législations et réglementations nationales se sont appliquées à tous les infirmières. Au contraire, dans les pays où les pouvoirs de régulation des activités des professionnels de santé sont plus décentralisés, l'adoption de nouvelles législations et réglementations sur le champ de pratique des infirmières a souvent eu lieu plus ou moins rapidement suivant les États ou les provinces/ territoires, d'où certaines variations à l'intérieur du pays. Au Canada, par exemple, bien que les modifications législatives dans toutes les provinces aient permis un développement notable des rôles des infirmières praticiennes, ces fonctions ont été définies plus étroitement dans certaines provinces. En Australie, des efforts sont en cours pour harmoniser les différentes législations qui définissent le champ de pratique des diverses professions de santé, y compris celui des infirmières en pratique avancée, avec une nouvelle loi nationale qui devrait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

27. La France doit relever un défi différent. La responsabilité pour définir le champ de pratique des professions de santé est très centralisée, mais un des obstacles à l'extension des rôles infirmiers tient au fait que la législation nationale actuelle définit en termes précis ce que chaque profession de santé peut (ou ne peut pas) faire. Cela implique que tout changement du champ de pratique des infirmières exige des modifications législatives, soulevant souvent des questions sensibles. Une définition plus générale du champ de pratique des différentes professions, par exemple en termes de « missions » générales plutôt que de tâches ou actes spécifiques, pourrait apporter une plus grande flexibilité pour adapter les rôles des infirmières aux besoins locaux.

28. Une majorité des pays couverts par la présente étude soulignent aussi qu'un facteur essentiel de succès est de veiller à ce que le système d'enseignement et de formation offre des possibilités suffisantes de former des infirmières à des compétences plus avancées. Il peut être difficile de pourvoir de nouveaux postes d'infirmières en pratique avancée faute de personnel infirmier qualifié. Aux États-Unis, les pouvoirs publics au niveau fédéral et des États ont récemment augmenté le financement destiné à de nouveaux programmes de formations initiale et continue pour toutes les infirmières, y compris les infirmières en pratique avancée, en réponse aux préoccupations quant au fait que le système éducatif ne produisait pas assez d'infirmières au niveau requis pour appliquer les pratiques avancées. Au Canada et en Irlande, le financement de nouveaux programmes de master et la capacité des universités d'inscrire un effectif croissant d'étudiants dans ces programmes ont beaucoup contribué à l'augmentation du nombre des infirmières en pratique avancée ces dernières années. Au Royaume-Uni, on s'attache plutôt à concevoir des programmes de formation spécifiques pour les infirmières souhaitant développer leur pratique dans

certaines domaines et on prend davantage en compte l'expérience professionnelle pour promouvoir les infirmières à des postes plus avancés. De manière générale, le contenu et la durée des nouveaux programmes d'enseignement et de formation pour les infirmières en pratique avancée devraient être fondés sur une appréciation rigoureuse des compétences génériques et spécifiques requises. Il peut aussi être nécessaire de renforcer les modules d'enseignement interprofessionnels communs aux curriculums des médecins et des infirmières, afin de mieux les préparer à une étroite collaboration et au travail en équipe.

29. Dans tous les pays où les infirmières assument maintenant des rôles plus avancés, il a fallu que les gouvernements facilitent et soutiennent le processus de nombreuses manières : en apportant l'impulsion nécessaire pour faire démarrer le processus et pour mobiliser toutes les parties concernées et acquiescer leur soutien (ou au moins réduire leur opposition) ; en adaptant le cadre légal et réglementaire pour permettre aux infirmières d'exercer de nouveaux rôles ; en établissant des incitations financières appropriées pour que les groupes dans le secteur des soins primaires et les hôpitaux créent des postes d'infirmières en pratique avancée ; et en aidant à financer de nouveaux programmes de formations initiale et continue pour préparer les infirmières à occuper ces postes plus avancés.

30. Il est nécessaire d'évaluer la mise en œuvre des nouveaux rôles avancés infirmiers du point de vue de leur impact sur les soins aux patients et sur les coûts. Beaucoup de pays ont mis à l'épreuve de nouveaux « modèles » de délivrance des services de santé comportant de nouveaux rôles infirmiers, notamment au moyen de projets pilotes locaux. Toutefois, dans de nombreux cas, des projets pilotes qui avaient produit des résultats positifs du point de vue des soins aux patients et des coûts n'ont pas été poursuivis ou étendus plus largement, faute de financement durable. Ce sont des occasions perdues pour la réalisation de gains d'efficacité dans la délivrance des services de santé.

31. Plus généralement, il sera nécessaire d'adopter une approche plus large pour l'évaluation des nouveaux modèles de délivrance des services de santé. Du fait de l'évolution croissante vers le travail en équipe et la médecine de groupe, il est de plus en plus important d'avoir un point de vue plus général que l'impact d'un membre particulier de l'équipe. Les études d'évaluation doivent étendre leur champ en ne comparant pas « simplement » la façon dont les infirmières en pratique avancée effectuent certaines tâches par comparaison avec les médecins, mais en considérant de manière plus large l'organisation globale des services. Pour identifier les facteurs ou les caractéristiques associées à de meilleurs résultats du point de vue des soins aux patients à un coût minimal, il faudra employer des méthodes statistiques élaborées permettant d'isoler l'impact de différents facteurs. Il est encourageant de constater que certaines évaluations dans certains pays ont déjà progressé dans ce sens.

## INTRODUCTION

32. La fourniture des services de santé est complexe et dépend de plus en plus d'une coopération entre professionnels de santé et d'un travail en équipe. Les rôles des différents professionnels intégrés dans ces équipes peuvent dépendre autant des différenciations traditionnelles des emplois, datant d'une période antérieure, que d'une nouvelle division du travail qui maximise l'efficacité.

33. Dans de nombreux pays, les décideurs politiques et les gestionnaires dans le secteur de la santé recherchent des solutions pour accroître l'efficacité de la prestation des soins en modernisant les rôles des professionnels de santé, notamment ceux des infirmières<sup>2</sup>. Cette optimisation des ressources humaines vise à mieux répondre à la montée de la demande de soins (du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques), à l'offre limitée de médecins (en général ou pour certaines spécialisations ou zones géographiques) et aux contraintes budgétaires. Dans les pays où l'offre de la main-d'œuvre infirmière est elle-même limitée, le développement des rôles avancés infirmiers peut être aussi un moyen d'augmenter l'attractivité et la fidélisation de cette profession en ouvrant de nouvelles perspectives de carrières.

34. Le Conseil international des infirmières a proposé la définition suivante des pratiques infirmières avancées :

*« Une infirmière praticienne / en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée » (CII, 2008).*

35. Parmi les pays anglophones, deux grandes catégories d'infirmières en rôle avancé peuvent être identifiées : les infirmières praticiennes (avancées) et les infirmières cliniciennes spécialisées.

36. Dans la plupart des pays où cette catégorie existe, les infirmières praticiennes sont en général en charge d'une gamme d'activités qui peuvent être par ailleurs exercées par des médecins, incluant les diagnostics, les dépistages, les prescriptions de médicaments ou de tests médicaux, les activités dans le champ de la prévention et l'éducation de la santé, le contrôle de patients atteints de maladies chroniques, et un rôle général de coordination de soins (seules ou accompagnées de médecins). Les infirmières praticiennes exercent dans les soins primaires et le secteur hospitalier.

37. Les rôles des infirmières cliniciennes spécialisées incluent la pratique clinique, la formation, la recherche et l'encadrement d'équipes (« leadership »). Elles travaillent principalement (mais pas exclusivement) à l'hôpital, où leurs compétences plus avancées leur permettent de : réaliser des consultations auprès des patients, conseiller les infirmières ou d'autres membres de l'équipe en situation

---

<sup>2</sup> Le nom infirmière et l'adjectif infirmier s'appliquent dans cette étude à l'ensemble de la profession y compris le personnel masculin.

difficile, promouvoir et améliorer la qualité des soins à l'aide de pratiques pertinentes, et faciliter le changement.

38. Comme cette étude est particulièrement centrée sur les rôles avancés infirmiers dans le secteur des soins primaires, l'accent est moins mis sur la description et l'évaluation du travail des infirmières praticiennes et des infirmières cliniciennes spécialisées dans les hôpitaux.

39. Le débat sur l'extension potentielle des rôles infirmiers se greffe, dans beaucoup de pays, sur la question plus large de la réorganisation des soins, en particulier dans le secteur primaire, ainsi que la volonté de développer les soins à domicile pour diminuer le nombre d'hospitalisations.

40. Les pays ne sont pas au même niveau d'avancement concernant l'implantation des nouveaux rôles avancés infirmiers. Des pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni et le Canada ont expérimenté et implanté des rôles infirmiers avancés depuis des décennies. Aux Etats-Unis, l'introduction des infirmières praticiennes, responsable de la prise en charge d'un grand nombre de tâches avec un grand niveau d'autonomie, date du milieu des années 60. Dans d'autres pays, le développement des pratiques avancées infirmières est encore au tout début du processus bien que certains pays comme la France aient déjà lancé une série d'études pilotes pour tester de nouveaux modèles de travail en équipe médecins-infirmiers dans le secteur primaire et dans la prise en charge de maladies chroniques.

41. Le sujet des rôles avancés infirmiers reste sensible et controversé dans plusieurs pays. Il peut conduire à une opposition possible du milieu médical en particulier et soulève potentiellement des questions relatives à la qualité et sécurité des soins ainsi qu'à leur coordination. Si le développement des pratiques avancées infirmières conduisait à des effets négatifs non prévisibles, les effets bénéfiques attendus en termes d'accès aux soins à des coûts réduits seraient réduits.

42. Cette étude analyse les développements récents des rôles avancés infirmiers dans 12 pays développés et actualise les travaux précédents de l'OCDE qui ont porté principalement sur les cas du Royaume-Uni et des Etats-Unis (Buchan et Calman, 2004). Les pays concernés par la présente étude sont : l'Australie, la Belgique, le Canada, Chypre, les Etats-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, le Japon, la Pologne, la République Tchèque et le Royaume-Uni. Ces pays ont été sélectionnés principalement en raison de leur intérêt pour ce sujet et leur volonté de fournir les informations nécessaires pour conduire cette étude. Cette sélection inclut des pays qui ont une longue expérience dans le domaine des rôles avancés infirmiers et d'autres qui sont au tout début de l'implantation de tels rôles.

43. Cette étude a quatre objectifs:

1. Examiner brièvement les principaux facteurs conduisant au développement des rôles avancés infirmiers dans les différents pays (Partie 1);
2. Décrire le développement des nouveaux rôles infirmiers au sein des divers pays ainsi que la formation initiale et continue requises. La description est particulièrement centrée sur les rôles croissants que les infirmières jouent au sein du secteur primaire (Partie 2);
3. Analyser les résultats des évaluations disponibles sur l'impact des rôles avancés infirmiers en termes d'accès, qualité et coûts, afin d'évaluer dans quelle mesure les objectifs et les attentes initiales de telles réformes ont été réalisés (Partie 3);
4. Analyser les principaux facteurs facilitant ou entravant la mise en œuvre et le développement de nouveaux rôles avancés infirmiers (Partie 4).



44. Les informations de cette étude proviennent en grande partie d'un questionnaire visant à recueillir des données et à documenter les politiques, complété à l'automne 2009 par les différents experts nationaux désignés dans les 12 pays participants à cette étude. Des informations complémentaires ont été recueillies par une revue de littérature. L'Annexe A de ce rapport fournit des informations se rapportant plus spécifiquement au développement des rôles avancés infirmiers dans chacun des 12 pays couverts par ce rapport. La liste des experts nationaux qui ont contribué à cette étude figure dans l'Annexe B.

## **PARTIE 1: MOTIVATIONS A L'ORIGINE DU DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES**

45. Un grand nombre de raisons peuvent expliquer l'intérêt croissant pour le développement des rôles avancés infirmiers et ces dernières peuvent varier selon le contexte de chaque pays. Cependant, dans la plupart des pays, les raisons principales du développement des pratiques infirmières avancées portent sur l'amélioration de l'accès aux soins, dans un contexte de demande croissante pour différents types de services de santé et sur l'offre limitée de médecins. Dans plusieurs pays des débats interviennent également sur la meilleure façon de répondre à l'augmentation de la demande de santé dans un contexte de contraintes budgétaires sévères et de discussions sur la manière de contenir la croissance des dépenses de santé. Le développement des pratiques infirmières avancées pourrait être une opportunité pour réconcilier ces deux objectifs potentiellement contradictoires.

46. La présente partie examine quelques facteurs principaux qui peuvent expliquer l'intérêt pour les rôles avancés infirmiers dans les différents pays.

### **1.1 Répondre à la pénurie de médecins**

47. Dans les pays qui ont ouvert la voie pour les pratiques infirmières avancées (comme les Etats-Unis et le Canada), ces nouveaux rôles ont été introduits à l'origine principalement pour combler des déficits de main-d'œuvre dans des services traditionnellement assurés par des médecins, afin d'améliorer l'accès aux soins particulièrement dans les zones où les médecins étaient peu présents. Aux Etats-Unis, l'introduction d'infirmières praticiennes au milieu des années 60 coïncide avec la mise en vigueur de la législation sur l'assurance maladie pour les individus et les familles à faibles revenus ainsi que pour les personnes de plus de 65 ans. Les infirmières praticiennes étaient alors perçus comme des ressources supplémentaires bienvenues pour fournir des services à un plus grand nombre de personnes (Mundinger, 2002). La réponse aux problèmes de tensions de l'offre et des différents types de professionnels de santé continue d'être l'une des principales motivations pour le développement futur des pratiques infirmières avancées. Au Royaume-Uni, où les infirmières en rôle avancé sont apparues d'abord dans les années 1970, leur développement a connu un nouvel élan suite à la Directive européenne de 2004 sur le temps de travail qui a réduit ce dernier pour les docteurs débutants (« junior doctors ») (Buchan *et al.*, 2008). De manière similaire, aux Etats-Unis, il y a eu une augmentation immédiate de l'emploi des infirmières en pratique avancée à l'hôpital lorsque le temps de travail des internes a été limité à 80 heures par semaine (Aiken *et al.*, 2008).

48. Le nombre de médecins et d'infirmières, et le ratio infirmière-médecin, varient beaucoup selon les pays couverts dans cette étude (Tableau 1.1). Ainsi, le nombre de médecins varie de moins de 2,5 pour 1 000 habitants au Canada, au Japon en Pologne et aux Etats-Unis à plus de 3,5 en République Tchèque. La moyenne des 12 pays est un peu moins de 3 docteurs pour 1 000 habitants. Concernant plus particulièrement les médecins généralistes, le nombre par habitant était particulièrement faible (moins de 1 pour 1 000 habitants) aux Etats-Unis, en Irlande, Pologne, République Tchèque et Royaume-Uni. Il était le plus élevé en Australie et en France.

49. Le nombre d'infirmières (toutes catégories incluses) varie aussi grandement, de moins de 5 infirmières pour 1 000 habitants en Chypre à environ 16 en Finlande et en Irlande, avec une moyenne d'un

peu moins de 10 pour 1 000 habitants. En moyenne, il y avait environ 3,5 infirmières par médecin dans les 12 pays couverts par cette étude. Ce ratio varie de 1.6 en Chypre, à 5 ou plus en Finlande et Irlande.

**Tableau 1.1 Nombre de médecins et d'infirmières pour 1 000 habitants, et ratio infirmière-médecin, douze pays couverts par cette étude, 2008 (ou dernière année disponible)**

		Médecins	Dont généralistes	Infirmières	Dont Infirmières qualifiées	Infirmières auxiliaires qualifiées	Nombre d'infirmières par docteur
Australie	2007	3.0	1.5	10.1	7.9	2.2	3.4
Belgique	2008	3.0	1.2	..	..	..	..
Canada	2008	2.3a	1.1a	9.2	7.1	2.2	4.1
Chypre	2008	2.9	..	4.7	..	..	1.6
Etats-Unis	2008	2.4	0.3	10.8a	8.4	2.4	4.4
Finlande	2007	2.7	1.0	15.5	9.0	6.5	5.8
France	2008	3.3a	1.6a	7.9a	7.9	0.0	2.4
Irlande	2008	3.2b	0.6b	16.2a	..	..	5.0
Japon	2008	2.2	..	9.5	6.6	2.9	4.4
Pologne	2008	2.2	0.2	5.2	5.2	0.0	2.4
Rép.tchèque	2008	3.6	0.7	8.1	..	..	2.2
RoyaumeUni	2008	2.6	0.8	9.5	7.4	2.1	3.7
Moyenne (12 pays)		2.8	..	9.7	..	..	3.6

a) Les données n'incluent pas seulement les médecins/infirmières qui fournissent des soins directs aux patients, mais aussi les médecins/infirmières travaillant dans le secteur de la santé comme managers, enseignants, chercheurs, etc.

b) Les données se réfèrent à tous les médecins qui sont habilités à exercer

Source : Eco-Santé OCDE 2010. Les données pour Chypre ont été extraites de la base de données d'Eurostat.

50. Il n'est pas étonnant de constater que les rôles avancés infirmiers (notamment les infirmières praticiennes) tendent à être plus développés dans les pays où le nombre de médecins est relativement faible et le nombre d'infirmières relativement élevé, et donc avec un ratio infirmière-médecin élevé. C'est le cas en Finlande, aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni. Dans ces pays, le nombre beaucoup plus important d'infirmières comparé à celui des médecins peut être à la fois la *cause* de développement des rôles avancés infirmiers mais aussi sa *conséquence*.

51. D'un autre côté, le Japon donne l'exemple d'un pays qui associe un faible nombre de médecins, un nombre élevé d'infirmières et un ratio infirmière-médecin important, mais ce « déséquilibre » de l'offre ne s'est pas encore accompagné d'un progrès notable de rôles avancés infirmiers. La quatrième partie de cette étude examine, plus en détails, un certain nombre de facteurs qui peuvent soit faciliter soit entraver le développement des rôles avancés infirmiers, au-delà des simples facteurs d'offre.

52. Il est important d'analyser non seulement la composition *actuelle* de la main-d'œuvre mais aussi ces tendances  *futures*. Dans des pays comme la France, des débats sur l'extension des rôles infirmiers ont lieu dans un contexte d'une prévision d'un déclin du nombre de médecins par habitant et notamment de médecins généralistes (DREES, 2009). Par conséquent, le développement des pratiques infirmières avancées est considéré comme un moyen possible de répondre à la réduction de l'offre de médecins, tout en étant une source d'incitations pour augmenter le recrutement et la fidélisation des infirmières.

53. Dans les pays de taille importante, la répartition inégale des médecins à travers les différentes régions a accru aussi l'intérêt pour les pratiques avancées infirmières, afin de répondre aux besoins des populations rurales et en zones éloignées. En Finlande, au Canada et en Australie, les pratiques avancées infirmières jouent, de nos jours, un rôle significatif dans la prestation d'une gamme de services proposée aux habitants de ces zones reculées (cf. partie 2 et Annexe A).

54. Des pays, comme les Etats-Unis et le Royaume-Uni, ont aussi commencé d'utiliser d'autres approches complémentaires pour répondre aux besoins croissants de soins, par le développement par exemple « d'auxiliaires médicaux » ou « d'assistants de médecins » afin d'aider les docteurs dans leurs tâches cliniques et/ou administratives (Encadré 1.1). Les rôles de ces nouveaux assistants de médecins peuvent chevaucher, dans une certaine mesure, ceux des infirmières en pratique avancée.

**Encadré 1.1: Le développement d'auxiliaires médicaux et/ou d'assistants de médecins en Allemagne, aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni**

Certains pays ont choisi de développer de nouvelles catégories de personnel de santé pour tenter d'améliorer l'efficacité de la fourniture des soins et réduire la charge de travail des médecins en déléguant certaines tâches qui peuvent être exécutées par d'autres personnes. C'est, par exemple, le cas des auxiliaires médicaux ou des assistants de médecins.

L'Allemagne est l'un des pays qui est allé le plus loin dans cette voie. En 2002, 493 000 auxiliaires médicaux exerçaient en Allemagne, soit presque le double du nombre de médecins. Après trois ans de formation, ces auxiliaires médicaux travaillent dans des cabinets de médecins et se livrent à des activités composées de tâches administratives ou cliniques exigeant des compétences techniques de base (comme le retrait des fils après des points de suture, les pansements des plaies, ou les prélèvements de sang). Le développement de cette catégorie professionnelle pourrait expliquer, dans une certaine mesure, pourquoi les infirmières ne jouent pas un rôle important dans les soins primaires en Allemagne (Bourqueil *et al.*, 2005).

Les auxiliaires médicaux existent aussi aux Etats-Unis, exécutant des tâches cliniques et administratives de routine. En outre, des assistants de médecins réalisent aussi des tâches plus avancées. Ces assistants possèdent souvent un diplôme de master et sont responsables de tâches similaires sur bien des points à celles des infirmières praticiennes, comme réaliser un bilan de santé et des soins préventifs, diagnostiquer et traiter des maladies mineures, assurer des soins prénataux et réaliser un suivi de routine pour les maladies et les opérations. Il y avait environ 74 800 postes d'assistants de médecins aux Etats-Unis en 2008, et il est prévu que l'emploi des assistants de médecins augmente assez rapidement dans les dix prochaines années, particulièrement dans les centres médicaux implantés dans les zones rurales et les villes en raison des difficultés à attirer des médecins (US Department of Labor, 2010).

Le Canada a aussi, ces dernières années, expérimenté l'emploi d'assistants de médecins, et leur rôle a également été testé et évalué dans certains hôpitaux, avec en général des résultats positifs (Ducharme *et al.*, 2009). De nouveaux programmes de formation ont aussi été créés pour former un nombre croissant d'assistants de médecins, comme à l'Université de McMaster en Ontario.

Le Royaume-Uni a également décidé récemment d'expérimenter la mise en place d'assistants de médecins. Un premier programme pilote a été lancé en 2002. En 2007, le nombre d'assistants de médecins était encore très limité, soit environ 50 en Angleterre (Hooker *et al.*, 2007). Les tâches des assistants de médecins au Royaume-Uni incluent le diagnostic, l'établissement de programmes de soins pour les patients, la prescription de médicaments, la prise en charge de l'éducation thérapeutique des patients, le conseil et la promotion de la santé (Department of Health, 2006). Les assistants de médecins doivent compléter un programme universitaire d'au moins 90 semaines (incluant 1 600 heures d'expérience clinique), suivi par un stage de 12 mois. Une licence (« Bachelor degree ») en sciences de la vie peut être aussi exigée, bien qu'il n'y ait pas, à l'heure actuelle, de formation commune de base requise à travers l'Angleterre et le Royaume-Uni (Farmer *et al.*, 2009; Department of Health, 2006).

## 1.2 Répondre à l'évolution de la demande de soins et promouvoir la qualité des soins

55. Une majorité de pays de cette étude a indiqué que répondre plus efficacement à l'évolution des besoins des patients était l'un des facteurs les plus importants à l'origine du développement des rôles avancés infirmiers. Le développement de tels rôles est considéré comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins et leur continuité dans les différentes structures de santé. En outre, l'expansion de certaines pratiques avancées infirmières, telles que les fonctions des infirmières cliniciennes spécialisées dans les hôpitaux, est estimée être un moyen de promouvoir la qualité des soins.

56. Le vieillissement de la population, l'importance croissante des maladies chroniques et la comorbidité (problèmes de santé multiples) augmentent la demande des soins dans les différentes structures. En particulier, l'expansion des soins à domicile dans beaucoup de pays, comme moyen de réduire les hospitalisations, donne de nouvelles opportunités pour développer des rôles avancés infirmiers, afin de libérer du temps médical pour s'occuper des cas plus aigus et complexes. Les patients souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques ont besoin généralement de visites plus fréquentes à domicile ou dans d'autres lieux (institutions de soins longue durée) pour un suivi et un contrôle afin d'éviter les complications ultérieures, et recevoir des conseils pour gérer eux-mêmes leur maladie et changer leur mode de vie. Beaucoup de ces tâches, consommatrice en temps, peuvent être exécutées par des infirmières avec une formation et des compétences propres (Bourgueil *et al.*, 2006).

57. Le partage des nouvelles tâches intervient souvent dans le cadre de la création d'équipes multi-professionnelles de soins, afin de se confronter à des problèmes de santé complexes, où chaque professionnel de santé agit de façon indépendante, mais cependant au sein de l'équipe (MacKee *et al.*, 2006; Polton *et al.*, 2004).

## 1.3 Répondre à l'augmentation des coûts de la santé

58. Contenir la croissance des dépenses de santé peut être une raison additionnelle de promouvoir de nouvelles formes de coopération chez les professionnels de santé ainsi que le développement de rôles avancés infirmiers. En déléguant certaines tâches des professionnels de santé les plus "élevés" hiérarchiquement et les plus chers vers des niveaux "intermédiaires" moins onéreux, correspondant aux infirmières en rôle avancé, il peut être possible de fournir davantage de services à un coût égal ou moindre.

59. L'importance de contenir les coûts, comme objectif sous-jacent au développement des rôles avancés infirmiers, varie selon les pays. Alors qu'il est considéré comme un objectif important en Pologne, à Chypre, en Finlande et aux Etats-Unis, dans d'autres pays comme le Royaume-Uni et le Canada, il n'est pas élevé au rang des motivations importantes par les autorités.

60. Certains chercheurs ont tenté d'estimer les économies potentielles qui pourraient être liées à la prise en charge de certains services par d'autres professionnels de santé, autres que les médecins. Aux Etats-Unis, Hussey *et al.* (2009) ont estimé que l'emploi supplémentaire d'infirmières praticiennes et d'assistants de médecins pourrait baisser la croissance des dépenses de santé de 0.3-0.5 % par an.

61. Le degré de la réduction réelle des coûts liée à l'expansion des rôles avancés infirmiers (en comparaison d'un *statu quo* où les activités continueraient d'être assurées par les médecins) dépendra théoriquement d'au moins cinq facteurs: 1) les différences de revenus entre les infirmières en pratique avancée et les docteurs; 2) la différence de "productivité" entre les infirmières en rôles avancés et les médecins (mesurée, par exemple, par le nombre de consultations par heure ou par jour); 3) le type et le volume d'activités qui sont réellement transférés aux infirmières en rôle avancé et la question de savoir si ces activités demandent encore la supervision d'un médecin; 4) les « coûts indirects » liés à toute différence dans la prescription de tests médicaux ou de médicaments supplémentaires (lorsque les

infirmières en rôle avancé ont en charge de telles responsabilités); et 5) le coût supplémentaire lié à la formation initiale ou continue des infirmières en pratique avancée. Certains de ces facteurs peuvent se compenser mutuellement.

#### **1.4 Améliorer les perspectives de carrière des infirmières**

62. Plusieurs pays (par exemple, la Pologne, Chypre, l'Irlande, la République Tchèque) considèrent que le développement de rôles avancés infirmiers peut permettre d'attirer et de fidéliser davantage d'infirmières dans la profession, en ouvrant de plus grandes perspectives de carrières. L'un des arguments est que la profession infirmière doit nécessairement maintenir son attractivité dans un contexte de réduction de jeunes professionnels sur le marché du travail. L'élaboration de programmes plus poussés de formation initiale et continue, permettant de créer des emplois infirmiers plus qualifiés, pourrait favoriser le recrutement et améliorer les taux de fidélisation du personnel infirmier (Aiken *et al.*, 2008). Dans certains pays comme en République Tchèque ou en Pologne, le développement des rôles avancés infirmiers est aussi considéré comme un moyen potentiel de réduire l'émigration des infirmières vers d'autres pays européens dans le but de saisir de meilleures opportunités professionnelles.

## PARTIE 2: ETAT DU DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES

63. La présente partie décrit la progression des pratiques infirmières avancées dans les 12 pays couverts par cette étude, et en particulier dans les pays plus en avance dans la mise en œuvre de tels nouveaux rôles. Elle commence tout d'abord par une discussion sur la définition des pratiques infirmières avancées et sur les différents types d'activités impliquées. Cette partie examine ensuite les principales catégories d'infirmières en pratique avancée, leurs principales tâches et les niveaux d'éducation exigés. Lorsque l'information est disponible, des données sont aussi fournies sur l'importance quantitative des infirmières en pratique avancée. La dernière section développe plus spécifiquement, dans certains pays, le rôle croissant des infirmières en pratique avancée dans le domaine de la prescription de médicaments.

64. Le degré de développement des pratiques infirmières avancées varie grandement selon les pays, reflétant les différences possibles dans les pressions latentes pour développer ces nouveaux rôles (cf. partie 1) ou indiquant un certain nombre de facteurs ayant pu faciliter ou entraver leur développement (cf. partie 4).

65. Les Etats-Unis est le pays qui a la plus longue expérience relative aux infirmières en pratique avancée, avec l'établissement du rôle d'infirmière praticienne dès 1965. Le Royaume Uni et le Canada ont aussi une expérience ancienne en rôles avancés infirmiers, et dans leur reconnaissance en tant que tel, bien que des variations dans les rôles et la reconnaissance des différentes catégories d'infirmières en pratique avancée puissent exister encore au sein de ces deux pays. Bien que la Finlande n'ait pas formellement développé les catégories "d'infirmière praticienne" et "d'infirmière clinicienne spécialisée", elle a aussi une longue et vaste expérience dans le travail d'équipes et le partage de tâches entre médecins et infirmières. L'expansion des pratiques infirmières avancées en Irlande et en Australie est plus récente, mais ces deux pays ont mené une politique dynamique pour mettre en œuvre les nouveaux programmes de formation et créer des postes ces dernières années.

66. Dans d'autres pays (comme la Belgique, la République Tchèque, la France, le Japon et la Pologne), le développement et/ou la reconnaissance officielle des rôles avancés est encore à ses tous débuts, bien que certains de ces pays aient pu déjà mener des études pilotes pour tester des nouveaux rôles avancés et que des pratiques non officielles puissent déjà exister.

### 2.1 La définition des pratiques infirmières avancées

67. L'expression de « pratique infirmière avancée » est apparue pour la première fois dans les années 1980 dans la revue de littérature (Ruel *et al.*, 2009). Cependant, les difficultés d'une définition claire et précise des « pratiques avancées » demeurent, du fait qu'elle couvre une vaste (et croissante) gamme de compétences et de pratiques. Au niveau international, atteindre un large consensus sur la définition de la "pratique infirmière avancée" est encore plus difficile étant donné que les pays sont à différents degrés de mise en œuvre de ces rôles. Dans des pays qui commencent tout juste à envisager l'extension de rôles traditionnels infirmiers, certaines pratiques nouvelles peuvent être considérées comme "avancées", alors que ces mêmes pratiques peuvent ne plus être incluses dans les pratiques « avancées » dans les pays qui ont travaillé plus tôt sur la question.

68. Le Conseil international des infirmières a proposé la définition générale suivante des pratiques infirmières avancées :

*« Une infirmière praticienne / en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée » (CII, 2008).*

69. Les définitions nationales existantes sur les pratiques infirmières avancées sont généralement cohérentes avec la définition proposée par le Conseil international des infirmières, bien qu'elles reflètent des contextes nationaux spécifiques (cf. encadré 2.1).

**Encadré 2.1 : Définitions nationales des pratiques infirmières avancées en Australie, au Canada, aux Etats-Unis et en Irlande**

**Australie (Conseil des Infirmières et Sages-femmes Australiennes, « Australian Nursing and Midwifery Council », ANMC)**

« La pratique infirmière avancée définit un niveau de pratique infirmier qui utilisent des compétences étendues, une expérience et des connaissances en diagnostic, planification, mise en œuvre et évaluation du soin requis... Les infirmières qui exercent à ce niveau ont un diplôme de maîtrise et peuvent travailler en tant que spécialiste ou généraliste. La base de la pratique avancée réside dans un degré élevé de connaissances, de compétences et d'expérience qui s'appliquent à la relation infirmière-patient/client pour obtenir des résultats optimaux à travers une analyse critique, la recherche de solutions et une prise de décisions juste ». (ANMC, 2006)

**Canada (Association des Infirmières Canadiennes « Canadian Nurses Association », CNA)**

« La pratique infirmière avancée est une expression multiforme décrivant un niveau avancé de pratique clinique infirmière qui optimise l'utilisation d'une formation supérieure à un diplôme universitaire de premier cycle, avec des connaissances infirmières approfondies et un niveau d'expertise pour répondre aux besoins de santé des individus, des familles, des groupes, des communautés et de la population. Cela implique: l'analyse et la synthèse des connaissances; la compréhension, l'interprétation et l'application de la théorie et recherche infirmière ; et le développement des connaissances en pratique infirmière avancée, pour l'ensemble de la profession ». (CNA, 2008)

**Irlande (Conseil National pour le Développement des Professions Infirmières et Sages-femmes, "National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery", NCM)**

« Les pratiques infirmières avancées [les rôles] ont pour but de promouvoir le bien-être, proposer des interventions de soins de santé et préconiser des choix de modes de vie sains pour les patients/clients, leurs familles et les personnes qui ont un malade à charge dans une grande variété de structures, en collaboration avec d'autres professionnels de santé, selon une gamme reconnue de recommandations de pratiques. Elles utilisent des connaissances avancées dans le domaine clinique infirmier et développent un esprit critique pour fournir au patient/client des soins optimaux de manière indépendante pour différents cas aigus et/ou de maladies chroniques. La pratique infirmière avancée est fondée sur la théorie et la pratique infirmière et intègre la recherche infirmière et d'autres recherches associées ainsi que les théories et les compétences en matière de gestion et de leadership afin d'encourager une approche collégiale et multidisciplinaire pour des soins de qualité au patient/client. Les pratiques infirmières avancées sont menées par des praticiennes autonomes, expérimentées qui sont compétentes, fiables et responsables pour leurs propres pratiques. Elles ont une expérience importante dans l'exercice clinique et possèdent un diplôme de master niveau 1 (ou plus). Le programme d'enseignement doit être dans le champ infirmier ou un domaine très proche du champ de pratique spécialisée (la formation préparatoire doit inclure des domaines cliniques substantiels qui se rapportent à la spécialisation adéquate). Les rôles infirmiers avancés sont développés en réponse aux besoins du patient/client et aux exigences de service dans les soins de santé aux niveaux local, national et international. Les infirmières en pratique avancée doivent anticiper les domaines de pratiques infirmières qui peuvent être développés au-delà du champ habituel des pratiques et s'impliquer dans ces domaines ». (NCNM, 2008a).



**Etats-Unis (APRN Consensus Work Group and National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee)**

La définition d'« une infirmière habilitée en pratique avancée » (« Advanced Practice Registered Nurse », APRN) est un(e) infirmier(e) qui :

1. A mené à bien un programme de formation de niveau maîtrise accrédité, le/la préparant à l'un des quatre rôles reconnus comme des rôles avancés infirmiers ;
2. A réussi un examen national officiel qui apprécie le rôle et le niveau de compétences et qui donne la preuve du maintien du niveau par une nouvelle accréditation (« recertification ») ;
3. A acquis des connaissances cliniques avancées et des compétences le/la préparant à prodiguer des soins directs aux patients, aussi bien que des soins indirects ;
4. Développe les compétences d'autres infirmières en faisant preuve d'une connaissance plus approfondie et élargie, d'une plus grande synthèse de données, avec une complexité accrue des compétences et des interventions en tenant des rôles plus autonomes ;
5. A le niveau de formation requis pour assumer la responsabilité et la garantie de la promotion et/ou le maintien de la santé aussi bien que l'évaluation, le diagnostic, et la gestion des problèmes de santé, y compris la prescription de médicaments si nécessaire;
6. A une expérience clinique suffisamment importante et étendue pour faire la preuve de l'homologation visée ; et
7. A obtenu une homologation pour exercer en tant qu'infirmier(e) en pratique avancée autorisée dans l'un des quatre rôles d'infirmier(e) possibles : infirmière anesthésiste certifiée autorisée (« certified registered nurse anaesthetist »), infirmière sage-femme certifiée (« certified nurse-midwife »), infirmière clinicienne spécialisée « clinical nurse specialist », ou infirmière praticienne certifiée (« certified nurse practitioner »).

(Source: APRN Consensus Model, 2008).

## 2.2 La distinction des principaux rôles avancés infirmiers

70. Au-delà d'une définition générale des « pratiques infirmières avancées », il est possible de caractériser, à un niveau global, le type d'activité qui peut être attribué aux infirmières en pratique avancée et les formes de coopération infirmières-médecins.

71. Il est possible de différencier deux grands types d'activités des pratiques infirmières avancées:

1. **Une substitution des tâches** : Certaines tâches antérieurement réalisées par les médecins sont transférées aux infirmières en pratique avancée. Le principal objectif dans ce cas est de réduire la charge de travail des médecins, et dans le même temps si possible de réduire aussi les coûts.
2. **Une diversification/une complémentarité des tâches** : Dans ce cas, les infirmières en pratique avancée prennent en charge de nouveaux services non assurés précédemment, par exemple dans le cadre de nouveaux programmes de gestions des maladies chroniques ou pour promouvoir une meilleure qualité des soins dans les structures hospitalières. Ces nouvelles activités ne sont pas traditionnellement réalisées par des médecins. Les principaux objectifs sont de renforcer le service par une meilleure continuité et qualité des soins, tandis que l'objectif de réduire les coûts est tout au plus secondaire.

72. La distinction entre une tâche de *substitution* et une tâche *complémentaire* n'est pas toujours très nette cependant. Lorsque les fonctions sont transférées des médecins aux infirmières, cela peut entraîner

aussi souvent une diversification ou une intensification de certaines activités (par exemple, les infirmières en pratique avancée passent davantage de temps à prendre en charge l'éducation thérapeutique et à donner des conseils pour gérer la maladie).

73. Deux types de consultations infirmières plus avancées peuvent être aussi distingués:

1. **Des consultations infirmières plus intensives / étendues :** Ces types de consultations prennent encore racine dans des théories et pratiques infirmières, bien qu'ils impliquent un plus grand champ d'expertise. Par exemple, une consultation avancée par une infirmière en psychiatrie peut impliquer "une évaluation psychologique" (par exemple, concernant l'anxiété ou le stress) exigeant une plus grande connaissance et application d'échelles et d'outils pour évaluer l'état mental du malade. La distinction entre une consultation « avancée » conduite par une infirmière en pratique avancée et une consultation « non avancée » menée par une infirmière autorisée très expérimentée n'est pas toujours très nette cependant.
2. **Des consultations davantage orientées sur le domaine médical :** Ces types de consultations sont plus proches d'une consultation médicale, et impliquent en général des tâches de *substitution*. Dans cette forme de consultation, les tests et les diagnostics peuvent être réalisés par des infirmières en rôle avancé, qui dans d'autres pays seraient seulement exécutés par des médecins. Ces consultations de type médical peuvent être assurées avec ou sans la supervision d'un médecin. Si elles sont conduites sous la supervision d'un médecin, et impliquent seulement la participation de l'infirmière dans une consultation médicale, elles peuvent être considérées comme de "faux" rôles avancés (dans le sens où les infirmières peuvent ne pas jouer un plus grand rôle que par le passé). Si elles sont assurées sans la supervision d'un médecin, elles correspondent plus étroitement alors à de « vrais » rôles avancés.

74. Les formes de coordination entre les médecins et les infirmières en pratique avancée peuvent différer. Elles peuvent être de *nature hiérarchique* (les infirmières en pratique avancée travaillant sous la supervision d'un médecin), impliquant des degrés variables d'autonomie, ou *non-hiérarchique* (les infirmières en pratique avancée travaillant de manière autonome, et sans la supervision d'un médecin).

### 2.3. Différentes catégories d'infirmières en pratique avancée et leurs principales tâches

75. Reflétant la diversité des expérimentations de ces nouveaux rôles infirmiers, beaucoup de catégories différentes d'infirmières en pratique avancée existent dans différents pays.<sup>3</sup> Une étude internationale récente a identifié pas moins de 13 titres différents que les infirmières en pratique avancée peuvent posséder dans divers pays, comme "infirmière praticienne", "infirmière praticienne avancée", "infirmière consultante" ou "infirmière clinicienne spécialisée" (Pulcini *et al.*, 2010).

76. Le tableau 2.2 synthétise les principales catégories d'infirmières en pratiques avancées identifiées dans les pays lorsqu'elles sont reconnues en tant que tel ainsi que leurs nombres, les principales tâches, et le niveau d'éducation requis ou recommandé pour occuper ces postes. Il est important de noter que le tableau n'inclut pas la catégorie « d'infirmière sages-femmes » (qui dans beaucoup de pays est considérée

---

<sup>3</sup> Au Royaume-Uni, un rapport récent d'une Commission dépendant du Premier Ministre sur le futur des infirmières en Angleterre a mis en avant que : "Le « Nursing and Midwifery Council » doit réguler les pratiques infirmières avancées, en s'assurant que les praticiens avancés (« advanced practitioners ») sont enregistrées officiellement et possèdent les compétences requises. Les parties prenantes doivent aussi considérer comment réduire et standardiser la prolifération des rôles et des titres des emplois dans le domaine infirmier" (Prime Minister's Commission, 2010).

comme un rôle avancé infirmier), ni un ensemble de spécialisations infirmières qui peuvent aussi être évaluées comme des rôles avancés (par exemple, les infirmières en psychiatrie, les infirmières anesthésistes, les infirmières aux urgences). En outre, les tâches décrites n'ont pas un caractère exhaustif, et les infirmières en pratique avancée peuvent aussi en réaliser d'autres.

Tableau 2.1 Catégories d'infirmières en rôles avancés, nombres, principales tâches et niveau d'éducation

Pays	Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
Australie	1- Infirmières en pratique avancée « Advanced Practice Nurses » (infirmières cliniciennes, consultantes)	n.d.	n.d.	<p>- tâches cliniques / techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée)</li> <li>prescription des médicaments avec supervision des médecins (bien qu'il y ait des variations dans les droits de prescription à travers les états)</li> <li>tri / orientation des patients par ordre de priorité</li> </ul> <p>- enseignement</p> <p>- tâches liées aux qualités de commandement (leadership) telles que la diffusion de l'expertise</p> <p>- tâches liées à l'amélioration de la qualité</p> <p>- recherche</p>	Diplôme Bac + 4 (« Graduate diploma » ou Master)
	2- Infirmières praticiennes	400 (2010)	0.2 % (2010)	<p>- tâches cliniques / techniques identiques à celles des infirmières en pratique avancée</p> <p>-tâches cliniques / techniques additionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>prescription et interprétation de tests de diagnostic (incluant la prescription de rayons X et celle d'ultrasons)</li> <li>management de maladies chroniques (suivi et contrôle pour des cas non aigus éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie)</li> <li>prescription de médicaments sans supervision médicale</li> <li>vaccination sans prescription de médecin</li> <li>transfert des patients aux spécialistes (« referral »)</li> </ul>	Master
Canada	1- Infirmières cliniciennes spécialisées	2222 (2008)	0.9 %	<p>- évaluer les patients, développer ou contribuer au plan de soins et intervenir dans des situations complexes dans le cadre de la spécialité clinique sélectionnée</p> <p>- conduire des consultations pour les patients, conseiller les infirmières et autres professionnels de santé pour améliorer les soins et traiter des questions complexes</p> <p>- aider le personnel infirmier effectuant des soins directs par l'enseignement clinique et la promotion des meilleures pratiques</p> <p>- examiner la recherche disponible et donner un avis d'expert pour déterminer les applications les plus efficaces</p> <p>- conduire le développement et l'application des recommandations cliniques</p> <p>- faciliter le changement</p>	Master

Pays	Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
	2- Infirmières praticiennes (2 catégories: 1. Soins primaires 2. Soins aigus (incluant les soins pour adultes, enfants et néonataux))	1626 (2008)	0.6 % (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fournir l'ensemble des soins aux clients de tout âge incluant la promotion de la santé et la prévention des maladies, les soins curatifs, de réadaptation et les soins palliatifs</li> <li>- dans les structures de soins primaires, le soin curatif peut impliquer le diagnostic et le traitement de maladies bénignes aiguës, de blessures, et le contrôle / le management de maladies chroniques stables</li> <li>- dans les structures de soins aigus, le soin curatif peut impliquer le diagnostic et le traitement des patients qui ont des maladies aiguës ou chroniques.</li> <li>- prescrire et interpréter des tests de diagnostique (incluant les rayons X, les ultrasons et les tests de laboratoire)</li> <li>- prescrire des médicaments sans la supervision des médecins (bien qu'il y ait des variations dans les droits de prescription selon les provinces)</li> <li>- exécuter des procédures spécifiques dans le cadre du champ de pratique autorisé</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes (bien qu'il y ait des variations selon les provinces)</li> </ul>	<p>Master pour toutes celles en soins aigus</p> <p>Master pour celles en soins primaires dans toutes les provinces à l'exception de 3 (Ontario, Saskatchewan, Newfoundland /Labrador)</p> <p>(Note: La « Canadian Nurse Practitioner Initiative » a fixé pour objectif une formation au niveau du Master dans toutes les provinces d'ici 2015).</p>
<b>Chypre</b>	1- Infirmières spécialisées dans le diabète	123 (2008)	3.4 % (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics pour les patients diabétiques</li> <li>- suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes</li> </ul>	Spécialisation avec des programmes de formation de courte durée ou des cours de 12 à 18 mois après un diplôme de premier cycle
	2- Infirmières en psychiatrie de la « communauté »	80 (2008)	2.2 % (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation psychologique avancée)</li> <li>- management de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus)</li> <li>- tri / orientation des patients par ordre de priorité (selon la formation)</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes</li> </ul>	<i>Idem</i>
	3- Infirmières en psychiatrie	72 (2008)	2.0 % (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation psychologique avancée)</li> <li>- orientation/tri des patients par ordre de priorité (selon la formation)</li> </ul>	<i>Idem</i>

## DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5

Pays	Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
	4- Infirmières dans la « communauté »	164 (2008)	4.6 % (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée)</li> <li>- vaccination sans prescription de médecin (les « health visitors » seulement)</li> <li>- tri/orientation des patients par ordre de priorité (selon la formation)</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes</li> <li>- suivi et contrôle pour des cas non aigus</li> </ul>	<i>Idem</i>
<b>Etats-Unis</b>	1- Infirmières cliniciennes spécialisées	59 242 (2008)	2.5 % (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intégrer les soins dans la continuité du traitement</li> <li>- promouvoir l'amélioration des résultats des patients et des soins infirmiers</li> <li>- développer les meilleures pratiques pour réduire la souffrance du patient</li> <li>- faciliter une prise de décision éthique</li> <li>- diagnostiquer et traiter les patients à différents stades de la maladie</li> <li>- gérer les maladies et promouvoir la santé</li> <li>- prévenir les maladies et les comportements à risques parmi les individus, les familles, les groupes et les communautés</li> </ul>	Master (suivi par un examen national officiel)
	2- Infirmières praticiennes	158 348 (2008)	6.5 % (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostiquer et traiter les patients à la fois dans les soins primaires et aigus</li> <li>- fournir un bilan initial incluant tous les antécédents du patient, réaliser les examens physiques et autres bilans de santé ainsi que les activités de dépistage</li> <li>- traiter et gérer les patients avec des maladies aiguës et chroniques incluant la prescription de tests de laboratoire, la prescription de médicaments et l'orientation appropriée des patients et de leurs familles.</li> <li>- prendre en charge la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation thérapeutique et le conseil</li> </ul>	Master (suivi par un examen national officiel)
<b>Finlande</b>	1- Infirmières de Santé Publique (avec diplôme supérieur)	n.d.	n.d.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée)</li> <li>- prescrire et exécuter des tests de diagnostic (incluant des ultrasons / échographies)</li> <li>- management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus)</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes</li> </ul>	Diplôme au-delà du premier cycle universitaire (« Post-graduate diploma ») ou Master
	1- Infirmières (avec diplôme supérieur)	n.d.	n.d.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée)</li> <li>- prescrire et exécuter des tests de diagnostic (échographie dans les hôpitaux)</li> <li>- management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus)</li> </ul>	Diplôme au-delà du premier cycle universitaire (« Post-graduate diploma ») ou Master

Pays	Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- management d'une gamme de problèmes de santé aigus (examen des symptômes du patient et évaluation des besoins de soins pour les infections et les blessures mineures)</li> <li>- tri / orientation des patients par ordre de priorité</li> </ul>	
<b>Irlande</b>	1- Infirmières cliniciennes spécialisées (sages-femmes incluses)	2066 (2009)	3.8 % (2009)	<p>Application des connaissances et des compétences spécialisées pour améliorer la qualité des soins. Le rôle inclut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluation, planification et fourniture des soins</li> <li>- participation à la recherche infirmière et à sa diffusion ainsi qu'à des audits</li> <li>- travail étroit avec les collègues médecins et paramédicaux, incluant des modifications des options cliniques prescrites en accord avec les protocoles convenus</li> <li>- donner des conseils concernant l'enseignement et la pratique clinique aux collègues infirmières et à l'équipe interdisciplinaire élargie.</li> <li>- prescription de médicaments et d'imagerie diagnostique [exemple : rayons X] (avec une formation initiale et continue additionnelle et une inscription à un registre)</li> </ul>	Diplôme universitaire de premier cycle (pour les nouveaux étudiants depuis 2002) complété par un diplôme additionnel (« post-graduate diploma ») dans un domaine spécialisé
	2- Infirmières praticiennes avancées (sages-femmes incluses)	121 (2009)	0.2 % (2009)	<p>Les concepts de base des infirmières praticiennes avancées incluent l'autonomie dans la pratique clinique, l'expertise, la qualité de commandement (leadership) et la recherche. Fonctions additionnelles par rapport aux infirmières cliniciennes spécialisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autonomie d'exercice telle que la gestion d'une structure d'urgence pour des blessures mineures</li> <li>- « case management » et suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour une gamme de patients avec des maladies chroniques</li> <li>- prescription de médicaments et d'imagerie diagnostique (par exemple, rayons X) en suivant un protocole (supervision médicale) ou de manière indépendante avec la formation initiale et continue reconnue, et l'inscription à un registre</li> <li>- diagnostics supplémentaires: échocardiographie / prescription de tests de laboratoire</li> </ul>	Master
<b>Royaume-Uni (Angleterre)</b>	1- Infirmières cliniciennes spécialisées	n.d.	n.d.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée), selon la formation et le niveau de compétences</li> <li>- prescription et interprétation des tests de diagnostic (incluant la prescription de rayons X, d'ultrasons / échographies, prescription de tests de laboratoire), selon la formation et le niveau de compétences</li> </ul>	Diplôme de premier cycle universitaire ou master, complété par une expérience approfondie dans le

## DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5

Pays	Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- prescription de médicaments avec ou sans la supervision de médecins (si l'infirmière est inscrite en tant que prescripteur non médical)</li> <li>- management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus), selon le rôle et la formation</li> <li>- tri / orientation des patients par ordre de priorité (selon la formation et le niveau de compétences)</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes (selon la formation et le niveau de compétences) / gestion des sorties des patients</li> </ul>	domaine d'exercice et par un développement professionnel continu
	2- Infirmières praticiennes (avancées)	n.d.	n.d.	<p>Mêmes tâches que pour les infirmières cliniciennes spécialisées mais plus orientées sur les consultations médicales, en remplaçant fréquemment les médecins</p> <p>Les tâches incluent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recevoir les patients avec des problèmes non diagnostiqués et indifférenciés et évaluer leurs besoins de soins de santé</li> <li>- faire un dépistage des facteurs de risques et des signes précurseurs de maladie</li> <li>- faire des diagnostics différenciés</li> <li>- développer avec le patient un plan de soin infirmier continu, avec l'accent sur les mesures préventives</li> <li>- prescrire les investigations nécessaires, et fournir un traitement et des soins</li> <li>- fournir du conseil et de l'éducation thérapeutique</li> <li>- avoir l'autorité d'admettre ou de faire sortir des patients et adresser les patients à d'autres fournisseurs de soins de santé</li> </ul>	Licence (« Bachelor degree ») au minimum – la plupart possèdent un diplôme de master
	3- Infirmières consultantes (« Nurse Consultants »)	971 (2009)  (Angleterre)	0,2 % (2009)	<p>Les infirmières consultantes sont des infirmières très expérimentées qui se spécialisent dans un domaine particulier d'exercice. Elles ont quatre fonctions principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) une pratique experte</li> <li>2) une fonction liée à la qualité de commandement (leadership) et au conseil</li> <li>3) les formations initiale et continue et l'amélioration des services de soins</li> <li>4) la recherche et l'évaluation</li> </ol> <p>[Les infirmières consultantes doivent passer 50% de leur temps en pratique clinique]</p>	Master et doctorat



Pays	Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
	4a. « Modern matrons »	5255 (2009) (Angleterre)	1,0 % (2009)	Les « modern matrons » ont trois rôles principaux: 1) assurer les plus grands standards de soins cliniques par le biais du développement d'un leadership chez les infirmières en première ligne et chez les autres personnels 2) s'assurer que les services administratifs et de supports sont conçus pour atteindre les normes les plus élevées de soins (incluant la maîtrise de la propreté de l'hôpital, la prévention des infections en milieu hospitalier) 3) assurer une présence importante dans les services – être quelqu'un vers lequel les patients et leurs familles puissent se tourner pour demander de l'aide	Master ou expérience étendue
	4b.«Community matrons»	1654 (2009) (Angleterre)	0,3 % (2009)	Les « community matrons » sont des infirmières expérimentées traitant des patients avec des problèmes chroniques, qui ont des besoins complexes, et risquent de fréquentes admissions non planifiées à l'hôpital. Elles agissent comme des « case managers » et sont capables de prendre en charge au domicile des cas en phase aiguë, pour éviter les hospitalisations.	

Note : Ce tableau n'inclut pas différentes catégories d'infirmières spécialisées qui peuvent être considérées comme exécutant des rôles avancés dans différents pays (par exemple infirmière sage-femme, infirmières en psychiatrie, infirmières anesthésistes, infirmières aux urgences).

Source : cf. Annexe A pour les sources utilisées dans chaque pays

77. Parmi les pays anglophones, deux grandes catégories d’infirmières en pratique avancée peuvent être identifiées:

1. les infirmières praticiennes (avancées) ou « nurse practitioners »; et
2. les infirmières cliniciennes spécialisées ou « clinical nurse specialists ».

### **2.3.1. Infirmières praticiennes**

78. Dans la plupart des pays où cette catégorie existe, les infirmières praticiennes sont en général en charge d’une gamme d’activités qui peuvent être par ailleurs exercées par des médecins de soins primaires, incluant les diagnostics, les dépistages, les prescriptions de médicaments ou de tests médicaux, les activités dans le champ de la prévention et l’éducation de la santé, le contrôle de patients atteints de maladies chroniques, et un rôle général de coordination de soins (seules ou accompagnées de médecins).

79. Les infirmières praticiennes ont été introduites tout d’abord aux Etats-Unis au milieu des années 60, en réponse à la pénurie de médecins dans les soins primaires dans les zones rurales et urbaines (désavantagées). En 2008, il y avait 158 348 infirmières praticiennes aux Etats-Unis, en augmentation par rapport à 141 209 en 2004 (US Department of Health, 2010). Deux tiers des infirmières praticiennes travaillaient en soins primaires (AANP, 2009).

80. Au Canada aussi, les infirmières praticiennes ont été introduites initialement au milieu des années 1960 comme réponse à des besoins de soins généraux dans les zones rurales et éloignées où les médecins étaient en nombre limité (DiCenso *et al.*, 2009). Leur nombre a baissé nettement au cours des décennies suivantes, avant leur réémergence dans les années 1990 (Encadré 2.2). Deux grandes catégories d’IPs coexistent dorénavant au Canada: les infirmières praticiennes de soins primaires et celles de soins aigus (travaillant à l’hôpital). Bien que le nombre total des infirmières praticiennes ait doublé au Canada entre 2003 et 2007, elles ne représentent encore que seulement 0.6% de l’ensemble des infirmières.

#### **Encadré 2.2: La “réémergence” des infirmières praticiennes au Canada**

Bien que les infirmières praticiennes dans les soins primaires soient apparues pour la première fois au Canada au milieu des années 1960, leur rôle est devenu largement obsolète dans les années 1980 pour diverses raisons, incluant: une perception de surnombre de médecins (particulièrement en ville), un manque d’incitations financières pour les infirmières pour prendre ces postes, l’absence de législation et réglementation dans les provinces/territoires, une sensibilisation faible de leur rôle au sein du public, et un faible soutien des décideurs et autres professionnels de santé.

Dans les années 1990, le “renouveau du système de santé”, combiné avec des ressources limitées et la volonté de développer les soins primaires, ont permis de renouveler l’intérêt pour les infirmières praticiennes. Beaucoup de provinces ont introduit des programmes de formation universitaire et une législation en faveur du renouvellement des infirmières praticiennes ; ceci afin d’améliorer l’accès aux soins primaires dans un contexte de préoccupations croissantes concernant les pénuries de médecins et l’intérêt grandissant pour développer le travail en équipe. En Ontario, par exemple, le Ministère de la Santé a annoncé en 1994 une nouvelle initiative concernant les infirmières praticiennes dans le cadre d’efforts plus larges pour améliorer l’accès aux soins primaires, soutenu par un nouveau programme de formation en 1995. En plus des infirmières praticiennes dans les soins primaires, les infirmières praticiennes de soins aigus ont aussi émergé dans les hôpitaux dans les années 1990 pour répondre aux insuffisances des services traditionnellement effectués par des médecins spécialistes et les internes dont le nombre avait décliné. A la fin des années 1990, la réglementation des infirmières praticiennes a été encouragée par les médecins afin de garantir un niveau adéquat de compétences. Les infirmières praticiennes de soins aigus et leurs homologues de soins primaires sont dorénavant reconnues par la législation de l’ensemble des dix provinces et des trois territoires.

Sources: Nurse Practitioners’ Association of Ontario (2010), DiCenso *et al.* (2009) et CNA (2005).

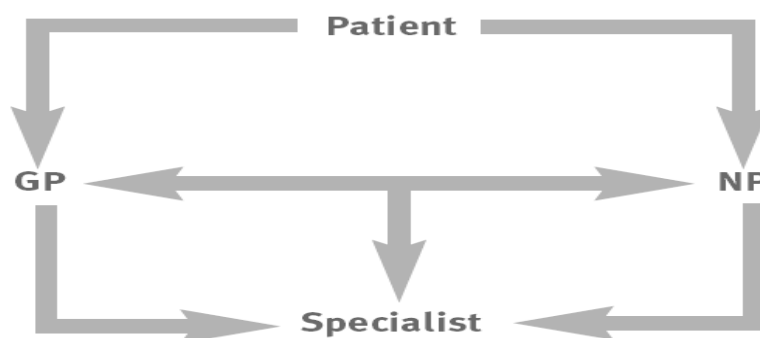
81. Au Royaume-Uni, les infirmières praticiennes font partie du National Health Service depuis le début des années 1970, mais leur rôle a été renforcé à la fin des années 1990 et leur nombre a augmenté de manière significative depuis (Royal College of Nursing, 2005). Il demeure, cependant, difficile d'évaluer exactement leur nombre du fait que beaucoup de ces nouveaux emplois et rôles ne sont pas basés sur une qualification homologuée. Il existe aussi parfois des différences locales entre les titres des emplois et les grades (Buchan *et al.*, 2008). Les infirmières praticiennes au Royaume-Uni travaillent principalement dans le secteur des soins primaires, bien que des postes d'infirmières praticiennes aient aussi émergé récemment à l'hôpital.

### Encadré 2.3: Les rôles des infirmières praticiennes, des médecins généralistes et autres professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni

La nature des liens entre les infirmières praticiennes et les médecins généralistes dans les cabinets de groupe de soins primaires peut varier beaucoup selon les pays aussi bien que dans les différentes structures au sein de chaque pays. Dans certains pays/structures, une organisation plus hiérarchique peut exister, accordant moins d'autonomie aux infirmières praticiennes.

Au Royaume-Uni, les infirmières praticiennes avancées travaillent dans beaucoup de cas avec un haut niveau d'autonomie, mais reste en collaboration cependant avec les médecins généralistes dans le même cabinet de groupe. Le schéma suivant représente le modèle de référence proposé par le Royal College of Nursing pour une infirmière praticienne (avancée) travaillant dans les soins primaires.

Schéma 2.1: Modèle de référence dans les soins primaires au Royaume-Uni



GP = généraliste ; NP = infirmière praticienne

Source: RCN, 2008.

Dans ce modèle, le patient peut soit consulter un médecin généraliste ou une infirmière praticienne avancée, ou les deux. L'infirmière praticienne avancée peut coopérer avec le patient pour déterminer un plan de soin, et peut fournir une grande proportion de ces soins elle-même, ou en collaboration avec des collègues médecins et d'autres membres du cabinet de groupe.

En réalité, les cabinets de groupe au Royaume-Uni peuvent conserver des liens hiérarchiques plus importants que dans le modèle représenté dans le Schéma 2.1, avec des infirmières praticiennes avancées travaillant *de facto* sous la supervision des médecins.

De plus, un nouveau rôle infirmier avancé a émergé récemment dans les soins primaires au Royaume-Uni en lien avec la gestion des maladies chroniques, issu de l'approche utilisée par certaines « Health Maintenance Organizations » (HMOs) aux Etats-Unis. Une « community matron » gère parfois un groupe de patients dans un état grave, nécessitant souvent des traitements hospitaliers ultérieurs et d'autres types de soins. Les « community matrons » sont responsables de la planification, la coordination et la prestation de soins, aussi bien que du contrôle continu de la qualité des soins et des résultats (Goodman *et al.*, 2005). Le rôle de « community matron » se chevauche beaucoup avec le rôle traditionnel des médecins généralistes comme coordinateurs de soins.

82. En Finlande, il existe aussi une longue tradition de coopération entre les médecins et les infirmières dans les centres de soins primaires, où les infirmières jouent un certain nombre de rôles avancés. Les consultations infirmières avancées se déroulent au sein de structures spéciales d'accueil dans les centres de santé, avec l'aide des médecins sur demande. De telles consultations peuvent aussi impliquer que les infirmières et les médecins travaillent en tandem dans les centres de santé.

83. En Australie et en Irlande, le développement des infirmières praticiennes est plus récent. Il y avait seulement 400 infirmières praticiennes en Australie en 2010 et 121 en Irlande en 2009, représentant environ 0.2% de la totalité des infirmières, même si ce nombre augmente.

**Encadré 2.4: Les rôles étendus des infirmières en zones rurales / éloignées en Australie, au Canada et en Finlande**

Dans plusieurs pays comme l'Australie, le Canada et la Finlande, les infirmières en rôle avancé ont été d'abord introduites dans les régions rurales et éloignées pour fournir des soins primaires aux populations sous dotés en médecins. Encore de nos jours, les infirmières dans ces zones rurales et éloignées agissent souvent comme le premier fournisseur de soins de santé.

En Australie, les infirmières praticiennes jouent un rôle important dans la prestation de soins primaires dans beaucoup de zones rurales. Leurs rôles et leurs tâches incluent : l'évaluation, le diagnostic, le traitement et le contrôle de divers problèmes de santé; l'initialisation des soins, la prescription et l'interprétation de radiologie; le conseil et l'orientation des patients dépressifs en collaboration avec des réseaux étroits de psychologues locaux; l'organisation des transferts des patients exigeants des soins aigus complexes ; la prestation des soins préventifs et de l'éducation thérapeutique ainsi que des soins pédiatriques et de sages-femmes.

Au Canada, les infirmières en rôle étendu sont autorisées dans certaines zones rurales et éloignées d'effectuer l'évaluation, le diagnostic et le traitement de patients avec des problèmes de santé mineurs, ce qui peut porter sur environ la moitié des cas (BC Ministry of Health, 2002). Les infirmières peuvent être en contact téléphonique avec le médecin de garde pour recevoir des conseils, avec la possibilité d'un transfert au médecin dans les cas complexes urgents.

La Finlande a aussi développé des structures spéciales d'accueil d'infirmierie dans des petits centres de santé en zones éloignées, qui sont soutenues, au besoin, par des consultations via internet assurées par les médecins travaillant dans les principaux centres de santé. Les infirmières peuvent gérer jusqu'à 70% des besoins de ces centres de santé éloignés (Jaatinen *et al.*, 2002).

### **2.3.2. Infirmières cliniciennes spécialisées**

84. Dans la plupart des pays où cette catégorie existe, les rôles des infirmières cliniciennes spécialisées incluent la pratique clinique, la formation, la recherche et le leadership. Elles travaillent principalement (mais pas exclusivement) à l'hôpital, où leurs compétences plus avancées leur permettent d'aider le personnel infirmier, les chefs de projet ainsi que les responsables qualité.

85. Le nombre d'infirmières cliniciennes spécialisées a augmenté ces dernières années dans certains pays, mais pas dans tous. Leur nombre a presque doublé en Irlande entre 2001 et 2008, bien que le nombre initial était très faible. Aux Etats-Unis, le nombre d'infirmières cliniciennes spécialisées a baissé de 72 521 en 2004 à 59 242 en 2008, soit une réduction de 22% (US Department of Health, 2010). Cette réduction a été plus que compensée, par contre, par la montée du nombre d'infirmières praticiennes.

#### 2.4. Formations initiale et continue requises

86. Les formations initiale et continue requises pour devenir une infirmière en pratique avancée varient dans une certaine mesure selon les pays, et dans certains cas il existe même des divergences au sein des pays. Dans la plupart des pays, un diplôme au-delà du premier cycle universitaire (« postgraduate ») en sciences infirmières (par exemple, un diplôme de master) est dorénavant recommandé ou requis pour une qualification d'infirmière en pratique avancée. C'est le niveau d'éducation qui a été fixé, par exemple, en Australie. Aux Etats-Unis et au Canada, il y a eu une augmentation progressive du niveau de formation requis des infirmières praticiennes et des infirmières cliniciennes spécialisées, avec comme nouvelle norme le niveau master, bien que dans certaines provinces canadiennes, un certificat après le premier cycle universitaire soit encore suffisant pour devenir infirmière praticienne. Aux Etats-Unis, 88% des infirmières praticiennes avaient au moins un master en 2008 (AANP, 2009), contre 62% en 2000.

87. Au contraire, au Royaume-Uni, un diplôme de premier cycle universitaire est encore suffisant pour devenir une infirmière praticienne ou une infirmière clinicienne spécialisée, avec une expérience professionnelle adéquate et une formation continue qui jouent un rôle plus important pour déterminer la capacité des candidates à accéder à des postes avec des compétences étendues. Des programmes de formation spécifique de durée courte ont été créés pour toutes les infirmières (et pas seulement les infirmières en pratique avancée) souhaitant étendre leur champ de pratique dans certains domaines, comme la prescription de médicaments.

#### 2.5. Le rôle croissant des infirmières en pratique avancée dans la prescription de médicaments

88. Dans beaucoup de pays (Australie, Etats-Unis, Royaume-Uni, Canada et Irlande), certaines catégories d'infirmières sont dorénavant autorisées à prescrire des médicaments. Alors que la prescription de médicaments par les infirmières dans d'autres pays couverts par cette étude a été jusqu'à présent interdite, certains changements sont attendus dans des pays comme la Finlande.<sup>4</sup>

89. Les Etats-Unis ont été le premier pays à introduire le droit pour les infirmières de prescrire des médicaments au milieu des années 1970, suivi au début des années 1990 par le Royaume-Uni et l'Australie. Certaines provinces au Canada ont commencé à autoriser ce rôle à la fin des années 1990, et ce droit a été progressivement étendu depuis. L'Irlande a autorisé ce type de pratique à partir de 2007. L'autorisation pour les infirmières de prescrire des médicaments a exigé des changements législatifs dans l'ensemble de ces pays (cf. Tableau 2.2).

90. Une distinction importante à propos des droits de prescription de médicaments par les infirmières est de savoir si elles peuvent prescrire de manière indépendante ou seulement sous la supervision d'un médecin. Le tableau 2.3 indique que les catégories d'infirmières autorisées à prescrire des médicaments sans la supervision d'un médecin sont plus ou moins restreintes selon les pays. Les Etats-Unis accordent l'autorisation de prescrire des médicaments à toutes les catégories qui sont définies comme infirmières avancées, alors que d'autres pays sont plus restrictifs. Par exemple, au Canada, seules les infirmières praticiennes sont autorisées à prescrire sans la supervision des médecins. Dans certains pays, comme le Royaume-Uni ou l'Irlande, cette autorisation peut être accordée à toutes les infirmières, à condition qu'elles mènent à bien la formation adéquate.

---

4. En Finlande, un certain nombre d'étapes ont été franchies pour étendre les droits des infirmières à prescrire des médicaments. Depuis de nombreuses années, les infirmières ont été autorisées à prescrire des pilules contraceptives. Depuis 2000, beaucoup de centres de santé ont défini des recommandations locales sur des prescriptions, permettant aux infirmières de proposer un nombre limité de prescriptions à certains groupes de patients, mais ces prescriptions nécessitent encore l'approbation des médecins. Au début de 2010, le gouvernement a proposé une nouvelle législation pour autoriser les infirmières à prescrire un nombre limité de médicaments (cf. note du pays à l'Annexe A).

Tableau 2.2 Etapes clefs relatives aux droits des infirmières à prescrire des médicaments dans cinq pays

Pays	Dates d'introduction / extension	Prochaines étapes possibles
<b>Australie</b>	<p><u>Introduction:</u> Depuis 1991, selon l'état concerné</p> <p><u>Extension:</u> En 2007, des états pilotaient encore la mise en place des infirmiers prescripteurs (« nurse prescribers »). Selon le premier recensement national (Gardner <i>et al.</i>, 2009), presque un-tiers des infirmières praticiennes attendaient encore l'autorisation de prescrire des médicaments. La législation dans une juridiction a été amendée en 2006 pour autoriser les infirmières praticiennes à prescrire les médicaments pouvant entraîner une dépendance.</p>	Novembre 2010: remboursements possibles pour les coûts des médicaments prescrits par les infirmières praticiennes
<b>Canada</b>	<p><u>Introduction:</u> La législation est dorénavant entrée en vigueur dans toutes les provinces et les territoires (en commençant par l'Ontario en 1998 et plus récemment le territoire du Yukon en 2009) pour autoriser les infirmières praticiennes dans les structures de soins primaires à prescrire de manière autonome. Des provinces/territoires ont démarré avec des droits de prescriptions reposant sur une liste de médicaments mais la plupart ont évolué ou sont en train d'évoluer vers un droit de prescription plus « ouvert » (par exemple, un projet de loi en faveur d'une prescription « ouverte » a été approuvé en Ontario en 2009). Dans beaucoup de provinces et territoires, les infirmières praticiennes travaillant dans les hôpitaux ne sont pas encore autorisées à prescrire des médicaments de manière indépendante (elles peuvent seulement prescrire des médicaments selon des directives médicales, sous la supervision indirecte d'un médecin).</p>	La prescription de produits stupéfiants (par exemple, les produits narcotiques) nécessitera l'approbation fédérale; cette voie est actuellement explorée par les associations d'infirmières praticiennes au Canada.
<b>Irlande</b>	<p><u>Introduction:</u> Depuis 2007, certaines infirmières ont obtenu le droit de prescrire les médicaments de manière indépendante.</p>	
<b>Royaume-Uni (Angleterre)</b>	<p><u>Introduction:</u> Début des années 1990</p> <p><u>Extension:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prescription additionnelle, en 2003, supervisée par un médecin, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques</li> <li>- autorisation élargie pour prescrire de manière indépendante en 2004 (couvrant 180 produits et 80 situations cliniques)</li> <li>- Droit de prescription complètement indépendant en 2006</li> </ul>	Les médicaments pour les soins palliatifs (incluant les produits opiacés puissants) peuvent être prescrits mais pas encore les autres produits stupéfiants tels que la morphine. Cependant, des changements législatifs sont en cours d'approbation.
<b>Etats-Unis</b>	<p><u>Introduction:</u> Milieu des années 1970s, selon l'état concerné</p> <p><u>Extension :</u> La majorité des états autorisent dorénavant les infirmières en pratiques avancées un droit étendu de prescription, et 47 états ainsi que le District de Columbia autorisent les infirmières praticiennes à prescrire des produits stupéfiants (Pearson, 2009)</p>	

**Tableau 2.3 Catégories d'infirmières concernées par la prescription de médicaments (avec ou sans la supervision d'un médecin), et formation complémentaire requise**

Pays	Prescription de médicaments		Formation
	Avec la supervision des médecins	Sans la supervision des médecins	
<b>Australie</b>	Infirmières praticiennes et infirmières en pratique avancée dans certaines régions	Infirmières praticiennes dans certaines régions	Formation additionnelle (en plus de la formation initiale): 60-80 heures
<b>Canada</b>	Les infirmières praticiennes dans des structures de soins aigus (hôpitaux) peuvent prescrire selon des directives médicales (supervision médicale indirecte)	Infirmières praticiennes dans les soins primaires	Formation incluse dans le programme de formation des infirmières praticiennes
<b>Irlande</b>	Toutes les infirmières peuvent délivrer et administrer des médicaments à l'aide de protocoles agréés et signés par le praticien concerné et le service de santé fournisseur.	Infirmières/sages-femmes de tout grade qui ont suivi avec succès un programme complémentaire d'enseignement sur la prescription et qui sont inscrites comme infirmier prescripteur au Irish Nursing Board.	Formation additionnelle (en plus de la formation initiale): 6 mois de programme complémentaire au niveau licence (« Bachelor level degree »)
<b>Royaume-Uni (Angleterre)</b>	Toutes les infirmières peuvent prescrire des médicaments via un processus appelé "patient group direction" délégué par un médecin.	Toutes les catégories à la condition de pouvoir être inscrit comme infirmier prescripteur. Les infirmières peuvent devenir prescripteurs indépendants à la condition de mener à bien la formation correspondante et de s'inscrire au Nursing and Midwifery Council.	Formation additionnelle (en plus de la formation initiale) pour la prescription sans la supervision d'un médecin: suivi d'un cours destiné aux prescripteurs non médecins et comprenant 26 jours de théorie et 12 jours de stage pratique supervisé par un médecin.
<b>Etats-Unis</b>	Infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes spécialisées, infirmières anesthésistes	Infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes spécialisées, infirmières anesthésistes dans certains états	Formation incluse dans le programme de formation du Master spécifique à la catégorie d'infirmière en pratique avancée concernée

Source : questionnaire de l'OCDE (2009).

91. La gamme de médicaments que les infirmières peuvent prescrire dans ces pays est étendue, incluant des antibiotiques, des antiviraux, des anticoagulants, des anticholestérols et autres. Néanmoins, il

existe des variations selon les pays en particulier concernant le droit des infirmières de prescrire des « produits stupéfiants » (« controlled drugs ») (par exemple, les produits narcotiques et les antalgiques puissants). Alors que l’Australie, l’Irlande et les Etats-Unis autorisent certaines catégories d’infirmières à prescrire des médicaments pour les soins palliatifs et les produits narcotiques, le Canada n’autorise pas de telles prescriptions. Le Royaume-Uni autorise les infirmières à prescrire des produits stupéfiants pour les soins palliatifs, incluant les puissants produits opiacés, mais pas les autres produits stupéfiants tels que les produits narcotiques.



### PARTIE 3: EVALUATIONS DES PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES SUR LES SOINS ET LES COÛTS

#### Introduction

92. Dans quelle mesure les différents types de pratiques infirmières avancées répondent-ils efficacement à leurs objectifs initiaux d'améliorer l'accès et/ou la qualité des soins? Quels sont leur impact sur les coûts (par rapport à une approche plus "traditionnelle" de prestation de services)? Cette partie résume les résultats d'évaluations effectuées dans un certain nombre de pays sur l'impact des pratiques infirmières avancées au regard des soins des patients et des coûts.

93. Sibbald (2008 et 2009) a conduit deux revues de littérature internationales sur les évaluations, traitant des rôles avancés infirmiers dans les soins primaires en général (revue de 2008) et sur la gestion des maladies chroniques plus spécifiquement (revue de 2009). Les conclusions générales tirées de sa revue 2008 étaient que : a) les infirmières peuvent en général fournir des soins d'aussi haute qualité que les médecins généralistes dans les domaines de la prévention, le suivi routinier des patients chroniques et le premier contact avec les personnes qui ont une maladie bénigne; b) les infirmières tendent à fournir plus d'informations et de conseils aux patients, entraînant une plus grande satisfaction; c) des gains d'efficacité dans la prestation des services peuvent être obtenus si les médecins se focalisent sur des problèmes de santé plus complexes et d'un plus grand niveau d'incertitude concernant le diagnostic et le traitement; d) l'impact sur les coûts tend à être négligeable, étant donné que les économies associées au paiement de salaires plus faibles des infirmières comparés aux médecins tendent à être contrebalancées par des consultations plus longues, un plus grand taux de réitérations des consultations et parfois la prescription de plus de tests. La revue 2009 couvre 4 évaluations sur l'impact des pratiques infirmières avancées dans la gestion des maladies chroniques impliquant une *substitution* de tâches réalisées précédemment par des médecins et 17 études comprenant des activités/tâches *complémentaires*. Elle conclut que : 1) les infirmières exécutant de tels rôles avancés peuvent vraiment réduire la demande de médecins tout en pouvant fournir ces services au même niveau de qualité et même dans certains cas à une qualité supérieure et avec une plus grande satisfaction des patients (encore principalement parce que les infirmières tendent à passer plus de temps à conseiller les patients); 2) l'impact sur le coût dépend principalement des activités des infirmières en pratique avancée: si les activités impliquent une *substitution* de tâches, l'impact sur le coût est neutre; si elles impliquent de (nouvelles) activités *complémentaires*, cela entraîne des coûts plus importants.

94. DiCenso *et al.* (2009) ont aussi effectué une revue étendue de littérature des évaluations disponibles dans un certain nombre de pays de l'OCDE, incluant à la fois des activités d'infirmières en pratique avancée dans les hôpitaux et les structures de soins primaires. La revue, couvrant au total 78 études, conclut que les infirmières en pratique avancée fournissent généralement des soins sécurisés et efficaces, induisant dans beaucoup de cas des bénéfices pour la santé des patients et un plus haut taux de satisfaction. Parmi le faible nombre d'études qui a tenté d'évaluer les effets sur les coûts, la majorité conclut que l'impact était soit neutre soit réducteur, avec une seule étude indiquant une augmentation de coût.<sup>5</sup> Dans plusieurs cas, la réduction de coût était liée à une durée moyenne de séjour plus courte des

---

5. Cette étude de Litaker *et al.* (2003) a évalué l'impact d'un programme de gestion de maladie chronique aux Etats-Unis et figure au Tableau 3.1.

patients dans les hôpitaux, pour les patients bénéficiant d'un suivi des infirmières en pratique avancée après la sortie de l'hôpital ainsi qu'à un nombre plus faible de réadmissions.

95. Le Tableau 3.1 résume quelques-unes des principales évaluations de l'impact des infirmières en pratique avancée, incluant celles que couvrent les revues de littérature mentionnées ci-dessus et des évaluations récentes qui ont été signalées par les experts nationaux qui ont contribué à cette étude. Il est important de noter que le tableau porte seulement sur les activités des infirmières en pratique avancée dans le secteur de soins primaires; il n'inclut pas les évaluations analysant leurs activités à l'hôpital. Les évaluations sont groupées par grands types d'activités que les infirmières en pratique avancée peuvent jouer dans les soins primaires: 1) rôles généraux (incluant le premier contact avec les patients, et le suivi de routine pour une gamme étendue de patients); 2) des rôles plus spécifiques en gestion de maladies chroniques (par exemple, pour l'asthme, le diabète, les problèmes cardiovasculaires); 3) des rôles plus spécifiques dans la prescription de médicaments. Deux principaux critères ont été utilisés pour sélectionner les évaluations présentées dans le Tableau 3.1 : 1) les méthodes utilisées (avec une sélection focalisée sur des évaluations basées sur des essais randomisés avec témoins et d'autres méthodes d'évaluations rigoureuses); 2) les pays concernés (avec une sélection tentant de couvrir autant de pays que possible tout en maintenant un équilibre dans le nombre d'évaluations par pays).

96. Comme on pouvait s'y attendre, la plupart des évaluations ont été effectuées dans les pays qui ont une longue expérience dans le déploiement des pratiques avancées infirmières dans les soins primaires – les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni et la Finlande. Un faible nombre d'évaluations ont aussi été conduites en Australie, en Irlande et en France (une évaluation de projets pilotes sur les nouvelles collaborations infirmière-médecin dans la gestion des maladies chroniques). La plupart des évaluations ont été réalisées dans les dix dernières années.

97. Beaucoup d'évaluations sont basées sur des essais randomisés avec témoins, qui impliquent une comparaison des activités des infirmières en pratique avancée avec celles des médecins, pour un groupe de patients assignés au hasard. Certaines évaluations sont basées sur des études par observation qui comparent aussi les activités des infirmières à celles des médecins, mais sans aucune tentative de désigner au hasard les patients (ce qui peut créer certains biais). Les évaluations utilisent une gamme de mesures pour les soins quant à l'accès, la qualité ou les résultats, incluant: le temps d'attente pour obtenir les services, l'observation par les fournisseurs des recommandations cliniques de qualité, le bien fondé des conseils thérapeutiques et des recommandations à l'égard des patients, les résultats de santé des patients en termes de morbidité (soit diagnostiqués ou évalués par le patient) et la satisfaction globale du patient.

98. Certaines études ont aussi tenté d'évaluer l'impact des infirmières en pratique avancée sur le coût, comprenant à la fois les coûts direct et indirect tels que: le coût par consultation (par exemple, en comparant le coût moyen d'une consultation d'infirmières praticiennes avec celui d'une consultation d'un médecin généraliste), la durée des consultations (des consultations plus longues entraînant des coûts plus élevés si les fournisseurs sont rémunérés par des salaires), le nombre d'orientations vers des médecins (par exemple, médecin généraliste dans le même cabinet ou vers d'autres spécialistes), le nombre de prescriptions de tests et de médicaments additionnels (dans les pays où les infirmières sont autorisées à faire de telles prescriptions).

**Tableau 3.1 Résumé des évaluations de l'impact des pratiques infirmières avancées dans les soins primaires (rôle général), gestion de maladies chroniques et prescription de médicaments**

<b>Pays</b>	<b>Auteur et année</b>	<b>Type des activités</b>	<b>Méthode</b>	<b>Principaux résultats <i>Accès et qualité des soins</i></b>	<b>Principaux résultats <i>Coûts</i></b>	<b>Principales conclusions et recommandations</b>
<b>Pratique Infirmière Avancée en Soins Primaires (rôle général)</b>						
<b>Canada</b>	Martin-Misener <i>et al.</i> (2009)	Evaluation de soins primaires de santé et de services d'urgences pour adultes dans une communauté rurale, par une équipe comprenant une infirmière praticienne sur site, des paramédicaux et un médecin de famille en dehors du site	Questionnaire structuré et interviews avec les patients, les fournisseurs de services sociaux et de santé et les gestionnaires	Accès plus rapide aux services de soins primaires et aux urgences, haut niveau d'acceptation et de satisfaction avec les infirmières praticiennes, et collaboration efficace entre les fournisseurs de soins.	Coûts de transport réduits. Visites réduites de 40% au service des urgences de l'hôpital. Coûts plus faibles des médicaments (en raison d'interventions plus rapides et de complications moindres).	
<b>Etats-Unis</b>	Edwards <i>et al.</i> (2003)	9 cliniques où les soins primaires sont assurés par les infirmières	Etude par observation	Grande qualité des soins (94% conformes aux recommandations existantes; 91% des patients très satisfaits et 94% indiquant l'intention de revenir).		
<b>Finlande</b>	Peltonen (2009)	Comparaison d'un modèle de prestation de services de santé d'un médecin et d'une infirmière travaillant en tandem ("pair model") avec un modèle traditionnel d'une équipe multiprofessionnelle (médecins, infirmières et assistants dans les centres de santé)	Questionnaire d'enquête (10 centres de santé, 788 patients)	Meilleure accès aux soins (plus grande proportion de patients examinés dans les 3 jours). Visites de suivi planifiées plus souvent par l'infirmière de soins primaires. Les patients ont senti qu'ils bénéficiaient plus souvent de services satisfaisants et des		Proposition de généralisation de ce nouveau modèle de prestation de soins pour les centres de santé  Besoins d'une formation commune médecins-infirmières sur le travail en équipe et l'accès conjoint au même

Pays	Auteur et année	Type des activités	Méthode	Principaux résultats <i>Accès et qualité des soins</i>	Principaux résultats <i>Coûts</i>	Principales conclusions et recommandations
				<p>informations de l'infirmière de soins primaires et qu'ils étaient plus à même de gérer leur état de santé eux-mêmes. Plus grande mise en œuvre des recommandations cliniques locales.</p>		<p>logiciel de planification de consultations et de coordination des soins</p>
<b>Finlande</b>	Hukkanen and Vallimies-Patomaki (2005)	Etude de projets pilotes sur le partage des effectifs de santé effectuée dans le cadre du « National Health Care Project » (tâches transférées des médecins aux infirmières, incluant le contrôle des maladies chroniques et les problèmes de santé aigus mineurs).	Questionnaire d'enquête (25 centres de santé)	<p>Les visites en urgence chez les médecins ont été réduites de 18-25% par mois grâce aux structures d'accueil (nurses' receptions) et aux conseils téléphoniques. Les infirmières traitent aussi jusqu'à 30% de toutes les visites urgentes dans les centres de santé.</p>		<p>Proposition de développement de directives au niveau national pour promouvoir de nouvelles formes de collaboration infirmière-médecin. Proposition de développement de programme universitaire après le premier cycle pour accroître le nombre d'infirmières hautement qualifiées.</p>
<b>Royaume-Uni</b>	Horrocks <i>et al.</i> (2002)	Comparaison des soins des infirmières praticiennes comme premier point de contact avec ceux des médecins généralistes (consultations de première ligne)	Revue systématique et méta-analyse (essais randomisés avec témoins) et études prospectives par observation	<p>Consultations plus longues des infirmières praticiennes et incluant plus d'investigations que les consultations des médecins généralistes. Pas de différences dans les prescriptions de médicaments, dans la répétition des consultations ou dans les orientations vers d'autres professionnels de santé.</p>		<p>Bien qu'en moyenne les infirmières praticiennes fournissent au moins la même qualité de soins que les médecins généralistes, il existe beaucoup de variations dans la formation et la pratique des différentes infirmières praticiennes. Il est donc important d'harmoniser encore leur formation et leurs</p>

Pays	Auteur et année	Type des activités	Méthode	Principaux résultats <i>Accès et qualité des soins</i>	Principaux résultats <i>Coûts</i>	Principales conclusions et recommandations
				Pas de différences dans les résultats de santé des patients. Patients généralement plus satisfaits des soins fournis par les infirmières praticiennes.		compétences.
<b>Royaume-Uni</b>	Kinnersley <i>et al.</i> (2000)	Résultats des soins primaires de patients traités par des infirmières praticiennes ou des médecins généralistes	Essais randomisés avec témoins (10 cabinets de médecins généralistes – 1368 patients)	Les infirmières praticiennes ont fourni plus d'informations aux patients et ont effectué de plus longues consultations. Nombre similaire de prescriptions, d'investigations prescrites et d'orientations vers les spécialistes. Les solutions aux symptômes et autres problèmes de santé ne différaient pas entre les infirmières praticiennes et les médecins généralistes. Les patients consultant les infirmières praticiennes étaient, de manière significative, plus satisfaits.		
<b>Royaume-Uni</b>	Venning <i>et al.</i> (2000)	Efficacité en termes de coût des soins des infirmières praticiennes et des médecins généralistes	Essais randomisés avec témoins dans 20 cabinets de médecins généralistes (1316 patients, la	Les consultations des infirmières praticiennes étaient significativement plus longues. Pas de différence significative dans les modes de prescription ou les résultats de santé pour les deux groupes.	Pas de différence significative dans les coûts (la consultation moyenne d'une infirmière praticienne coûtait moins qu'une consultation de médecin généraliste - 18,11 £ contre 20,70£	Possibilité d'améliorer l'efficacité des coûts dans la prestation de soins de service si les infirmières praticiennes sont capables de maintenir les avantages pour les patients tout en réduisant leurs taux de

Pays	Auteur et année	Type des activités	Méthode	Principaux résultats <i>Accès et qualité des soins</i>	Principaux résultats <i>Coûts</i>	Principales conclusions et recommandations
			moitié examinée par des infirmières praticiennes et l'autre moitié par des médecins généralistes)	Les patients étaient plus satisfaits des consultations des infirmières praticiennes (cette différence demeurait même après avoir contrôlé le temps de consultation).	- mais prenait plus de temps).	renouvellement de consultations ou en les écourtant.
<b>Royaume-Uni</b>	"Extended Role of Staff" (Projet EROS) (1999)	Comparaison des infirmières praticiennes et des médecins généralistes en cabinets	Comparaison des diagnostics et décisions de traitements cliniques des stagiaires infirmières praticiennes avec ceux des médecins généralistes après un an d'exercice (586 patients).	Médecins généralistes et stagiaires infirmières praticiennes d'accord sur 94% des diagnostics et 96% des décisions managériales. Les stagiaires infirmières praticiennes ont transféré 38% des patients aux médecins généralistes (principalement des cas plus complexes/incertains). Les infirmières praticiennes particulièrement appréciées pour leur aptitude à écouter et à conseiller les patients. Elles ont atteints de meilleurs résultats dans la prévention et la promotion de l'autogestion de la maladie.		

Pays	Auteur et année	Type des activités	Méthode	Principaux résultats <i>Accès et qualité des soins</i>	Principaux résultats <i>Coûts</i>	Principales conclusions et recommandations
<b>Pratique Infirmière Avancée en Soins Primaires (maladie spécifique)</b>						
<b>Australie</b>	Smith <i>et al.</i> (2001)	Soins à domicile par les infirmières avancées pour les maladies pulmonaires chroniques	Revue systématique d'essais randomisés avec témoins	Les résultats étaient dépendants de la gravité des cas : résultats positifs avec un traitement infirmier communautaire lorsque la pathologie était faible mais non lorsqu'elle était grave.	La plupart des études n'ont pu démontrer des économies de coûts	Un changement dans le type d'admissions (des admissions urgentes non planifiées vers des admissions anticipées), même sans aboutir nécessairement à une réduction globale des coûts et des admissions, devrait être estimé utile.
<b>Canada</b>	Russell <i>et al.</i> (2009)	Comparaison des résultats de gestion de maladies chroniques à l'aide de 4 modèles de prestation de soins de santé primaires et identification de facteurs organisationnels associés à une grande qualité des soins  Patients traités par des infirmières praticiennes pour : du diabète, des crises cardiaques, des maladies artérielles du cœur, de l'hypertension	Enquête avec des études de cas qualitatives de 137 cabinets de soins primaires sélectionnés de manière aléatoire à partir de 4 modèles de prestations différents (paiement à l'acte, paiement à la capitation, payement mixte et salaires)	La gestion des maladies chroniques était supérieure dans les centres de santé « communautaires » (modèle salarial) en raison de consultations plus longues et d'une collaboration interprofessionnelle. La qualité de la gestion des maladies chroniques était liée à la présence d'une infirmière praticienne, des ratios patients - médecins de famille plus bas, et des cabinets qui n'avaient pas plus de 4 équivalents temps plein de médecins de famille.  Pas de différences cependant dans les résultats de santé (par exemple, concernant le contrôle du		L'implication des infirmières praticiennes dans les équipes de soins primaires a eu un effet positif dans le cas du traitement des maladies chroniques.

DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5

<b>Pays</b>	<b>Auteur et année</b>	<b>Type des activités</b>	<b>Méthode</b>	<b>Principaux résultats <i>Accès et qualité des soins</i></b>	<b>Principaux résultats <i>Coûts</i></b>	<b>Principales conclusions et recommandations</b>
				glucose dans le sang des patients diabétiques)		
<b>Etats-Unis</b>	Aiken <i>et al.</i> (2006)	Infirmières « case managers » pour de graves maladies pulmonaires chroniques et des maladies cardiaques	Essais randomisés avec témoins (192 patients)	Résultats significativement meilleurs dans l'autogestion de la maladie, meilleure appréciation des ressources disponibles à l'égard de la maladie et de la préparation juridique pour la fin de vie.		Le programme de soins palliatifs et la gestion de la coordination des soins pour les patients gravement malades semblent avoir tiré parti de cette approche.
<b>Etats-Unis</b>	Litaker <i>et al.</i> (2003)	Résultats dans la gestion de maladies chroniques de patients traitées par des infirmières praticiennes ou des médecins (hypertension et diabète)	Essais randomisés avec témoins (157 patients)	Amélioration significative des patients concernant le contrôle de la pression artérielle et du diabète. Plus grande satisfaction des patients.	Plus grand coût annuel du personnel.	
<b>Etats-Unis</b>	Lenz <i>et al.</i> (2004)	Rôle des infirmières praticiennes dans la surveillance des patients atteints de diverses maladies chroniques	Essais randomisés avec témoins (406 patients)	Résultats comparables entre infirmières praticiennes et médecins généralistes sur les résultats physiologiques, l'état de santé tel qu'indiqué par les patients, et la satisfaction des patients.		
<b>Etats-Unis</b>	Lenz <i>et al.</i> (2002)	Processus de soins liés au diabète et résultats des patients traités par des infirmières praticiennes ou des médecins	Essais randomisés avec témoins (3397 patients)	Plus forte probabilité que les infirmières praticiennes dispensent de la formation sur la nutrition, l'exercice, le poids et les médicaments. Les infirmières praticiennes ont prescrit des tests de contrôle plus fréquemment que les médecins généralistes. Pas de différences concernant l'état de santé des patients durant les 6		



Pays	Auteur et année	Type des activités	Méthode	Principaux résultats <i>Accès et qualité des soins</i>	Principaux résultats <i>Coûts</i>	Principales conclusions et recommandations
				mois de suivi.		
<b>Etats-Unis</b>	Mundinger <i>et al.</i> (2000)	Recours à un service de santé et résultats de patients traités par des infirmières praticiennes ou des médecins.	Essais randomisés avec témoins (6 et 12 mois après le rendez-vous initial)  1316 patients (asthme, diabète, etc.)	L'état de santé était équivalent pour les patients qui avaient un rendez-vous initial soit avec une IP soit avec un médecin généraliste 6 mois plus tôt. Le recours au service de santé était équivalent à la fois au bout de 6 et 12 mois, et la satisfaction des patients était aussi globalement équivalente.		
<b>France</b>	Mousquès <i>et al.</i> (2010)	Coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi de patients diabétiques dans le cadre de projets pilotes.	Evaluation médico-économiques	Meilleurs résultats que pour les groupes témoins. Le modèle de coopération infirmière/médecins généralistes a prouvé son efficacité. L'éducation thérapeutique fournie par les infirmières a amélioré les niveaux de sucre dans le sang. La gestion de données liée au patient par l'infirmière a aussi amélioré le suivi. Pas de changements dans le nombre de consultations par médecin (résultats imprécis à savoir si les docteurs étaient plus focalisés sur les cas difficiles).	Coût équivalent (pas de différence significative)	
<b>Royaume-Uni</b>	Griffiths <i>et al.</i> (2004)	Test d'un nouveau modèle de pratique dans les soins asthmatiques associant	Essais randomisés avec témoins	Admissions à l'hôpital réduites pour des cas aigus d'asthmes non planifiés,		

Pays	Auteur et année	Type des activités	Méthode	Principaux résultats <i>Accès et qualité des soins</i>	Principaux résultats <i>Coûts</i>	Principales conclusions et recommandations
		l'éducation thérapeutique du patient après sa sortie de l'hôpital	(324 patients)	l'année suivant l'intervention.		
<b>Pratique Infirmière Avancée en prescription de médicaments</b>						
<b>Irlande</b>	Drennan <i>et al.</i> (2009)	Evaluation Indépendante Nationale de la « Nurse and Midwife Prescribing Initiative »	Questionnaire d'enquête, audit de prescriptions, interviews semi-structurées	Pas de problèmes de sécurité. Réduction du temps d'attente pour l'accès aux soins et aux médicaments (90% de patients). Grande satisfaction des patients.		La liste nationale de la prescription infirmière indépendante devrait continuer et être renforcée.
<b>Royaume-Uni (Ecosse)</b>	Watterson <i>et al.</i> (2009)	Evaluation de la progression de la prescription infirmière	Etudes de cas et 2 enquêtes auprès de patients	Amélioration de l'accès des patients aux médicaments (moins de temps d'attente). Pas de problèmes concernant la sécurité du patient. Certains médecins généralistes se sont inquiétés que les infirmiers prescripteurs puissent être moins conscients des dangers de la consommation abusive de certains médicaments.		Besoin de formation efficace, d'une supervision et d'un audit du travail de prescription des infirmières.
<b>Royaume-Uni</b>	Nutall <i>et al.</i> (2008)	Evaluation de la prescription d'antibiotiques par 3 infirmières praticiennes stagiaires	Audit de toutes les consultations et prescriptions d'antibiotiques par 3 infirmières praticiennes durant 6 mois	82% des antibiotiques prescrits suivaient les recommandations cliniques; les autres 18% ont été prescrits avec des indications cliniques claires.		

### 3.1 Impact sur les soins des patients (accès, qualité, résultats et satisfaction)

99. Les évaluations figurant au Tableau 3.1 confirment généralement les résultats des précédentes revues de littérature à savoir que les infirmières en pratique avancée dans les différents pays peuvent fournir une qualité équivalente de soins en comparaison de celle fournie par les médecins pour certains groupes de patients dans les soins primaires et dans la gestion de maladies chroniques (par exemple, les patients avec des problèmes de santé mineurs ou dont l'état a été stabilisé). Aucune de ces évaluations a noté un impact négatif significatif sur la sécurité des patients ou leurs états de santé après le transfert de certaines tâches des médecins aux infirmières, et la satisfaction des patients est soit resté stable ou a augmenté, en particulier parce que les infirmières tendent à passer plus de temps à écouter les problèmes des patients et à leur donner des conseils.

100. Au Royaume-Uni, les résultats du projet « EROS » de 1999 indiquent que les infirmières praticiennes (qui étaient encore en cours de formation) et les médecins généralistes étaient d'accord sur 94% des diagnostics et sur 96% des décisions concernant les activités.

101. En Finlande, le modèle du médecin généraliste travaillant conjointement avec une infirmière en pratique avancée a montré des résultats positifs quant à une meilleure prestation d'éducation de la santé et de suivi de routine des patients par les infirmières en pratique avancée. Les patients ont ressenti qu'ils recevaient des services utiles de « l'infirmière de famille » sur une base plus régulière et qu'ils sont davantage capables de suivre et gérer leur état de santé, en particulier les personnes avec des maladies chroniques (Peltonen, 2009).

102. En Australie, au Canada et en Finlande, des évaluations ont montré que des infirmières en rôle avancé ont aidé à accroître l'accès aux soins dans les zones rurales et éloignées où il peut y avoir que très peu de médecins, sans compromettre la qualité des soins. L'une des conditions de succès de beaucoup de ces initiatives est une bonne coopération interprofessionnelle et la possibilité pour les infirmières de consulter ou d'orienter les patients vers des médecins pour les cas plus sévères ou aigus.

103. Au Canada, les résultats d'une étude de 2009 évaluant la gestion d'un ensemble de maladies chroniques dans les soins primaires ont établi que la qualité des soins (en termes de mesures de processus) était supérieure dans les centres de santé « communautaires » qui impliquaient au moins une infirmière praticienne et où tout personnel était salarié (Russell *et al.*, 2009). Parmi les différents types de modèles de soins primaires, une plus grande qualité de prestations de soins de maladies chroniques était plus probable lorsqu'une infirmière praticienne intervenait. Toutefois, l'étude n'a pu mettre en évidence aucune différence dans les résultats de santé des patients (par exemple, la mesure du contrôle du glucose dans le sang pour les patients diabétiques).

104. En France, les résultats d'études pilotes évaluant les nouvelles formes de coopération entre les médecins et les infirmières dans la prestation de soins pour les personnes avec du diabète ou d'autres maladies chroniques indiquent une meilleure qualité des soins, notamment grâce à de meilleurs conseils de la part des infirmières aux patients sur leur mode de vie et l'autogestion de leurs maladies. Cela a contribué à de meilleurs résultats de santé, sans augmentation de coût (Mousquès *et al.*, 2010).

105. Seulement un nombre limité d'évaluations ont été effectuées pour évaluer les pratiques de prescription de médicaments de certaines catégories d'infirmières au Royaume-Uni et en Irlande. Ces évaluations n'ont soulevé aucune inquiétude à propos de l'adéquation des pratiques ou de la sécurité des patients. Les patients ont en général exprimé leur grande satisfaction en raison d'un accès plus rapide aux prescriptions de médicaments avec les infirmiers prescripteurs. En Irlande, 90% des patients ont pu réduire leur temps d'attente pour obtenir l'accès aux soins et aux médicaments (Drennan *et al.*, 2009). En Ecosse, certains médecins généralistes ont manifesté leurs inquiétudes au sujet de la prescription abusive possible

de certains médicaments par les infirmiers prescripteurs, toutefois l'évaluation n'a révélé aucun résultat négatif pour les patients (Watterson *et al.*, 2009). Au Royaume-Uni, les infirmières en soins primaires ont signalé des besoins de développement professionnel continu pour maintenir leurs connaissances à jour concernant les meilleures pratiques de prescription (Courtenay *et al.*, 2007).

106. Cependant, comme Sibbald (2009) et Sibbald *et al.* (2006) l'ont souligné, il pourrait aussi exister des effets indésirables au développement des rôles infirmiers avancés, particulièrement dans le contexte de grands cabinets de groupe impliquant beaucoup de médecins et d'infirmières. En raison de la multiplicité des fournisseurs de soins de santé, la continuité des soins sur une base *personnelle* (entre patients et leur médecin ou infirmière de « famille ») peut être réduite, et il peut devenir plus difficile d'assurer une coordination des soins correcte, avec un risque d'augmentation du coût et du temps de transaction.

### 3.2 Impact sur les coûts

107. Les études qui ont tenté de mesurer l'impact d'un plus grand emploi des infirmières en pratique avancée sur le coût tendent à conclure que les résultats sont neutres à l'égard des coûts ou contribuent à réduire légèrement le coût de la prestation de services de santé lorsque les activités impliquent une *substitution* de tâches par rapport aux activités traditionnelles des médecins. Plusieurs études ont établi que toute économie sur les salaires des infirmières (comparés à ceux des médecins) est contrebalancée en partie ou entièrement par différents facteurs tels que des consultations plus longues, une plus grande orientation des médecins vers d'autres docteurs ou des taux plus élevés dans la réitération de consultations, et parfois la prescription de davantage de tests. Si les services impliquent des tâches *complémentaires* par les infirmières en pratique avancée, alors le coût peut augmenter, comme indiqué par exemple dans l'évaluation d'un programme de gestion de maladies chroniques aux Etats-Unis (Litaker *et al.*, 2003). Cependant, ces évaluations n'ont peut-être pas pris en compte des économies potentielles liées à l'empêchement de complications graves de ces affections chroniques.

### Conclusion

108. Bien que la majeure partie des évaluations montre que les infirmières en pratique avancée ayant les qualifications nécessaires peuvent fournir des soins au moins de qualité équivalente à ceux des médecins pour les activités qui leur sont déléguées, il faut être prudent avant de tirer des conclusions générales en raison des différences contextuelles dans lesquels ces nouveaux rôles sont mis en œuvre.

109. L'une des limitations de la plupart des évaluations disponibles de l'impact des pratiques avancées infirmières sur les soins fournis aux patients et les coûts est qu'elles ne tiennent pas compte des effets de beaucoup d'autres facteurs organisationnels ou financiers qui peuvent accompagner l'introduction de nouveaux rôles avancés et affecter le rapport coût-efficacité des prestations de services. Avec le développement des pratiques de groupes dans les soins primaires et l'expansion de programmes de gestion de maladies chroniques qui impliquent plusieurs praticiens, il devient de plus en plus difficile *d'isoler* l'impact spécifique d'un individu en particulier sur les soins des patients et les coûts. Cela implique le besoin d'élargir le champ de l'étude, d'une "simple" comparaison de la manière dont les infirmières en pratique avancée réalisent certaines activités comparée aux médecins, à une évaluation plus large de l'organisation des services entre les différents fournisseurs (infirmières en pratique avancée, médecins et autres professionnels de santé). Il faut aussi identifier les « facteurs de succès » qui contribuent à optimiser les résultats par rapport aux coûts dans la prestation des services, incluant le rôle joué par les infirmières en pratique avancée. De telles évaluations nécessitent des méthodes statistiques avancées, mais il est encourageant de constater que certaines des évaluations présentées dans cette section ont déjà progressé dans cette direction (e.g., Russell *et al.*, 2009; Litaker *et al.*, 2003; Mousquès *et al.*, 2010).

## PARTIE 4: OBSTACLES OU FACTEURS PROPICES AUX PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES

110. L'expérience des pays qui sont en avance dans la mise en œuvre des rôles avancés infirmiers aussi bien que les autres montre que beaucoup de facteurs peuvent soit entraver soit faciliter le développement de tels rôles dans les structures de soins primaires et les hôpitaux. Comme noté dans la première partie de cette étude, les rôles avancés infirmiers ont eu une tendance à se développer davantage dans les pays où le nombre de médecins est relativement faible comparé aux infirmières (Tableau 1.1). Dans ces pays, il peut y avoir davantage d'intérêt pour toutes les parties de recourir aux infirmières en pratique avancée pour combler les manques créés par une faible offre de médecins. Cependant, un ratio élevé infirmière-médecin ne signifie pas nécessairement que les infirmières soient appelées à jouer des rôles plus importants. Par exemple, le ratio infirmière-médecin est aussi élevé au Japon qu'aux Etats-Unis, au Canada ou au Royaume-Uni, cependant les infirmières au Japon ont jusqu'ici continué à jouer des rôles assez traditionnels et limités. Ainsi, un certain nombre d'autres facteurs interviennent si on veut expliquer pourquoi les rôles avancés infirmiers ont émergé dans certains pays et pas dans d'autres.

111. La présente partie se concentre sur quatre facteurs qui peuvent entraver ou faciliter la progression des rôles avancés infirmiers :

1. *Intérêts professionnels*
2. *Organisation des soins et mécanismes de financements*
3. *Législation et réglementation sur le champ de pratique*
4. *Formations initiale et continue*

### 4.1 Intérêts professionnels

112. Les associations de professionnels – en particulier les associations d'infirmières et les associations médicales – peuvent jouer un rôle important en déterminant la capacité et la vitesse de la mise en œuvre des nouveaux rôles avancés infirmiers.

113. Dans presque tous les pays où les pratiques infirmières avancées ont été mises en œuvre, les associations d'infirmières ont joué un rôle clef pour que cette question soit inscrite en premier à l'ordre du jour et afin d'acquérir le soutien politique nécessaire. Elles ont aussi fait des propositions pour étendre le champ de pratique des infirmières, ainsi que pour définir les formations initiale et continue additionnelles requises. En outre, elles ont soutenu l'application de toute réforme adoptée.

114. Les organisations infirmières dans les pays comme le Royaume-Uni et les Etats-Unis sont mieux organisées et ont plus d'influence que dans les autres pays. Par exemple, au Royaume-Uni, l'expansion des pratiques infirmières avancées a été soutenue au fil des années par le Royal College of Nursing (RCN). En plus de jouer un rôle de recommandations, le RCN a aidé la progression des pratiques infirmières avancées en clarifiant le champ de pratiques potentiel des différentes catégories d'infirmières et en identifiant les compétences requises pour la certification (RCN, 2008). Au contraire, dans d'autres pays, les organisations infirmières ne sont pas aussi bien organisées et n'ont pas la même capacité à exercer des pressions en faveur de réformes, à faire de nouvelles propositions et soutenir leur mise en œuvre. En France, par exemple, le Conseil de l'Ordre national infirmier a été seulement établi en 2008.

115. L'opposition de la profession médicale est apparue comme un des principaux obstacles au développement de rôles avancés infirmiers dans la plupart des pays couverts par cette étude (avec quelques exceptions). Les principales raisons des résistances des médecins aux rôles avancés infirmiers incluent: un chevauchement potentiel dans le champ de pratique et la perte d'activités, le degré d'autonomie et d'indépendance des infirmières en pratique avancée, les préoccupations relatives à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle et des questions concernant les compétences et l'expertise des infirmières en pratique avancée. Le chevauchement potentiel dans le champ de pratique entre les infirmières en pratique avancée et les médecins peut être plus important pour les infirmières praticiennes travaillant dans les soins primaires que pour les infirmières cliniciennes spécialisées travaillant dans les hôpitaux (dont les rôles portent davantage sur une amélioration des services et de la qualité que pour les tâches de substitution).

116. Aux Etats-Unis, l'American Medical Association et d'autres organisations médicales comme l'American College of Physicians (ACP) ont été pendant longtemps les principaux adversaires des infirmières en pratique avancée. Par exemple, l'American College of Physicians a affirmé récemment : "une plus grande autonomie des infirmières praticiennes a été un point de désaccord entre les communautés médicales et des pratiques infirmières avancées. Des questions ont été soulevées à propos de l'adéquation de la formation des infirmières praticiennes et la certification, la qualité des résultats des patients, et les intentions perçues de déplacer ou remplacer les médecins de soins primaires" (ACP, 2009). Pour l'American Medical Association (AMA), au moins un médecin dans un cabinet de groupe doit être immédiatement disponible pour jouer un rôle de supervision et de consultation auprès des infirmières praticiennes (AMA, 2009). Pour réduire l'opposition des associations de médecins, les associations d'infirmières et autres parties prenantes soutenant le développement des rôles avancés infirmiers ont essayé de travailler avec elles pour répondre autant que possible à leurs préoccupations, soulignant les avantages pour tous les groupes de professionnels du travail en équipes et d'une collaboration.

117. En France, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a exprimé des inquiétudes au sujet de la responsabilité juridique des médecins en cas de faute professionnelle dans le contexte d'un travail en équipe, et ont exigé une définition plus précise des rôles et des responsabilités des différents fournisseurs de soins de santé (CNOM, 2009).

118. De manière similaire, au Canada, les médecins ont été préoccupés du fait qu'ils pouvaient être financièrement responsables pour des poursuites légales impliquant des soins conjoints si les infirmières praticiennes n'avaient pas une protection suffisante contre les fautes professionnelles. Comme en France, ils ont exigé une plus grande clarté concernant leur responsabilité médicale et juridique lorsqu'ils travaillent en partenariat avec les infirmières praticiennes. En réponse à ces interrogations, l'Association Canadienne de Protection Médicale (« Canadian Medical Protective Association ») et la Société de Protection des Infirmières et Infirmiers du Canada (« Canadian Nurse Protective Society ») ont rédigé une déclaration de politique commune proposant un ensemble de principes et de critères définissant les champs de pratiques et clarifiant les questions de responsabilité (Canadian Medical Protective Association *et al.*, 2005).

119. Le Royaume-Uni donne l'exemple d'un pays où il a existé généralement moins d'opposition de la profession médicale à la mise en œuvre des pratiques infirmières avancées. Cela peut s'expliquer par des organisations et un financement différents des services de santé, particulièrement pour les soins primaires, ce qui encourage davantage les cabinets de groupes à recruter et à recourir aux infirmières praticiennes ainsi qu'à d'autres infirmières en pratique avancée.

## 4.2 Organisation des soins et mécanismes de financement

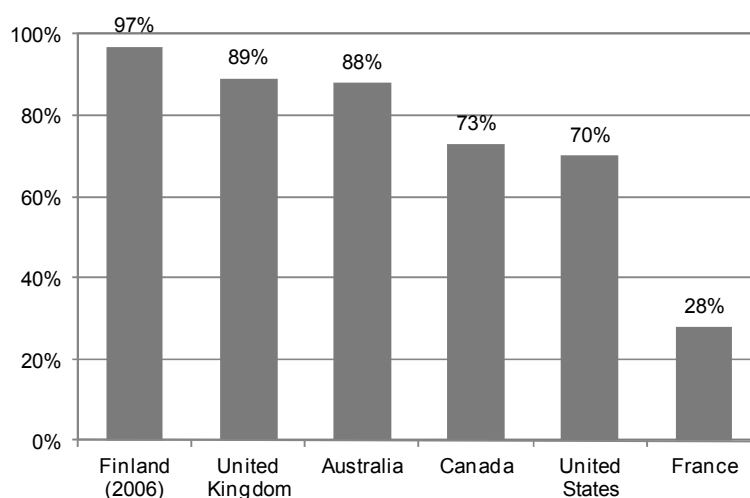
120. L'organisation des soins primaires est un facteur crucial dans l'évaluation du degré d'expansion possible des infirmières en rôle avancé dans le secteur. En général, on peut s'attendre à ce qu'il y ait de plus grandes opportunités à tester et mettre en place de nouveaux rôles avancés infirmiers dans les pays où les soins primaires sont principalement fournis par des cabinets de groupes, en comparaison des pays où ils dépendent encore de manière prédominante des médecins de famille travaillant en exercice individuel.

121. L'organisation des soins primaires varie grandement dans le groupe des pays couverts par cette étude (Tableau 4.1). Dans certains pays (Belgique, France, Irlande, République Tchèque), le mode principal de prestation de soins primaires continue de relever principalement de l'exercice médical isolé, alors que dans d'autres pays (Australie, Canada, Etats-Unis, Finlande, Royaume-Uni), les cabinets de groupes constituent le mode dominant. En Finlande, plus de 95% des médecins généralistes travaillent en cabinet de groupe, tandis que cette proportion atteint près de 90% en Australie et au Royaume-Uni. Au contraire, seulement près de 30% des médecins généralistes en France travaillent en cabinet de groupe (Schéma 4.1). Comme on pouvait s'y attendre, les rôles avancés infirmiers dans les soins primaires sont plus développés dans les pays où les soins primaires sont principalement fournis par les cabinets de groupes.

**Tableau 4.1 Modes prédominants de prestation de soins primaires**

Pays	Mode prédominant de prestation de soins primaires	Deuxième mode de prestation de soins primaires
Australie	cabinets de groupe privé	
Belgique	exercice isolé privé	cabinets de groupe privé
Canada	cabinets de groupe privé	exercice isolé privé
Etats-Unis	cabinets de groupe privé	exercice isolé privé
Finlande	centres publiques	cabinets de groupe privé
France	exercice isolé privé	
Irlande	exercice isolé privé	
Japon	structures privées (cliniques)	
Pologne	structures privées (cliniques)	exercice isolé privé
République Tchèque	exercice isolé privé	
Royaume-Uni	cabinets de groupe privé	

Source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE, 2008-2009 (Paris et al., 2010).

**Schéma 4.1 Proportion de médecins généralistes travaillant dans les cabinets de groupes, 2009**

Note: Un cabinet de groupe est défini par 2 médecins équivalent temps plein ou plus.

Source : Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, 2009. Finlande: Bourguell et al., 2007.

122. Les méthodes de rémunération des médecins peuvent aussi offrir diverses incitations au recrutement aux infirmières en pratique avancée. Les principales méthodes de rémunération des médecins comprennent le paiement à l'acte, à la capitation, le salaire, ou la combinaison de quelques-unes ou de toutes ces méthodes. Les méthodes utilisées varient grandement d'un pays à l'autre et même à l'intérieur d'un pays, différentes méthodes peuvent coexister pour payer les médecins de soins primaires (médecins généralistes) et les spécialistes (Tableau 4.2). Plus récemment, les méthodes de paiement à la performance ont aussi émergé dans des pays tels que les Etats-Unis et le Royaume-Uni.

**Tableau 4.2 Modes de paiements prédominants pour les médecins dans les pays couverts par cette étude**

	Médecins de soins primaires	Médecins spécialistes (hors hôpital)	Médecins spécialistes (à l'hôpital)
Australie	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Salaire
Belgique	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	n.d.
Canada	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Etats-Unis	Salaire/Capitation/ Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	n.d.
Finlande	Salaire	Salaire	Salaire
France	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Salaire
Irlande	Capitation	Paiement à l'acte	Salaire
Japon	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Pologne	Capitation	Paiement à l'acte	n.d.
République Tchèque	Paiement à l'acte/ Capitation	Paiement à l'acte/Salaire	Salaire
Royaume-Uni	Salaire/Capitation/ paiement à l'acte	Salaire	Salaire

n.d. Non disponible.

Source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE, 2008-2009 (Paris et al., 2010).



123. Plusieurs études montrent que le paiement à l'acte sur *une base individuelle* pour les médecins peut agir comme un obstacle à la progression des rôles avancés infirmiers dans les soins primaires (par exemple, Bourgeault *et al.*, 2008). Tout transfert de tâches aux infirmières peut impliquer une perte de revenu pour les médecins, à moins qu'ils puissent compenser la réduction d'activités en fournissant d'autres activités potentiellement plus lucratives. Au contraire, les paiements à l'acte ou à la capitation pour les cabinets de *groupes* (associés parfois à des dispositifs de paiements à la performance au niveau du cabinet de groupe, comme c'est le cas au Royaume-Uni) peuvent davantage inciter les médecins à accepter le partage de tâches avec les infirmières en pratique avancée, tant que le revenu supplémentaire tiré de l'emploi d'infirmières en pratique avancée est supérieur à leur coût. Dans le cas de modalités de paiement salarial, les médecins peuvent avoir intérêt à recourir à des infirmières pour une partie de la prestation des services, tant que les contraintes budgétaires n'entraînent pas une concurrence concernant les postes entre les différents groupes professionnels.

124. En Finlande, les soins primaires sont fournis principalement dans les cabinets de groupe dans les centres de santé municipaux. Outre des prestations de soins primaires généraux, ces centres de santé peuvent aussi proposer des soins périnataux ou pédiatriques, des services préventifs, des services de dépistage de cancer, des soins de santé dans le cadre scolaire et dans le contexte professionnel, des soins dentaires, des interventions chirurgicales mineures, ainsi que certains services de consultations internes. Ils tendent à former de grandes structures, comprenant non seulement des médecins généralistes et des infirmières, mais aussi (en fonction de leur taille) des sages-femmes, des travailleurs sociaux, des dentistes, des kinésithérapeutes, des psychologues et certains médecins spécialistes. Les médecins généralistes sont aidés par les infirmières qui sont plus nombreuses qu'eux avec un ratio d'environ 2 pour 1. Les infirmières prennent en charge beaucoup de consultations de prévention et de soins chroniques routiniers, et presque toutes les visites à domiciles. La plupart des médecins et infirmières qui fournissent des soins primaires et d'autres services dans les centres de santé municipaux sont salariés. Cependant, lorsque les docteurs font partie du "personal doctor scheme", ils sont payés environ 60% en salaire, 20% à la capitation, 15% à l'acte et 5% en indemnités additionnelles (OECD, 2005).

125. Au Royaume-Uni, le gouvernement a activement aidé l'expansion des cabinets de groupes dans les soins primaires depuis les années 1970, incluant l'emploi des infirmières praticiennes et d'autres infirmières en pratique avancée parallèlement aux médecins généralistes. L'Etat a encouragé le recrutement des infirmières par les cabinets de médecins généralistes dès les années 1970 et 1980 en subventionnant une grande part (70%) de leurs salaires. Cette incitation a été mise en place dans le contexte de préoccupations croissantes concernant la pénurie de médecins généralistes et dans le cadre d'une politique gouvernementale pour promouvoir un plus grand accès aux soins primaires (Bourgueil *et al.*, 2005). La plupart des médecins généralistes au Royaume-Uni demeurent de nos jours des travailleurs indépendants exerçant dans les cabinets de groupes, et sont payés par une combinaison de paiement à la capitation et, depuis 2004, grâce à un plan important de « paiement à la performance » qui représente en moyenne environ 25% du revenu de la structure (OECD, 2009b). Bourgueil *et al.* (2006) ont avancé que la mise en application du nouveau « GP contract » (contrat du cabinet de médecins généralistes) en 2004 a incité les cabinets de groupe à recruter davantage d'infirmières, en liant le financement du cabinet de groupe de médecins généralistes *non pas* au nombre de médecins, mais plutôt au volume de patients et aux services assurés. Il devenait ainsi financièrement intéressant de remplacer des médecins généralistes par des infirmières pour fournir certains de ces services. Le plan de paiements à la performance a fourni des incitations directes à l'expansion ultérieure des équipes multiprofessionnelles. En 2006/07, les cabinets de médecins généralistes au Royaume-Uni avaient en moyenne 24 membres, comprenant environ 5 médecins généralistes et 5 infirmières (Information Centre, 2006/07 UK General Practice Workload Survey).

126. En France, au contraire, les soins primaires sont encore principalement assurés par des médecins généralistes travaillant en exercice isolé, limitant ainsi l'émergence des rôles avancés infirmiers dans ce secteur. Cependant, il existe une récente progression des maisons ou centres de santé multidisciplinaires,

en réponse à une offre réduite de médecins généralistes dans certaines régions (particulièrement dans les zones rurales) et en raison d'un intérêt croissant de la nouvelle génération de médecins pour le travail en équipe et les cabinets de groupe. Une revue de littérature récente de quelques-uns de ces nouveaux centres de santé indique qu'il y avait en moyenne 14 professionnels de santé dans chaque centre (comprenant environ 4 médecins généralistes, 3 infirmières and 7 autres professionnels), bien qu'il existe beaucoup de variations d'un centre à l'autre (Bourgueil *et al.*, 2009). Alors que la coopération entre les médecins et les infirmières peut prendre des formes diverses, elle implique souvent un plus grand rôle des infirmières dans la gestion des patients atteints de maladies chroniques (par exemple, le diabète et l'hypertension), incluant l'éducation thérapeutique du patient et des conseils. L'évaluation de nouvelles approches de gestion de maladies chroniques montre généralement des résultats positifs, avec une plus grande qualité de soins atteinte (notamment par la diffusion d'un plus grand nombre de conseils aux patients sur les modes de vie et l'autogestion de la maladie) sans augmentation de coût (Mousques *et al.*, 2010). Cependant, le degré de coopération interprofessionnelle reste souvent limité en raison du fait que les professionnels de santé de ces cabinets de groupes continuent à être payés à l'acte sur une base individuelle. Cela indique un besoin d'expérimenter de nouvelles formes de méthodes de paiements sur une base collective pour promouvoir une plus grande coopération médecin-infirmière (Bourgueil *et al.*, 2009).<sup>6</sup>

127. Aux Etats-Unis, le déploiement initial aux infirmières en pratique avancée est intervenu dans les zones rurales et éloignées sous dotés en médecins. La progression des infirmières en pratique avancée dans les soins primaires a été encore encouragée dans les années 1990 du fait de l'intérêt plus faible des médecins pour les activités des soins primaires, en raison des différences croissantes dans les tarifs et les revenus entre généralistes et spécialistes (Mundinger, 2002). En même temps, certaines catégories d'infirmières en pratique avancée, incluant les infirmières praticiennes, ont obtenu le droit dans les années 1990 d'être payées directement par les assurances de santé privée ou publiques (c'est-à-dire, Medicare ou Medicaid) et sur une base de paiement à l'acte. Pour les patients bénéficiant du Medicare et du Medicaid, les infirmières en pratique avancée sont normalement remboursées à 85% du montant habituel des médecins. Cette augmentation des possibilités de remboursement a encouragé le développement des rôles avancés infirmiers. De plus, l'extension des cabinets de groupes dans les soins primaires peut aussi encourager financièrement le recours à des professionnels de santé « intermédiaires » tels que les infirmières en pratique avancée pour contenir les coûts et augmenter les marges bénéficiaires.

128. Au Canada, le paiement à l'acte sur une base individuelle a aussi été identifié comme un obstacle au recours aux infirmières praticiennes dans les soins primaires, comme le transfert de tâches de soins aux infirmières praticiennes peut impliquer une perte de revenu pour les médecins. Il existe une évolution vers l'expérimentation de méthodes de paiements alternatives favorisant une plus grande collaboration entre les médecins et les infirmières en pratique avancée. Concernant les infirmières en pratique avancée à l'hôpital (par exemple, les infirmières cliniciennes spécialisées), l'une des questions qui se pose au Canada est la stabilité du financement pour ces postes. Lorsqu'il y a des réductions budgétaires dans les hôpitaux, les gestionnaires peuvent ne pas avoir les fonds nécessaires pour créer ou maintenir des postes infirmiers en pratique avancée (Di Censo *et al.*, 2009).

129. En Irlande, le gouvernement a financé la création de 921 postes d'infirmières cliniciennes spécialisées entre 2001 et 2008 (NCNM, 2008b). Cependant, le déclin économique récent peut rendre difficile le maintien de ce taux de croissance.

---

6. En France, une proportion assez importante d'infirmières (15% en 2009) travaille en libéral et est payée aussi à l'acte. Ces infirmières indépendantes ne sont pas souvent enclines à travailler comme employée dans un cabinet de groupe et préfèrent garder leur autonomie. Le paiement à l'acte de ces infirmières ne facilite pas non plus le développement d'une collaboration étroite médecin-infirmière dans les soins primaires (cf. note de pays à l'Annexe A).

130. Un autre facteur qui peut faciliter la mise en place d'équipes multiprofessionnelles et les nouvelles formes de collaboration entre les médecins et les infirmières est l'adoption des technologies d'information et de communication en santé, telles que les dossiers médicaux électroniques. L'adoption des dossiers médicaux et autres outils électroniques peut faciliter grandement les échanges d'information et de coordination des soins entre les différents fournisseurs. Cependant, l'adoption de ces dossiers varie beaucoup selon les pays couverts par cette étude. En Australie et au Royaume-Uni, les dossiers médicaux électroniques sont utilisés par presque tous les médecins de soins primaires (incluant ceux travaillant en exercice isolé ou dans des petits cabinets de groupe), alors que les médecins de soins primaires au Canada, aux Etats-Unis et en France ont pris du retard dans ce domaine (Schoen *et al.*, 2009).<sup>7</sup>

### 4.3 Législation et réglementation du champ de pratique

131. La mise en œuvre de nouveaux rôles avancés infirmiers nécessite souvent des changements dans la législation et la réglementation pour supprimer les obstacles à l'extension de leur champ de pratique.

132. Le contexte législatif et réglementaire varie au moins de deux façons selon les pays: 1) il existe des différences quant au degré de centralisation de ces législations et réglementations au niveau national ; et 2) il existe aussi des variations dans le degré de détails pour définir le champ de pratique des différents professionnels de santé selon la législation et la réglementation.

133. Au Royaume-Uni (Angleterre), le champ de pratique des infirmières en pratique avancée n'est pas défini par une législation spécifique, ce qui réduit les obstacles à la modification de leur champ de pratiques. Cependant, certaines activités de santé sont couvertes par la législation, l'une d'entre elles – le droit de prescrire des médicaments – étant liée à des rôles plus avancés infirmiers. Pour permettre aux infirmières de prescrire des médicaments, un ensemble de modifications législatives et réglementaires a été nécessaire au Royaume-Uni (cf. Encadré 4.1). Une fois adoptées, ces législations et réglementations nationales se sont appliquées à toutes les infirmières concernées.

134. Au contraire, dans les pays où les pouvoirs de régulation des activités des professionnels de santé sont plus décentralisés, l'adoption de nouvelles législations et réglementations autorisant de nouveaux rôles avancés pour les infirmières a souvent eu lieu plus ou moins rapidement suivant les états ou provinces/territoires. Cela a souvent conduit à certaines variations dans le champ des pratiques des infirmières à l'intérieur du pays. Par exemple, au Canada, bien que toutes les modifications législatives dans toutes les provinces aient permis un développement notable des rôles des infirmières praticiennes, ces rôles ont été définis plus étroitement dans certaines provinces. En Australie, des efforts sont en cours pour harmoniser les différentes législations qui définissent le champ de pratique des diverses professions de santé, y compris celui des infirmières en pratique avancée. La nouvelle loi nationale devrait entrer en vigueur le 1er juillet 2010.

---

7. En Australie, le réseau de santé « Great Southern Managed Health Network » (GSMHN) donne un bon exemple d'un système de gestion basé sur internet qui facilite le travail des professionnels de santé dans la vaste zone rurale de l'Ouest de l'Australie. Les principaux objectifs de ce projet, lancé en 2007, consistent à : accroître la collaboration entre les professionnels de santé travaillant dans les différentes structures, réduire le temps passé au travail administratif, réduire le risque d'erreurs cliniques, améliorer les informations sur les patients et obtenir une meilleure gestion des médicaments. Le GSMHN permet aux fournisseurs de soins de santé de mieux communiquer entre eux et est perçu comme un outil d'apprentissage clef pour délivrer un service polyvalent dans les centres primaires de soins des zones rurales (OECD, 2010).

#### **Encadré 4.1 Changement dans les droits des infirmières pour prescrire des médicaments au Royaume-Uni**

Le droit des infirmières au Royaume-Uni de prescrire des médicaments a évolué sensiblement depuis le début des années 1990. Différents types d'autorisations ont été progressivement mises en application.

##### **1. « Nurse Prescribers' Formulary » pour les prescripteurs communautaires (anciennement « District » et « Health Visitors »), 1994**

Le droit de certaines infirmières de prescrire des médicaments a été mis en application en 1994, suivant un programme pilote. Le « Nurse Prescribers' Formulary » contient une liste limitée de médicaments, dont 13 exigeant une prescription ainsi que d'autres qui peuvent être achetés sans prescription. Les infirmières détenant ces droits de prescription doivent être inscrites au « Nursing and Midwifery Council », et ont suivi une formation spécifique. Il existe actuellement plus de 26 000 infirmières prescrivant par cette voie.

##### **2. « Supplementary Nurse Prescribers », 2003**

Introduit en avril 2003, la prescription « supplémentaire » consiste en un partenariat volontaire entre le prescripteur indépendant (un médecin) et un infirmier prescripteur « additionnel », afin de mettre en œuvre un plan de traitement clinique spécifique au patient, avec l'accord de ce dernier.

##### **3. Le « formulaire étendu d'infirmier prescripteur » (« Extended Nurse Prescribers' Formulary »), 2004**

L'objectif de cette extension était d'augmenter la liste des médicaments que certaines infirmières peuvent prescrire (étant donné que le « Nurse Prescribers' Formulary » était et reste assez limité). Le « Nurse Prescribers' Formulary » étendu comprend 180 produits, incluant des antibiotiques et des corticoïdes locaux, et 80 situations cliniques définies clairement où les infirmières peuvent intervenir. La formation requise comprend 26 jours de théorie et 12 jours de pratique supervisés par un médecin.

##### **4. Autre extension des droits des infirmiers prescripteurs, 2006**

En mai 2006, des modifications de la législation ont permis aux infirmiers prescripteurs indépendants de prescrire tous les médicaments pour tous les états de santé dont ils ont la compétence, à l'exception des produits stupéfiants. Cela a remplacé le « Extended Nurse Prescribers' Formulary » de 2004 qui a été interrompu. Comme pour le précédent programme, la formation requise comprend 26 jours de théorie et 12 jours de pratique clinique supervisés par un médecin. Les prescripteurs infirmiers indépendants sont répertoriés par le « Nursing and Midwifery Council ».

En 2009, une nouvelle législation a été proposée en vue d'autoriser les prescripteurs indépendants à prescrire plus de produits stupéfiants (autres que des puissants produits opiacés pour des soins palliatifs), incluant des substances psychotropes. Il est vraisemblable que cela soit mis en œuvre en 2010.

Sources: Questionnaire OCDE 2009 et Bourgueil et al. (2005)

135. La France doit relever un défi différent. Alors que la responsabilité pour définir le champ de pratique des différentes professions de santé est très centralisée, l'un des obstacles à l'extension des rôles infirmiers tient au fait que la législation nationale actuelle indique en termes très spécifiques ce que chaque profession de santé peut (ou ne peut pas) faire. Tout changement de pratique des infirmières exige donc des modifications législatives, soulevant souvent des questions sensibles. Une définition plus générale du champ de pratique des différentes professions, par exemple en termes de « missions » générales plutôt que de tâches/actes spécifiques, pourrait apporter une plus grande flexibilité pour adapter les rôles des infirmières à l'évolution des besoins régionaux/locaux.

#### **4.4 Formations initiale et continue**

136. Une majorité de pays couvert par la présente étude souligne qu'un facteur essentiel de succès est de veiller à ce que le système de formations initiale et continue offre des possibilités suffisantes de former

des infirmières avec des compétences plus avancées. Il peut-être difficile de pourvoir de nouveaux postes d'infirmières en pratique avancée faute de personnel infirmier qualifié. Aux Etats-Unis, les gouvernements ont récemment augmenté le financement de nouveaux programmes de formations initiale et continue pour toutes les infirmières, y compris les infirmières en pratique avancée, en réponse aux préoccupations que le système éducatif ne produisait pas assez d'infirmières au niveau requis pour appliquer les pratiques avancées (Aiken *et al.*, 2008). Au Canada et en Irlande, le financement de nouveaux programmes de Master et la capacité croissante des universités d'inscrire plus d'étudiants dans ces programmes ont beaucoup contribué à l'augmentation du nombre des infirmières en pratique avancée ces dernières années (DiCenso *et al.*, 2009; NCNM, 2008b).

137. Le soutien financier du gouvernement est nécessaire non seulement pour subventionner les universités ou autres institutions pour créer et maintenir de nouveaux programmes de formation, mais aussi pour fournir une assistance financière aux étudiants inscrits dans ces programmes. Par exemple, aux Etats-Unis, 23% des infirmières bénéficiaient d'une bourse fédérale de différents types en 2004, 38% d'un prêt fédéral et 18% d'un prêt ou d'une bourse d'un autre échelon (état ou aides locales) (US Department of Health, 2004).

138. Comme noté dans la section 2.4, il existe certaines variations selon les pays dans le niveau d'éducation requis pour devenir une infirmière en pratique avancée. Dans la plupart des pays, un diplôme de niveau Master est dorénavant exigé. Cependant, le Royaume-Uni donne l'exemple d'un pays où seul un diplôme de premier cycle universitaire est requis pour beaucoup de postes de pratiques infirmières avancées. La formation initiale peut être complétée par des programmes de formations spécifiques pour les infirmières désirant étendre leur pratique dans certains domaines, tels que la prescription de médicaments. Pour évoluer vers des postes d'infirmières avancées, une plus grande importance est accordée à l'expérience professionnelle.

139. Les différentes approches pour fixer les exigences en termes de formations initiale et continue auront un impact sur les dépenses directes des gouvernements pour les programmes de formation et pour l'aide financière accordée aux étudiants, ainsi que pour le coût d'opportunité des étudiants en fonction du temps passé à la formation (Encadré 4.2). Une attention particulière doit être accordée pour concilier au mieux la durée et le contenu des programmes de formation avec les compétences exigées des infirmières en pratique avancée, tenant compte à la fois des compétences génériques et plus spécifiques.

#### **Encadré 4.2 Avantages et inconvénients d'une augmentation du niveau minimum d'éducation requis pour les infirmières**

Les associations infirmières professionnelles dans beaucoup de pays ont plaidé en faveur du relèvement du niveau minimal d'éducation pour devenir une infirmière en général et un niveau plus élevé pour devenir une infirmière en pratique avancée. Dans plusieurs pays, le minimum exigé pour devenir une infirmière est dorénavant un premier cycle universitaire (par exemple, une licence, ou « Bachelor ») alors qu'un Master est requis pour devenir une infirmière en pratique avancée. Les principaux arguments qui ont été avancés en faveur du renforcement des exigences minimales de formation des infirmières incluent: 1) les exigences croissantes en termes de compétences et de responsabilités des infirmières dans un contexte de processus de soins et de pratiques cliniques plus complexes ; et 2) une meilleure reconnaissance des infirmières et de celles en pratique avancée en tant que professionnelles de plein droit grâce à une meilleure parité au niveau de la formation entre les différentes disciplines de santé (en réduisant l'écart en termes de niveau éducatif) (Dracup *et al.*, 2005).

Cependant, il existe aussi des inconvénients potentiels à augmenter les exigences de formation pour devenir une infirmière, une infirmière en pratique avancée ou toute autre profession de santé. L'économiste de la santé canadien, Robert Evans, a récemment indiqué quelques-uns de ces inconvénients potentiels dans les termes suivants:

*« La formation est coûteuse, à la fois directement et sous la forme du “coût d’opportunité” correspondant au temps que les étudiants doivent y passer avant d’entrer sur le marché du travail. Si un personnel d’un niveau de formation moindre peut remplir les mêmes fonctions, à un niveau de qualité équivalent, alors le personnel d’un niveau éducatif plus élevé est “surcapitalisé”... La tendance à la surcapitalisation – l’excès de capital humain – n’est pas exclusive aux professionnels de haut niveau tels que les médecins et les dentistes. Une menace pesant sur le potentiel de productivité des personnels intermédiaires vient de la pression des universités et des organisations professionnelles à accroître les exigences de formation, de telle sorte que les personnes avec un Master pourront devenir presque aussi coûteux que des médecins, en particulier s’ils ont une durée de vie professionnelle plus courte ou moins d’années de travail à temps plein. Est-ce que les sages-femmes ou les assistants de médecins sous différentes appellations ont vraiment besoin d’un master en science infirmière avant une formation dans leur rôle respectif? Que les universités avancent qu’une plus grande quantité de leur « produit » - la formation - est essentielle, peut-être un bon outil marketing, mais cela n’est pas nécessairement prouvé. » (Evans et al., 2010)*

## CONCLUSIONS

140. Beaucoup de pays considèrent actuellement une expansion possible des rôles des infirmières pour répondre aux pressions sur les systèmes de santé du côté à la fois de *l'offre* – en particulier l'offre limitée des médecins et des médecins généralistes – et de la *demande* – avec le besoin de répondre de manière efficace au nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques exigeant un contrôle étroit, des traitements continus, de l'éducation thérapeutique et des conseils pour gérer leur état de santé. Ces pressions peuvent créer des opportunités importantes dans les années à venir pour développer davantage les rôles des infirmières.

141. Les pays de l'OCDE sont à des stades très différents dans la mise en œuvre des nouveaux rôles avancés infirmiers. Alors que certains pays comme les Etats-Unis, le Canada et le Royaume-Uni ont commencé à mettre en œuvre de tels nouveaux rôles dès les années 60 et 70, d'autres pays commencent tout juste à en explorer les possibilités. Cela offre de bonnes opportunités pour les pays qui envisagent l'introduction de tels nouveaux rôles de tirer des leçons de l'expérience des pays qui ont de l'avance quant aux bénéfices et aux coûts potentiels de développement de ces rôles et d'élaborer des stratégies pour surmonter les obstacles potentiels à leur mise en œuvre. Ces leçons devront être nécessairement adaptées au contexte de chaque pays.

142. Même dans les pays qui sont plus en avance dans la mise en œuvre de rôles avancés infirmiers, le nombre d'infirmières en pratique avancée ne représente souvent qu'une très faible proportion de l'ensemble des infirmières, et il peut y avoir encore de nombreuses possibilités d'expansion des diverses catégories d'infirmières en pratique avancée.

143. Cette étude a examiné quatre des principaux facteurs qui peuvent soit agir comme un obstacle soit faciliter le développement des rôles avancés infirmiers:

- Les intérêts professionnels : Les associations professionnelles – en particulier les associations d'infirmières et les associations de médecins – peuvent jouer un rôle important en déterminant la capacité et la vitesse d'expansion des nouveaux rôles avancés infirmiers. Dans la plupart des pays, l'opposition des associations médicales a été le principal obstacle à la progression des rôles avancés infirmiers. Les principales raisons des résistances des médecins aux rôles avancés infirmiers incluent un chevauchement potentiel dans le champ de pratique et une perte d'activité, le degré d'autonomie et d'indépendance des infirmières en pratique avancée, et des préoccupations relatives à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle et concernant les compétences des infirmières en pratique avancée. Les gouvernements, les associations infirmières et autres parties prenantes soutenant le développement des rôles avancés infirmiers doivent trouver des moyens pour faire face à ces inquiétudes ou les atténuer. Par exemple, au Canada, la Société de Protection des Infirmières et Infirmiers du Canada a travaillé conjointement avec l'Association Canadienne de Protection Médicale pour rédiger une déclaration de politique commune proposant un ensemble de principes et de critères définissant les champs de pratiques des différents fournisseurs et clarifiant les questions de responsabilité. Des changements dans l'organisation et le financement des services de santé doivent aussi encourager la collaboration, le travail d'équipe et les situations « gagnante-gagnante ».

- Organisation des soins et mécanismes de financements : Il existe beaucoup de variations dans les différents pays concernant l'organisation et le financement des services de santé, particulièrement dans les soins primaires. Divers modes d'organisation et de financements fournissent différentes incitations pour l'expansion de rôles avancés infirmiers. En général, les pratiques infirmières avancées de soins primaires sont plus développées dans les pays où ces soins sont principalement fournis par les cabinets de groupes à la différence des pays où ils continuent d'être assurés surtout par un exercice médical isolé. Dans les pays comme la France, des opportunités pour mettre en œuvre davantage de rôles avancés infirmiers se présenteront vraisemblablement dans les prochaines années suite aux réorganisations des soins primaires vers une plus grande part de l'activité en cabinets de groupes. Pour réussir, l'évolution vers les cabinets de groupes devra être accompagnée par l'adaptation des méthodes de rémunération des différents fournisseurs, avec un changement des paiements à l'acte *sur une base individuelle* pour différents modes de paiement *sur une base collective*, afin de fournir des incitations appropriées au travail d'équipe et au recours aux infirmières en pratique avancée.
- Législation et réglementation : Dans la plupart des pays, le développement de rôles avancés infirmiers a nécessité des changements législatifs et réglementaires, afin de supprimer les obstacles à la mise en œuvre de ces nouveaux rôles. De tels obstacles peuvent se rapporter, par exemple, aux droits des infirmières à prescrire des médicaments ou à l'accomplissement d'autres rôles dans les soins primaires ou les hôpitaux. Par exemple, le Royaume-Uni a mis en application un ensemble de changements législatifs dans les quinze dernières années pour étendre progressivement les droits des infirmières à prescrire un nombre croissant de médicaments, tout en s'assurant que la sécurité du patient soit préservée grâce à une formation adéquate. Dans les pays où les responsabilités pour la prestation des soins de santé et la régulation des professionnels de santé sont plus décentralisées, les changements législatifs induisant un champ plus large de pratiques aux infirmières peuvent varier au sein d'un pays. En Australie, des efforts sont en cours pour harmoniser toutes les législations des états définissant le champ de pratique des diverses professions de santé, incluant celles des pratiques infirmières avancées.
- Formations initiale et continue : Il existe aussi un besoin d'assurer suffisamment de places disponibles dans les formations initiale et continue afin de fournir les compétences nécessaires pour pourvoir les postes des nouveaux rôles avancés infirmiers. Les programmes de formation initiale et continue devraient être basés sur une appréciation rigoureuse des compétences génériques et spécifiques requises pour les différentes catégories d'infirmières en pratique avancée, afin d'aligner autant que possible le contenu et la durée des programmes de formation initiale et continue à ces besoins de compétences. Il existe peut-être aussi un besoin dans certains pays de renforcer les unités d'enseignement interprofessionnelles dans le cadre des programmes de formation des médecins et des infirmières, pour mieux les préparer à une collaboration étroite et à un travail d'équipe.

144. Cette étude a examiné un assez grand nombre d'évaluation sur les pratiques infirmières avancées, focalisées sur les rôles des soins primaires. Bien qu'il soit difficile (sinon risqué) de tenter de tirer quelque conclusion générale des nombreuses évaluations qui ont été effectuées dans les différents pays, l'un des principaux résultats généraux est que l'emploi d'infirmières en pratique avancée peut servir à renforcer la capacité du secteur de soins primaires à fournir des services à la population. La gamme des services fournis par les infirmières en pratique avancée est en général de qualité égale aux services assurés par les médecins. Cependant, alors que l'accès peut être amélioré et la qualité maintenue, il ne faut pas s'attendre à ce que l'emploi des infirmières en pratique avancée entraînera une économie de coût substantielle. En fait, si la principale motivation à l'introduction des infirmières en pratique avancée est d'augmenter la qualité ou l'intensité des services (par exemple, dans le cadre de programmes de gestion de maladies chroniques), l'impact à court terme conduira vraisemblablement à une augmentation des coûts. Cependant,



la plupart des évaluations disponibles n'ont pas visé à tenir compte des économies potentielles à long terme de telles activités de pratiques infirmières avancées, y compris les économies liées à l'empêchement des complications et des hospitalisations superflues grâce à une meilleure gestion des patients atteints de maladies chroniques hors de l'hôpital.

145. Certaines évaluations notent qu'il peut y avoir des effets indésirables du recours aux infirmières en pratique avancée dans les soins primaires, en particulier sur le plan de la coordination des soins. Avec le partage croissant des soins primaires entre de multiples fournisseurs de soins de santé, la continuité des soins *personnelle* (entre un certain patient et un médecin généraliste ou une infirmière praticienne donnée) peut se réduire et il peut devenir plus coûteux en temps et en argent d'assurer une bonne coordination des soins. Certaines évaluations indiquent que les cabinets de groupes de taille moyenne sont peut-être mieux en mesure d'assurer la continuité et la coordination des soins requises que ceux de plus grande taille.

146. Il est nécessaire d'évaluer la mise en œuvre des nouveaux rôles avancés infirmiers, en se concentrant principalement sur l'impact concernant les soins aux patients et sur les coûts. Ceci est particulièrement important pour les pays qui viennent d'entamer ce processus, de manière à identifier rapidement les problèmes pouvant être liés à la mise en œuvre. Beaucoup de pays ont commencé judicieusement par la mise à l'épreuve de nouveaux "modèles" de prestation de service de santé impliquant des infirmières en pratique avancée au moyen de projets pilotes. Il est important d'évaluer correctement les résultats de ces projets. Dans de nombreux cas, de tels projets pilotes ont produit des résultats positifs du point de vue des soins aux patients et des coûts, mais ils n'ont pas été poursuivis et étendus plus largement. Ce sont des occasions perdues de réaliser de gains d'efficacité dans la prestation des services.

147. Les évaluations devront de plus en plus adopter une approche plus large pour évaluer les nouveaux processus concernant les prestations des services de santé. L'évolution croissante vers le travail en équipe et la médecine de groupe dans les soins primaires (comprenant les programmes de gestion de maladies chroniques) accroît le besoin de ne pas uniquement étudier l'impact d'un membre spécifique de l'équipe. Le champ des études d'évaluation a besoin d'être étendu, d'une "simple" comparaison de la manière dont les infirmières en pratique avancée réalisent une gamme d'activité comparée aux médecins, à une appréciation plus large de l'organisation globale des services, en essayant d'identifier les facteurs qui sont associés à de meilleurs résultats du point de vue des soins aux patients, à un coût minimal. Ces évaluations nécessiteront des méthodes statistiques élaborées, mais certaines évaluations présentées dans cette étude ont déjà progressé dans cette direction.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aiken L.H. et R. Cheung (2008), “Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy”, OECD Health Working Papers, n° 35, OECD, Paris.
- Aiken L.H. *et al.* (2006), “Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare Intervention: Program of case management and Coordinated care for the Seriously Chronically ill, *Journal of Palliative Medicine*, Volume 9, n°1.
- American Academy of Nurse Practitioners (2009), *Nurse practitioner facts*, available at [www.aanp.org](http://www.aanp.org).
- American College of Physicians (2009), *Nurse practitioners in primary care*, American College of Physicians Policy Monograph available on website of American College of Physicians [http://www.acponline.org/advocacy/where\\_we\\_stand/policy/np\\_pc.pdf](http://www.acponline.org/advocacy/where_we_stand/policy/np_pc.pdf)
- American Medical Association (2009), “Collaborative practice agreements between physicians and advanced practice nurses and the physician to advance practice nurse supervisory ratio”, Report 28 of the board of trustees, available at <http://www.mnnapnap.org/amareport/boardoftrustees.pdf>
- Australian Nursing and Midwifery Council (2006), *National Competency Standards for the Nurse Practitioner*, available at: [http://www.anmc.org.au/userfiles/file/competency\\_standards/CompetencyStandardsfotheNursePractitioner.pdf](http://www.anmc.org.au/userfiles/file/competency_standards/CompetencyStandardsfotheNursePractitioner.pdf)
- APRN Consensus Work Group and the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee (2008), *Consensus Model for APRN Regulations: Licensure, Accreditation, Certification and Education*, APRN Joint Dialogue Group Report, July 7.
- Berland Y. (2003), *Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences*, rapport d'étape.
- Bourgeault IL, E. Kuhlmann, E. Neiterman, S. Wrede (2008), *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?*, Health systems and policy analysis, WHO, Copenhagen.
- Bourgueil Y., A. Marek, J. Mousquès (2009), “Three models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New Zealand”, *Questions d'économie de la santé*, n° 141, April.
- Bourgueil Y. A. Marek, J. Mousquès (2007), “Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec : what are the lessons for France ?”, *Questions d'économie de la santé*, n°127, November 2007.
- Bourgueil Y., A. Marek, J. Mousquès (2006), “Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – l'apport d'expériences européennes et canadiennes”, rapport n°1624, *rapport d'études*, mars, IRDES, Paris.

- Bourgueil Y., A. Marek, J. Mousquès (2005), “La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec”, *Bulletin d'information en économie de la santé*, n°95, Juin, IRDES, Paris.
- British Columbia Ministry of Health (2002), *Assess and intervene: Report to the Minister of Health on the Recruitment and Retention of RNs and RPNs in BC*, Victoria.
- Buchan J., S. Baldwin, M. Munro (2008), “Migration of health workers: the UK perspective to 2006”, OECD Health Working Papers, n° 38, OECD, Paris.
- Buchan J. et L. Calman (2004), “Skill-Mix and Policy change in the health workforce: nurses in advanced roles”, OECD Health Working Papers, n°17, OECD, Paris.
- Canadian Medical Protective Association and Canadian Nurse Protective Society (2005), *Canadian Medical Protective Association /Canadian Nurse Protective Society Joint Statement on Liability Protection for Nurse Practitioners and Physicians in Collaborative Practice*, Ottawa, on: Canadian Nurse Protective Society, available at [http://www.cnps.ca/joint\\_statement/joint\\_statement\\_e.html](http://www.cnps.ca/joint_statement/joint_statement_e.html)
- Canadian Nurses Association (2009), *Position statement: Clinical nurse specialist*, available at [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS104\\_Clinical\\_Nurse\\_Specialist\\_e.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS104_Clinical_Nurse_Specialist_e.pdf)
- Canadian Nurses Association (2008), *Advanced Nursing Practice*, a national framework, February available at [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca)
- Canadian Nurses Association (2006), *Practice framework for nurse practitioners in Canada*, Ottawa.
- Canadian Nurses Association (2005), *The regulation and supply of nurse practitioners in Canada*,
- Centre for Rural and Northern Health Research (2006), *Primary Health Care Nurse Practitioners: Who Are They? What Do They Do?*, Sudbury: Centre for Northern and Rural Health Research, Laurentian University, available at <http://www.cranhr.ca/focus.html>
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (2009), *Comment favoriser la coopération multidisciplinaire et interprofessionnelle pour améliorer la qualité et le suivi des soins ?*, 15 décembre 2009.
- Courtenay M. et al. (2007), “Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the United Kingdom: A national questionnaire survey”, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 44, Issue 7, Pages 1093-1101.
- De Geest S., P. Moons, B. Callens, C. Gut, L. Lindpaintner, R. Spirig (2008), “Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis”, *Swiss Medical Weekly*, 138 (43-44): 621-628.
- Department of Health (2006), *The competence and curriculum framework for the physician assistant*, National Practitioner Programme, NHS, September.
- DiCenso, A., D. Bryant-Lukosius et al. (2009), *Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A Decision Support Synthesis*, Ottawa: CHSRF.
- Dracup K., W. Bryan-Brown (2005), “Doctor of nursing practice- MRI or total body scan?”, *American Journal of Critical care*, 14, 278-281.

- DREES (2009), “La démographie médicale à l’horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales”, *Etudes et Résultats*, n°679, février.
- Drennan J. *et al.* (2009), *National Independent Evaluation of the Nurse and Midwife Prescribing Initiative*, University College of Dublin, June.
- Ducharme J., R.J. Alder, C. Pelletier, D. Murray, J. Tepper (2009), “The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in six Ontario emergency departments”, *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, September, 11 (5): 455-61.
- Edwards J.B., S. Oppewal et C.L. Logan (2003), “Nurse-managed primary care: outcomes of a faculty practice network”, *Journal Am Acad Nurse Pract*, 15 (12): 563-9.
- EROS Project team (1999), “Training nurse practitioners for general practice”, The EROS Project Team, *Br J. Gen Pract*, 49 (444): 531-5.
- Evans R.G., D. Schneider, M. Barer (2010), *Health Human Resources Productivity: what it is, how it’s measured, why (how you measure) it matters, and who’s thinking about it*, Canadian Health Services Research Foundation, February.
- Fagerstrom L. (2009), “Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland”, *International Nursing review*, Vol. 56, Issue 2, 13 May 2009, p. 269-272.
- Farmer J. *et al.* (2009), *Evaluation of physician assistants to NHS Scotland*, final report, UHI Millennium Institute, January.
- Forster *et al.* (2005), “Effect of a nurse team coordinator on outcomes for hospitalized medicine patients”, *American Journal of Medicine*, 118 (10), 1148-1153.
- Gardner A., Gardner G.E., S. Middleton, P.R. Della (2009), “The status of Australian nurse practitioners: the first national census”, *Australian Health Review*, November, Vol. 33, n°4.
- Gardner G., A. Chang, C. Duffield (2007), “Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing”, *Journal of Advanced Nursing*, 57 (4), 382-391.
- Goodman C. et V. Drennan (2005), “Le rôle des infirmiers en soins primaires au Royaume-Uni”, journée d’étude du 16 juin 2005, Rôles des infirmières et coopérations avec les médecins dans les soins primaires à l’étranger – Quels enseignements pour la France?”, IRDES, DREES.
- Griffiths C. *et al.* (2004), “Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma (ELECTRA)”, *British Medical Journal*, 10.1136.37 950, January.
- Harris Decima (2009), *Canadians Very Comfortable with Expanded Role for Nurse Practitioners*, Press Release: August 13, Ottawa, ON. p. 1-4.
- Haute Autorité de Santé (2008), *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*, Recommandations HAS en collaboration avec l’ONDPS”, avril.
- Hooker S., K. Hogan, E. Leeker (2007), “The globalization of physician assistant profession”, *The Journal of Physician Assistant Education*, 2007, vol. 18, n°3.

- Horrocks S., E. Anderson, C. Salisbury (2002), “Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors, *British Medical Journal*, 324 (7341), 819-823.
- Hukkanen E. et M. Vallimies-Patomaki (2005), “Cooperation and division of tasks in ensuring access to care, a survey of the pilot projects on labour division carried out within the National Health Care Project”, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 2005:21, Helsinki, available at [http://pre20090115.stm.fi/pr1129788573664/passthru.pdf\[in Finnish\]](http://pre20090115.stm.fi/pr1129788573664/passthru.pdf[in Finnish])
- Hussey P.S. *et al.* (2009), “Controlling US health Care spending – separating promising from unpromising approaches”, *The New England Journal of Medicine*, 11 November.
- Information Center (2007), *2006/07 UK General Practice Workload survey*, BMA, Department of Health, NHS Employers.
- ICN (2008), *Definition and characteristics of the role*, available at [www.icn.ch/networks.htm](http://www.icn.ch/networks.htm)
- Jaatinen P.T, Vanhatalo R., Tasanko A. (2002), “How does a nurse act if there is no physician in a health station?” *Finnish Medical Journal* 25-26: 2795-2799. (In Finnish) available at <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=25,yr=2002>
- Japanese Nursing Association (2010), *Development of human resources with advanced specialization*, available at <http://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/development.html>
- Kinnersley P, *et al.* (2000), “Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting 'same day' consultations in primary care”, *British Medical Journal* 320(7241), 1043-1048.
- Lenz, E. R. *et al.* (2004), “Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: Two-year follow-up”. *Medical Care Research and Review*, 61(3), 332-351.
- Lenz, E.R. *et al.* (2002), “Diabetes care processes and outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians”, *Diabetes Educ*, 28 (4): 590-8.
- Litaker, D. *et al.* (2003), “Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: The impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care”, *Journal of Interprofessional Care*, 17(3), 223-237.
- MacKee M., C-A Dubois, B. Sibbald (2006), “Changing professional boundaries”, in Dubois C.A., McKee M., Nolte E. (eds) (2006), *Human resources for health in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.
- Martin-Misener R. *et al.* (2009), “Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: the Long and Brier Islands Study”, *Primary Health Care Research and Development*, 10 (1): 14.
- McMillan M. (2007), “Nurse prescribing: adding value to the consumer experience”, *Aust Presc*, 30: 2-3.
- Mousquès J, Y. Bourgueil, P. Le Fur, E. Yilmaz (2010), “Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care”, Working Paper, January, IRDES, Paris.

- Mundinger, M. O. (2002), “Twenty-first-century primary care: new partnerships between nurses and doctors”, *Academic Medicine*, August, vol. 77, Issue 8.
- Mundinger, M. O. *et al.* (2000), “Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial”, *Journal of the American Medical Association*, 283(1), 59-68.
- National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2010), *Profiles of Advanced Nurse/Midwife Practitioners and Clinical Nurse / Midwife Specialists in Ireland*, February.
- National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2009), *ANP/AMP latest statistics*, available at website: [www.ncnm.ie](http://www.ncnm.ie)
- National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2008a), *Framework for the establishment of Advanced Nurse Practitioner and Advanced Midwife Practitioner Posts*, 4<sup>th</sup> edition, January 2008.
- National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2008b), *Framework for the establishment of Clinical Nurse / Midwife Specialist Posts*, 4<sup>th</sup> edition, November 2008.
- National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2005), *A preliminary evaluation of the role of the advanced nurse practitioner*, September.
- NHS Information Centre (2010), *NHS staff census 2009*, March.
- Nurse practitioners’ association of Ontario (2010), “History of NP role development in Ontario”, available at <http://www.npao.org/history.aspx>
- Nurse Practitioner Roundtable (2008), *Nurse Practitioner DNP Education, Certification and titling: a unified statement*, Washington, DC, June.
- Nutall S.E., C.C. Dobson and R. Mills (2008), “Evaluation of the antibiotic prescribing of nurse practitioners trained to prescribe in primary care”, in *Primary health care Research and Development* edited by S. Kendall, Cambridge University Press.
- OECD (2010), *Achieving Efficiency Improvements in the Health Sector through the Implementation of Information and Communication Technologies*, OECD, Paris.
- OECD (2009a), *OECD Health Data 2009 - Statistics and Indicators for 30 countries*, online and on CDROM, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2009b), *OECD Economic Studies – The United Kingdom*, OECD, Paris.
- OECD (2008), *The looming crisis in the health workforce: How can OECD countries respond?*, OECD, Paris,
- OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems - Finland*, OECD, Paris.
- ONDPS (2006), *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, présenté par le Professeur Y. Berland et le Dr Y. Bourgueil, juin.
- Paris V., M. Devaux, L. Wei (2010), “Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries”, *Health Working Papers*, n° 50, OECD, Paris.

- Pearson L.J. (2009), “The Pearson Report”, *American Journal for Nurse Practitioners*, Vol. 13, n°2, February.
- Peltonen E. (2009), “The Doctor-Nurse Pair Model and the Admissions Team Model in Primary Health Care: a Comparative Study”, E. Social Sciences 168, Doctoral thesis, University of Kuopio (In Finnish, English abstract), available at <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1227-4.pdf>
- Polton D., M-L Delamaire, F. Midy (2004), “Infirmières”, in *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, Rapport de l'ONDPS, Tome 3, La Documentation Française.
- Prime Minister's report Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England (2010), *Front line care : the future of nursing and midwifery in England*, report of the Prime Minister's Commission.
- Pulcini J., M. Jelic, R. Gul, A. Yuen Loke (2010), “An International Survey on Advanced Practice Nursing, Education, Practice and Regulation”, *Journal of Nursing Scholarship*, 42:1, 31-39.
- Rokosova M. et P. Hava (2005), *Health care Systems in transition, Czech Republic*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- Royal College of Nursing (United Kingdom) (2008), *Advanced nurse practitioners – an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation*, RCN Competencies, London.
- Royal College of Nursing (United Kingdom) (2005), *Maxi nurses. Advanced and specialist nursing roles*, RCN, London.
- Ruel J. et Motyka C. (2009), “Advanced practice nursing: a principle-based concept analysis”, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Vol. 21, Issue 7, p 384-392.
- Russell G.M. et al. (2009), “Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors”, *Annals of Family Medicine*, vol. 7, n° 4, July/August.
- Schoen C. et al. (2009), “A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: Perspectives on care, costs, and experiences”, *Health Affairs*, 28, n°6, 7 p.
- Sibbald B. (2009), “Skill Mix in Primary Care - the UK experience”, colloque “Politiques et organisations des soins primaires: concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France? ”, 21 octobre 2009, DREES, IRDES, PROSPERE, Paris.
- Sibbald B. (2008), “Head to head - Should primary care be nurse led? Yes”, *British Medical Journal*, 4<sup>th</sup> September, 337: a1157.
- Sibbald B., M.G. Laurant, D. Reeves (2006), “Advanced nurse roles in UK primary care”, *The Medical Journal of Australia*, 185 (1): 10-12.
- Smith, B. et al. (2001), “Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD000994.
- Thille P., M.S. Rowan. (2008), *The role of nurse practitioners in the delivery of primary health care: a literature review*, report prepared for Health Canada, October.

Thrasher, C. et R.J. Purc-Stephenson (2008). "Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Care in Emergency Departments in Canada." *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20(5): 231-37.

US Department of Health and Human Services (2010), *The Registered Nurse Population: initial findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses*, HRSA.

US Department of Health and Human Services (2004), *The Registered Nurse Population: findings from the 2004 National Sample Survey of Registered Nurses*, HRSA.

US Department of Labor (2010), *Occupational Outlook Handbook, 2010-11 Edition*, Bureau of Labor Statistics, available at <http://www.bls.gov/oco/ocos081.htm>

Venning, P. *et al.* (2000), "Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care", *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 320(7241), 1048-1053.

Watterson A. *et al.* (2009), *An evaluation of the expansion of Nurse Prescribing in Scotland*, Scottish Government Social Research.



## ANNEXE A : EXPERIENCES NATIONALES EN ROLES AVANCES INFIRMIERS

### AUSTRALIE

L'Australie a franchi un certains nombres d'étapes dans les dix dernières années pour soutenir la progression des rôles avancés infirmiers. La catégorie des infirmières praticiennes est apparue en 2000, initialement dans les services d'urgence à l'hôpital. Le gouvernement doit actuellement relever le défi d'étendre le recours aux infirmières praticiennes dans les soins primaires où les besoins sont croissants en raison de l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population.

#### 1. Description des rôles avancés infirmiers

Il existe au moins deux catégories d'infirmières en pratique avancée en Australie: 1) les « Advanced Practice Nurses » (infirmières cliniciennes, consultantantes); et 2) les infirmières praticiennes.

**Tableau 1. Infirmières en rôle avancé, nombres, principales tâches et niveau de formation, Australie**

Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières habilitées	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
1- Infirmières en pratique avancée "Advanced Practice Nurses" (infirmières cliniciennes, consultantantes)	n.d.	n.d.	- tâches cliniques / techniques : <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée)</li> <li>• prescription des médicaments avec supervision des médecins (bien qu'il y ait des variations dans les droits de prescription selon les états)</li> <li>• tri / orientation des patients par ordre de priorité</li> </ul> - enseignement et recherche - tâches liées aux qualités de commandement (leadership) telles que la diffusion de l'expertise - tâches liées à l'amélioration de la qualité	Diplôme Bac+4 (« Graduate diploma » ou Master)
2- Infirmières praticiennes	400 (en 2010)	0.2 % (en 2010)	- tâches cliniques / techniques identiques à celles des infirmières en pratique avancée -tâches cliniques / tâches additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• prescription et interprétation de tests de diagnostique (incluant la prescription de rayons X et celle d'ultrasons)</li> <li>• management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus)</li> <li>• prescription de médicaments sans supervision médicale</li> <li>• vaccination sans prescription de médecin</li> <li>• transfert des patients aux spécialistes</li> </ul>	Master

Source : Sources: Questionnaire (2009) de l'OCDE, Gardner et al. (2007) et ANMC (2006).

Les « Advanced Practice Nurses » travaillent à l'amélioration des soins et effectuent des tâches liées aux qualités de commandement (leadership). Elles ont développé des compétences en soins infirmiers afin de pouvoir optimiser l'organisation des soins. A l'opposé des infirmières praticiennes, leurs titres ne sont pas protégés.

Les infirmières praticiennes sont davantage impliquées dans les soins cliniques directs que les « Advanced Practice Nurses », notamment pour la gestion des maladies chroniques telles que l'asthme, les pathologies cardiaques, les attaques cérébrales (suivi), le diabète, le cancer, le VIH, les hépatites et les maladies des reins. La première étude nationale sur les infirmières praticiennes, réalisée en 2007, a montré que les infirmières praticiennes aux urgences à l'hôpital étaient les plus employées au niveau national (26.9% de toutes les infirmières praticiennes) (Gardner *et al.*, 2009). Le rôle de l'infirmière praticienne est également primordial pour la fourniture des soins primaires en zones rurales et éloignées.

Les infirmières en régions rurales et isolées exercent souvent à un niveau avancé. Leurs rôles incluent: 1) les appréciations expertes, le diagnostic, le traitement, le contrôle et le suivi, 2) la prescription et l'interprétation des radiologies, l'appréciation des pathologies, 3) les choix et la gestion du traitement par les médicaments, 4) des tâches liées à des compétences étendues de conseils, l'identification de dépressions et l'orientation des patients dépressifs vers des spécialistes ainsi que le développement de réseaux étroits avec des psychologues locaux, 5) la gestion des urgences, le traitement des soins aigus et l'organisation des transferts hors zones locales, 6) la prévention en matière de santé et l'éducation thérapeutique, 7) les soins des enfants/de sages-femmes.

#### *Droits de prescrire des médicaments*

Les infirmières praticiennes peuvent prescrire des médicaments sans supervision des médecins, bien qu'il y ait certaines variations selon les états. Ces droits ont été mis en application depuis 1991. Tandis que les infirmières praticiennes peuvent prescrire une vaste gamme de médicaments sans supervision de médecins (incluant les antibiotiques, les antiviraux, les antidépresseurs), certains médicaments peuvent seulement être prescrits sous la supervision des médecins (tels que les anticoagulants ou les anticholestérols). La législation dans une juridiction a été amendée en 2006 pour permettre aux infirmières de prescrire des médicaments pouvant entraîner une dépendance. Les infirmières praticiennes peuvent même prescrire de puissants produits opiacés et des produits narcotiques comme la morphine, ce qui n'est pas le cas dans des pays tels que le Canada.

Les infirmières praticiennes doivent suivre une formation complémentaire de 60-80 heures pour pouvoir prescrire des médicaments.

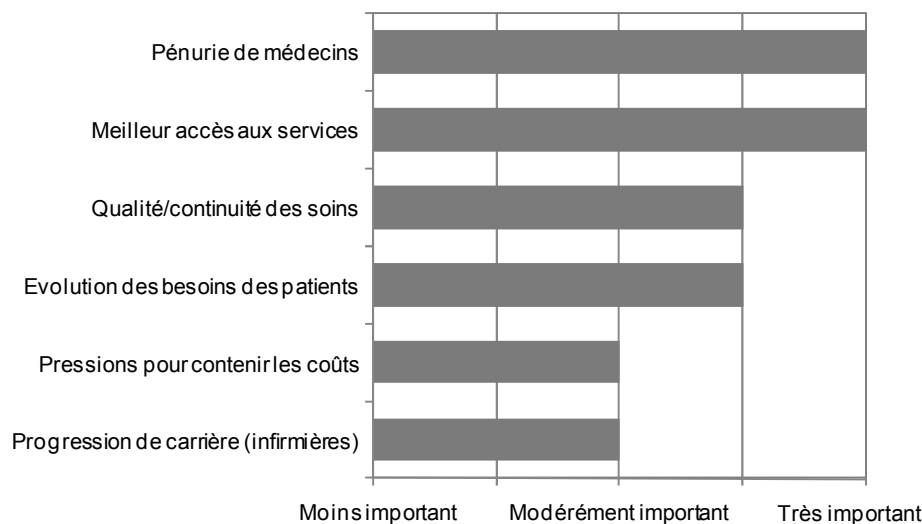
Jusqu'à présent, les infirmières praticiennes sont autorisées par une loi dans chaque état à prescrire des médicaments mais la législation du Commonwealth ne reconnaît pas l'infirmière praticienne en tant que prescripteur (Gardner, 2009). Cela constitue une sérieuse limite à leur pratique. Cependant, la réglementation devrait changer en novembre 2010 pour promouvoir la prescription infirmière en permettant le remboursement aux patients.

## **2. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers**

Comme dans d'autres pays du monde, l'Australie doit faire face à une pénurie à long terme des professionnels de santé. Cela est particulièrement vrai dans les zones rurales et éloignées du pays. Une réforme de santé récente cherche à pallier les pénuries d'effectifs grâce à différentes stratégies, en particulier par la progression du rôle des infirmières et en augmentant leur nombre au niveau des pratiques avancées.

L'évolution des besoins de santé des Australiens (du fait de l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population) accroît les besoins dans les soins primaires. Un autre aspect clef de la réforme consiste donc à augmenter l'accès aux soins primaires. Les infirmières, en particulier celles qui travaillent à des niveaux avancés, sont considérées comme essentielles pour réaliser cet objectif.

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en Australie**



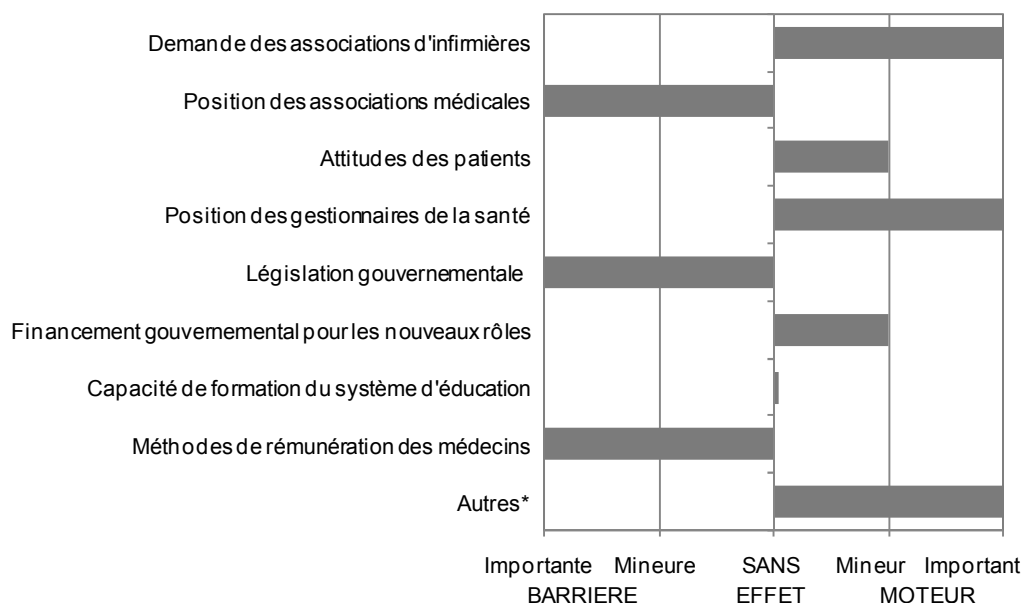
Source : Réponse du Département de la Santé et des Personnes Agées au questionnaire (2009) de l'OCDE.

### 3. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Trois principaux facteurs ont encouragé le développement des rôles avancés infirmiers en Australie : 1) les revendications des associations d'infirmières (les organisations infirmières ont commencé à faire du lobbying pour les rôles avancés en 1988); 2) la position des gestionnaires dans le secteur de la santé (ils ont soutenu la mise en œuvre du rôle des infirmières praticiennes et d'autres rôles avancés infirmiers dans le secteur hospitalier) ; 3) l'isolement de grandes zones en Australie (le fait que la population est dispersée dans beaucoup de régions en Australie limite souvent l'accès de ces populations aux soins de santé). Les infirmières sont intervenues pour combler ces déficits et ont fourni des services sans toujours bénéficier de la législation adéquate.

Trois principaux obstacles ont aussi été identifiés : 1) l'opposition des associations de médecins bien que leur position évolue lentement ; 2) la législation et les mécanismes de financement associés (les droits de prescription sont difficiles à appliquer en raison de l'absence de mécanismes de financement, et une harmonisation est nécessaire entre la législation au niveau fédéral et celles des états); 3) les méthodes de rémunération des médecins (les soins primaires sont en grande partie financés par les paiements à l'acte) ; cette méthode de rémunération n'a pas encore été étendue aux infirmières praticiennes, bien que le système de financement doive changer à la fin de l'année 2010 pour permettre aux infirmières praticiennes d'exercer de manière indépendante et d'être payées à l'acte.

**Graphique 2: Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en Australie**



\* Les autres facteurs incluent l'isolement de grandes zones en Australie.

Source : Réponse du Département de la Santé et des Personnes âgées au questionnaire (2009) de l'OCDE.

#### 4. Evaluations dans les soins primaires

Très peu d'évaluations ont été effectuées jusqu'à présent sur les rôles avancés infirmiers en Australie. Smith *et al.* (2001) ont évalué les services de soins à domicile fournis par des infirmières avancées pour les maladies pulmonaires chroniques. Leur principale conclusion était que les résultats des patients dépendaient de la gravité des cas : les résultats étaient plutôt positifs avec une infirmière en charge de la gestion lorsque la pathologie était faible mais non lorsqu'elle était grave.

#### 5. Orientations futures

Au 1er novembre 2010, les activités des infirmières praticiennes, travaillant en-dehors du secteur hospitalier public, seront encouragées par le remboursement de leurs services et les prescriptions de médicaments via le « Medical Benefits Schedule » et le « Pharmaceutical Benefits Scheme ». Ceci constitue une étape importante pour permettre aux infirmières praticiennes de travailler dans les soins primaires.

## BELGIQUE

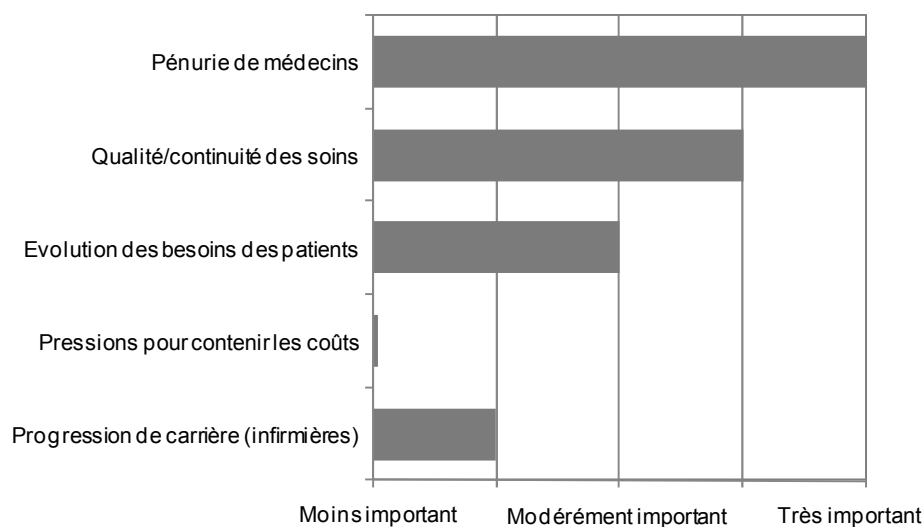
En Belgique, la reconnaissance des infirmières en pratique avancée n'a pas encore eu lieu officiellement, bien que celles-ci puissent effectuer certaines tâches avancées dans les hôpitaux ou les soins primaires.

Les infirmières en Belgique peuvent réaliser des tâches avancées pour les diagnostics infirmiers et les consultations (évaluations physiologique et psychologique avancées) et peuvent orienter les patients vers les spécialistes (la Belgique n'a pas de système obligatoire de « filtrage » des médecins généralistes pour l'orientation des patients vers les spécialistes). Elles peuvent aussi être impliquées dans la gestion des maladies chroniques comme l'asthme, les pathologies cardiaques, les attaques cérébrales (suivi), le diabète ou le cancer. Mais ces nouveaux rôles infirmiers dans le domaine des maladies chroniques n'ont pas encore abouti à la reconnaissance officielle d'une pratique à un niveau plus élevé. Aucune catégorie d'infirmières n'est reconnue officiellement comme ayant des pratiques avancées, à l'exception peut-être de celles "en soins urgents et intensifs" qui ont l'autorisation d'effectuer des tâches avancées sans prescription de médecins, telles que le tri et l'orientation des patients par ordre de priorité ou des réanimations (par exemple, les intubations).

Le niveau de formation des infirmières en Belgique a progressé pour certaines infirmières avec la création de diplôme universitaire de premier cycle voire même de Master. Certains programmes de sciences infirmières au niveau master ont été introduits et aident au développement des pratiques infirmières avancées (De Geest *et al*, 2008). Cependant, cela ne s'est pas encore traduit par la mise en place de rôles infirmiers avancés avec un statut officiel, et il n'est pas encore possible de savoir clairement quels postes les diplômé(e)s de ces Masters occuperont après leurs études. En 2008, environ 30% des infirmières travaillant à l'hôpital en Belgique détenaient une licence ou une maîtrise ou encore une spécialisation grâce à une formation complémentaire (une spécialisation en sciences infirmières dure environ une année).

### **1. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers**

La pénurie de médecins dans certaines spécialisations et zones géographiques (par exemple, médecins gériatres) est un facteur clef de motivation pour l'expansion de rôles avancés infirmiers en Belgique. Promouvoir la qualité et la continuité des soins est aussi une raison importante de la progression de tels nouveaux rôles. Cette progression est aussi liée à l'augmentation des maladies chroniques et au vieillissement de la population.

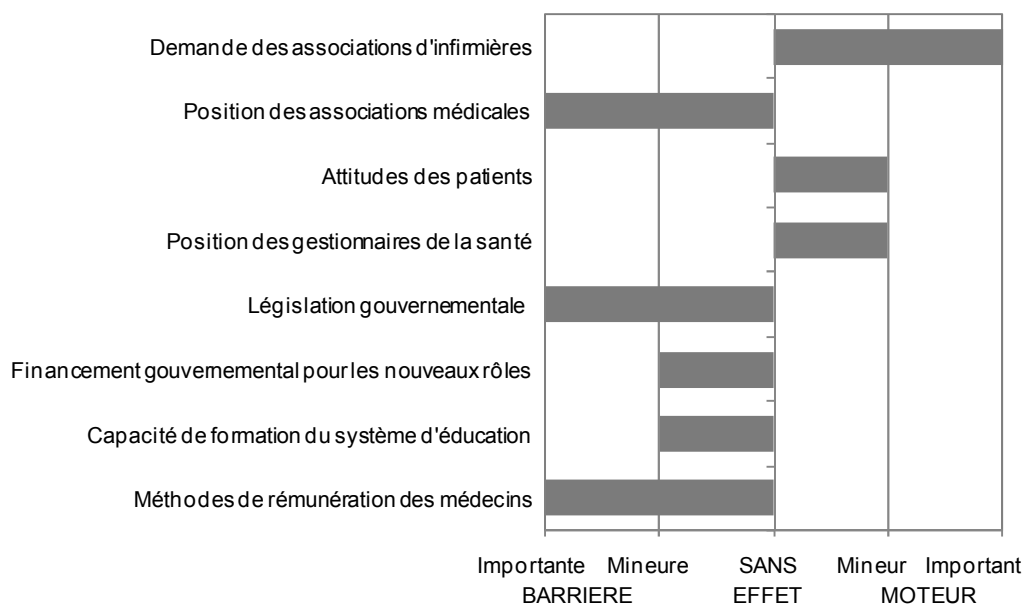
**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en Belgique**

Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE.

## 2. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

La demande des associations infirmières est un facteur important encourageant la mise en œuvre de nouveaux rôles infirmiers. Dans une moindre mesure, la position des gestionnaires dans le secteur de la santé peut aussi favoriser l'expansion de ces nouveaux rôles. D'un autre côté, la position des associations de médecins est l'obstacle le plus important, comme dans beaucoup d'autres pays. Les médecins dans les soins primaires travaillent principalement en exercice isolé et sont payés à l'acte, ce qui n'est pas favorable à la progression de nouveaux rôles avancés. En outre, l'implication de nombreuses parties prenantes dans le système de santé, des trois communautés et au niveau fédéral, ne facilite pas les modifications législatives et autres changements requis sur un plan national.

**Graphique 2: Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en Belgique**



Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE.

### 3. Orientations futures

Les orientations futures dans le domaine des pratiques infirmières avancées devraient inclure les étapes suivantes :

- Le développement des rôles infirmiers dans le suivi de patients diabétiques
- Le test de nouveaux rôles infirmiers dans la gestion de la douleur des patients.

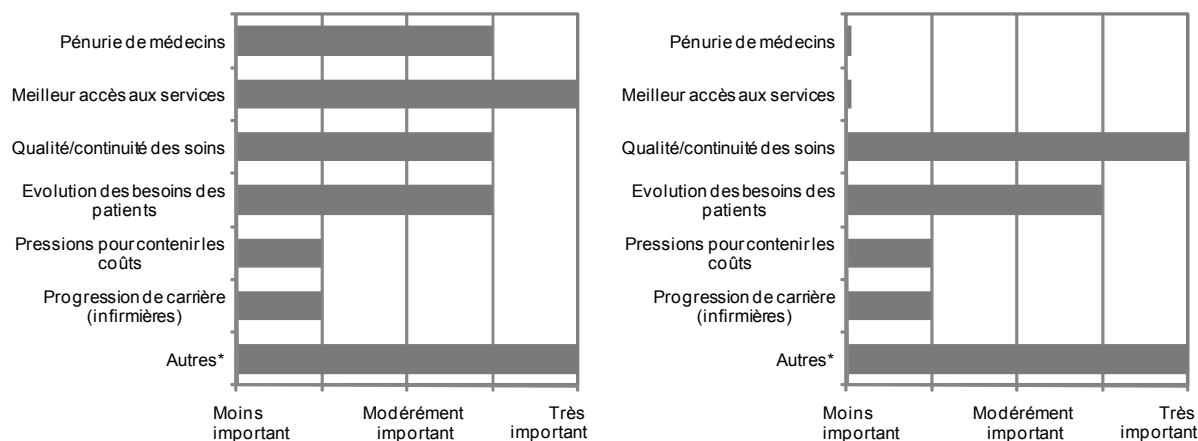
## CANADA

Le Canada a une longue expérience dans les rôles avancés infirmiers. Il existe deux grandes catégories d'infirmières en pratique avancée au Canada: 1) les infirmières praticiennes qui travaillent dans les soins primaires ou les hôpitaux; et 2) les infirmières cliniciennes spécialisées qui travaillent principalement à l'hôpital. Les infirmières praticiennes apparurent pour la première fois au Canada dans les années 1960 en réponse aux pénuries de médecins dans les zones rurales et éloignées. Bien que leur rôle soit devenu largement obsolète dans les années 1980 en raison de l'augmentation du nombre de médecins, il y a eu un renouveau d'intérêt pour les infirmières praticiennes dans les années 1990 dans le cadre des efforts menés pour améliorer l'accès aux soins primaires dans un contexte de nouvelles préoccupations au sujet de la pénurie de médecins. Les infirmières praticiennes de soins aigus ont aussi émergé dans les années 1990 pour combler les besoins des services traditionnellement effectués par des médecins spécialistes et les internes dont le nombre avait décliné. Des postes d'infirmières cliniciennes spécialisées ont été créés dans les hôpitaux à la fin des années 1960 pour améliorer la qualité des soins infirmiers. Cependant, les réductions de financement des hôpitaux dans les années 1980 et 1990 ont conduit à l'élimination de beaucoup de ces postes (DiCenso *et al.*, 2009).

### 1. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers

Les raisons motivant le déploiement des infirmières praticiennes et des infirmières cliniciennes spécialisées diffèrent. La promotion du rôle des infirmières praticiennes a pour but de répondre à la demande de la population pour un meilleur accès aux soins et une réduction du temps d'attente, ainsi qu'à l'augmentation de la demande liée au vieillissement de la population, aux maladies chroniques, et aux problèmes de santé mentale. Elle répond aussi à la perception d'une pénurie généralisée de ressources humaines en santé et au besoin de réviser la division des tâches entre les différentes catégories professionnelles. Quant à elle, la promotion du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées vise principalement à renforcer la qualité des soins en encourageant la formation et le coaching des infirmières, le développement de consultations pour répondre à des besoins de soins complexes, l'élaboration de programmes d'assurance qualité, et des initiatives pour promouvoir les meilleures pratiques.

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières au Canada**



\*Répondre à la pénurie générale de ressources humaines, revoir les rôles des professionnels de santé.

\* Fournir du soutien concret aux infirmières, répondre aux besoins de formation continue.

Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE.



## 2. Description des pratiques infirmières avancées

Les infirmières praticiennes sont des infirmières qui ont une formation complémentaire et de l'expérience et font preuve de compétences pour diagnostiquer de manière autonome, prescrire et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des médicaments et exécuter des procédures spécifiques dans le champ de leur pratique (Canadian Nurses Association, 2006). Les infirmières praticiennes des soins primaires (aussi connues en tant qu'« infirmières praticiennes de famille » ou « infirmières praticiennes pour tous les âges »), travaillent dans la « communauté » et leurs principales préoccupations sont la promotion de la santé, les soins préventifs, le diagnostic et le traitement de maladies et de blessures bénignes aiguës, ainsi que le contrôle et la gestion des maladies chroniques stables. Les infirmières praticiennes de soins aigus (aussi connues en tant qu'infirmières praticiennes pour adultes, pédiatriques ou en néonatalogie) fournissent des soins infirmiers avancés dans les hôpitaux pour les patients qui sont malades chroniquement ou en phase aiguë. Ces infirmières praticiennes travaillent dans des services hospitaliers tels que la néonatalogie, la néphrologie et la cardiologie.

Les infirmières cliniciennes spécialisées sont des infirmières avec une formation au niveau du master, qui ont une expertise dans une spécialisation clinique et jouent un rôle comprenant la pratique, la consultation, la formation, la recherche et des tâches liées aux qualités de commandement (leadership). Elles contribuent au développement des connaissances infirmières et des meilleures pratiques et répondent à des questions complexes de soins (Canadian Nurses Association, 2009). Les infirmières cliniciennes spécialisées se spécialisent dans un domaine spécifique qui peut se définir en termes de population, de structure de soins, de maladie ou de sous-spécialité médicale, de types de soins, ou encore de types de cas.

**Tableau 1. Infirmières en rôle avancé, nombres, principales tâches et niveau de formation, Canada**

Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
1- Infirmières praticiennes	1626* (2008)	0.6 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fournir l'ensemble des soins aux clients de tout âge incluant la promotion de la santé et la prévention des maladies, les soins curatifs, de réadaptation et les soins palliatifs</li> <li>- dans les structures de soins primaires, le soin curatif peut impliquer le diagnostic et le traitement de maladies et de blessures bénignes aiguës, et le contrôle / le management de maladies chroniques stables</li> <li>- dans les structures de soins aigus, le soin curatif peut impliquer le diagnostic et le traitement des patients qui ont des maladies aiguës ou chroniques.</li> <li>- prescrire et interpréter des tests de diagnostic (incluant les rayons X, les ultrasons et les tests de laboratoire)</li> <li>- prescrire des médicaments sans la supervision des médecins (bien qu'il y ait des variations dans les droits de prescription selon les provinces)</li> <li>- exécuter des procédures spécifiques dans le cadre du champ de pratique autorisé</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes (bien qu'il y ait des variations selon les provinces)</li> </ul>	<p>Master pour toutes celles en soins aigus</p> <p>Master pour celles en soins primaires dans toutes les provinces à l'exception de 3 (Ontario, Saskatchewan, Newfoundland /Labrador)</p> <p>(Note: La « Canadian Nurse Practitioner Initiative » a fixé comme objectif une formation au niveau Master dans toutes les provinces d'ici 2015</p>
2 catégories: a-soins primaires (Infirmières praticiennes de famille ou pour tous les âges) b-soins aigus (adultes, enfants et néonataux)				

2 – Infirmières cliniciennes spécialisées	2222* (2008)	0.9 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluer les patients, développer ou contribuer au plan de soins et intervenir dans des situations complexes dans le cadre de la spécialité clinique sélectionnée</li> <li>- conduire des consultations pour les patients, conseiller les infirmières et autres professionnels de santé pour améliorer les soins et traiter des questions complexes</li> <li>- aider le personnel infirmier effectuant des soins directs par l'enseignement clinique et la promotion des meilleures pratiques</li> <li>- examiner la recherche disponible et donner un avis d'expert pour déterminer les applications les plus efficaces</li> <li>- conduire le développement et l'application des recommandations cliniques</li> <li>- faciliter le changement</li> </ul>	Master
---	--------------	-------	--	--------

\*Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS), 2010

Source : questionnaire (2009) de l'OCDE

Le nombre d'infirmières praticiennes au Canada a plus que doublé entre 2003 et 2008, bien qu'il demeure faible comparé au nombre total d'infirmières. Cela peut expliquer pourquoi les Canadiens restent largement peu sensibilisés à leur rôle (Thille *et al.*, 2008). Le nombre exact d'infirmières cliniciennes spécialisées qui répondent aux critères de pratiques infirmières avancées n'est pas connu parce que les estimations actuelles se basent sur des déclarations individuelles et que beaucoup de ces personnes manquent de formation au niveau master ou d'expérience dans une spécialisation donnée. Les infirmières praticiennes travaillent principalement dans le secteur des soins primaires (40%) et les hôpitaux (30%), alors que les infirmières cliniciennes spécialisées exercent en majorité à l'hôpital (65%).

Seules les infirmières praticiennes sont autorisées à prescrire des médicaments sans la supervision des médecins. Les infirmières praticiennes ont d'abord acquis le droit de prescrire des médicaments de manière autonome en 1998 en Ontario et à présent elles bénéficient de cette autorisation dans toutes les provinces et territoires. Certaines provinces/territoires ont commencé avec des privilèges de prescription fondée sur une liste de médicaments mais la plupart ont évolué ou évoluent vers une prescription ouverte. Alors que les infirmières praticiennes peuvent prescrire la majorité des médicaments, elles ne sont pas autorisées à prescrire des produits narcotiques ou d'autres produits stupéfiants. La formation requise pour prescrire de manière autonome les médicaments est incluse dans leur programme de formation officiel.

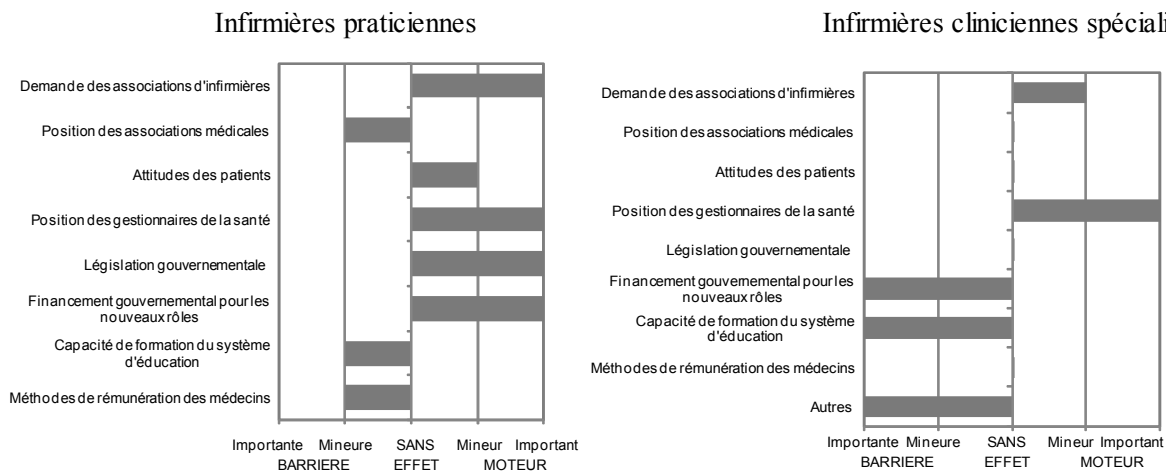
### 3. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Trois principaux facteurs ont facilité l'intégration des infirmières praticiennes dans les soins primaires: 1) la législation et la réglementation du gouvernement; 2) l'apport d'un financement gouvernemental pour les postes d'infirmières praticiennes; et 3) l'accent sur la collaboration interprofessionnelle facilitée par un mouvement qui s'éloigne du modèle de remboursement du médecin payé à l'acte. Le principal obstacle a été l'opposition des associations de médecins bien organisées qui ont perçu une perte de contrôle dans les soins cliniques étant donné le chevauchement du champ de pratique et l'autonomie des infirmières praticiennes. Dans le secteur hospitalier, les principaux facteurs qui ont facilité leur intégration sont le soutien des administrateurs ainsi que le soutien des collègues médecins qui apprécient leur aide pour répondre aux nombreuses demandes. Le principal obstacle a résidé dans les restrictions à l'hôpital de l'autonomie des infirmières praticiennes concernant la prescription autonome.

Quant aux infirmières cliniciennes spécialisées, les principaux facteurs facilitant leur intégration ont été le soutien des gestionnaires de santé et l'importance croissante de la promotion des meilleures pratiques. Il existe quatre principaux obstacles : 1) le manque de vision et de compréhension communes du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées; 2) le manque de programmes de formation officiels d'infirmières cliniciennes spécialisées ; 3) l'insuffisance de protection de titre ou de qualification; et 4) le

manque de financement (étant donné que les infirmières cliniciennes spécialisées sont payées avec les budgets hospitaliers, leurs postes sont vulnérables lorsque le financement des hôpitaux est réduit).

**Graphique 2 : Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées au Canada**



Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE

#### 4. Evaluations

Des études canadiennes récentes ont montré que les modèles de soins primaires qui incluent des infirmières praticiennes amélioraient la gestion des maladies chroniques (Russell *et al.*, 2009) et l'accessibilité, en particulier dans les zones peu desservies (Centre for Rural and Northern Health Research, 2006; Martin-Misener *et al.*, 2009). La satisfaction des patients pour ce rôle continue à être élevée (Thrasher *et al.*, 2008). Selon une enquête de 2009, les Canadiens sont de plus en plus sensibilisés au rôle des infirmières praticiennes et sécurisés ; beaucoup sont prêts à aller voir une infirmière praticienne plutôt qu'un médecin (Harris Decima, 2009). Il existe très peu d'évaluations sur le rôle des infirmières cliniciennes spécialisées au Canada. Une étude (Forster *et al.*, 2005) a établi que l'ajout d'infirmières cliniciennes spécialisées à une équipe médicale améliorerait la satisfaction des patients mais n'avait pas d'impact sur l'efficacité des soins à l'hôpital ou sur la sécurité des patients.

#### 5. Orientation futures

Une table ronde de représentants infirmiers, de médecins, du gouvernement et de juristes se sont réunis en avril 2009 et ont formulé les recommandations suivantes en faveur de l'intégration des infirmières en pratique avancée au Canada (DiCenso *et al.*, 2009):

- Articuler clairement la valeur ajoutée des infirmières cliniciennes spécialisée et des infirmières praticiennes
- Etablir un groupe de travail multidisciplinaire pancanadien impliquant les parties prenantes clés pour faciliter la mise en œuvre des rôles avancés infirmiers

- Examiner la contribution et la mise en œuvre des rôles avancés infirmiers dans la planification de la gestion des ressources humaines, dans le cadre plus large d'une stratégie coordonnée pour répondre aux besoins de santé de la population
- Développer une stratégie de communication pour informer les infirmières, les autres professionnels de santé, la population et les employeurs du secteur de la santé sur les rôles et les responsabilités des infirmières en pratique avancée
- Protéger les postes en pratique infirmière avancée ainsi que l'aide financière après leur mise en œuvre pour leur assurer une certaine stabilité (et une possibilité d'évaluation à long terme)
- Normaliser la réglementation en pratique infirmière avancée et indiquer les normes et les exigences en matière de formation
- Inclure les éléments relevant de la collaboration interprofessionnelle dans l'ensemble des programmes de la formation des professionnels de santé
- Mener d'autres recherches pour 1) quantifier l'impact des rôles avancés infirmiers sur les coûts de la santé, 2) étudier le rôle des infirmières cliniciennes spécialisée dans le contexte canadien.

## CHYPRE

Il existe au moins quatre catégories d'infirmières en pratique avancée à Chypre: 1) les infirmières spécialisées dans le diabète, 2) les infirmières en psychiatrie dans la « communauté », 3) les infirmières en psychiatrie pour la dépendance vis-à-vis des drogues et de l'alcool, 4) les « community nurses » (incluant les « health visitors » s'occupant principalement des jeunes enfants et des mères).

**Tableau 1. Infirmières en rôle avancé, nombres, principales tâches et niveau de formation, Chypre**

Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
1- Infirmières spécialisées dans le diabète	123* (2008)	3.4 %	- consultations infirmières avancées et diagnostics pour les patients diabétiques - suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus - transfert des patients aux spécialistes	Spécialisation avec des programmes de formation de courte durée terme ou des cours de 12 à 18 mois suite à un diplôme universitaire de premier cycle
2- Infirmières en psychiatrie dans la « communauté »	80* (2008)	2.2 %	- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation psychologique avancée) - suivi et contrôle pour des cas non aigus) - transfert des patients aux spécialistes	<i>Idem</i>
3- Infirmières en psychiatrie	72* (2008)	2.0 %	consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation psychologique avancée) - orientation/tri des patients par ordre de priorité (selon la formation)	<i>Idem</i>
4- Infirmière dans la « communauté » (incluant les « health visitors »)	164* (2008)	4.6 %	- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée) - vaccination sans prescription de médecin (« health visitors » seulement) - tri/orientation des patients par ordre de priorité (selon la formation) - transfert des patients aux spécialistes - management d'une gamme de maladies chroniques (suivi pour des cas non aigus, éducation thérapeutique et conseils sur mode de vie	<i>Idem</i>

\* Services infirmiers, Ministère de la Santé.

Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE.

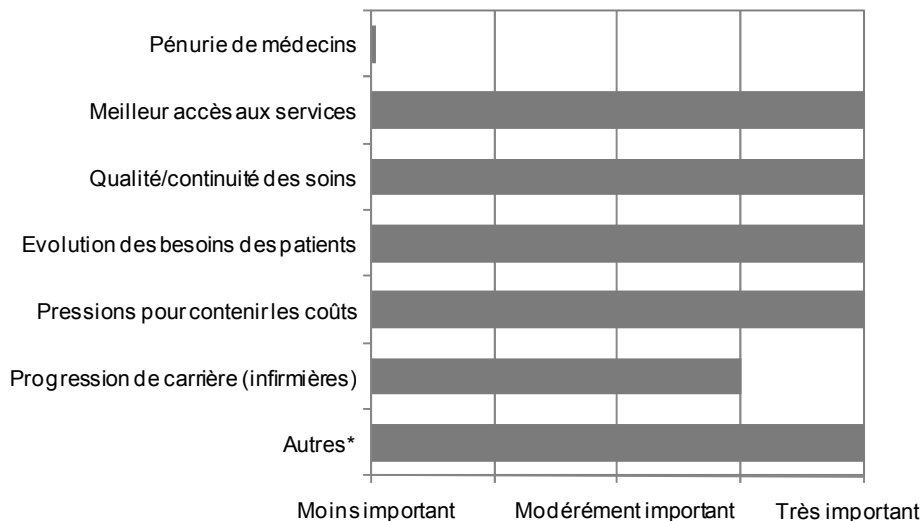
Les infirmières spécialisées dans le diabète, les infirmières en psychiatrie dans la « communauté » et les autres infirmières dans la « communauté » (incluant les « health visitors ») sont impliquées dans la gestion des maladies chroniques telles que le diabète, les maladies mentales ou les maladies nécessitant une assistance respiratoire. Les infirmières peuvent être aussi être en charge de l'orientation des patients par ordre de priorité à condition qu'elles soient habilitées à le faire suite à une formation de courte durée. D'un autre côté, aucune catégorie d'infirmières n'est autorisée à prescrire des médicaments à Chypre.

### 1. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers

Il existe six principaux facteurs sous-jacents aux efforts actuels pour promouvoir les pratiques avancées infirmières à Chypre: 1) l'amélioration de l'accès aux services, 2) la promotion de la qualité et de la continuité des soins, 3) une meilleure réponse à l'évolution des besoins des patients, 4) la nécessaire limitation de la croissance des dépenses de santé, 5) l'accroissement du niveau de formation des

infirmières, et 6) les raisons culturelles (le travail en équipe tend à devenir de plus en plus important dans le secteur de la santé à Chypre). Promouvoir la progression des infirmières dans leur carrière est aussi un facteur explicatif de l'expansion des rôles avancés infirmiers (Graphique 1).

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières à Chypre**



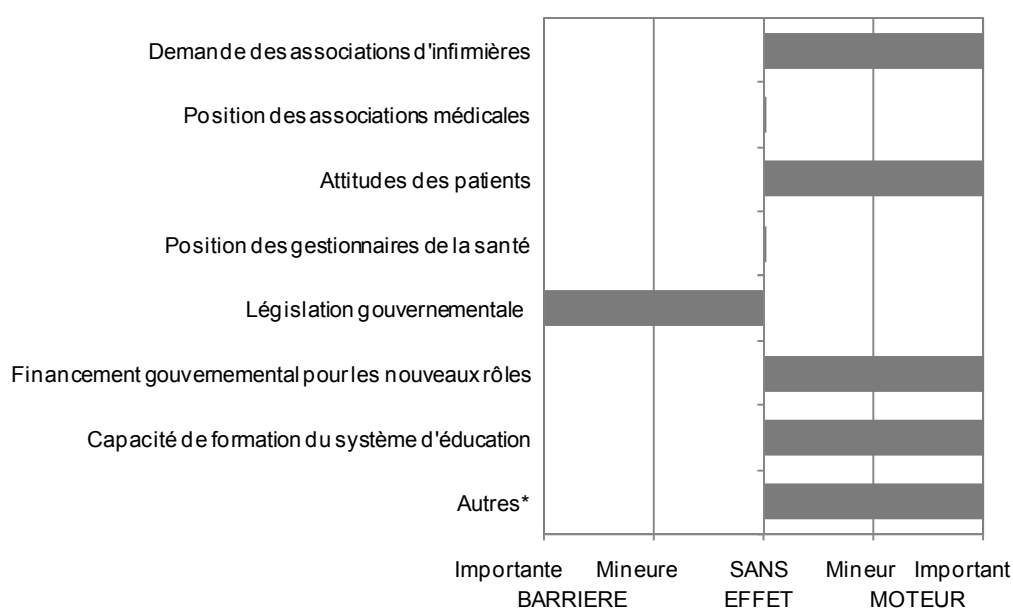
\* Les autres raisons incluent le niveau de formation plus élevé des infirmières chypriotes et les raisons culturelles.

Source : Source: Réponse du Ministère de la Santé au questionnaire (2009) de l'OCDE.

## 2. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Cinq principaux facteurs ont facilité le développement des nouveaux rôles avancés infirmiers: 1) la demande des associations d'infirmières, 2) le soutien des patients, 3) le financement du gouvernement pour encourager ces nouveaux rôles, 4) la capacité du système éducatif à fournir des formations complémentaires, 5) les propositions des réformes de santé pour promouvoir les rôles avancés infirmiers. Le principal obstacle réside dans la législation concernant, par exemple, le droit de prescription des médicaments (Graphique 2).

**Graphique 2: Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées à Chypre**



Source : Source: Réponse du Ministère de la Santé au questionnaire (2009) de l'OCDE

## 3. Orientations futures

Les orientations futures dans le domaine des pratiques infirmières avancées devraient inclure : la promotion des rôles avancés infirmiers en particulier dans la « communauté » (expansion des soins pour adultes, et pas seulement pour les enfants et les mères, grâce aux services des soins infirmiers à domicile). Un projet pilote a déjà été mis en œuvre et a donné de bons résultats (taux élevé de satisfaction des patients et des familles, et bon rapport qualité-coût).

## ETATS-UNIS

Les Etats-Unis ont mis en œuvre les rôles avancés infirmiers depuis de nombreuses années, grâce à l'introduction des infirmières praticiennes, qui fournissent une grande gamme de services avec un grand niveau d'autonomie, depuis le milieu des années 1960s.

### 1. Définition et description des rôles avancés infirmiers

Selon APRN Consensus Work Group *et al.* (2008), une infirmière en pratique avancée (« Advanced Practice Registered Nurse ») est une infirmière qui :

1. A mené à bien un programme de formation de niveau Master accrédité le/la préparant à l'un des quatre rôles reconnus comme des rôles avancés infirmiers ;
2. A réussi un examen national officiel qui apprécie le rôle et le niveau de compétences et qui donne la preuve du maintien du niveau par une nouvelle accréditation (« recertification ») ;
3. A acquis des connaissances cliniques avancées et des compétences le/la préparant à prodiguer des soins directs aux patients, aussi bien que des soins indirects ;
4. Développe les compétences des infirmières habilitées en faisant preuve d'une connaissance plus approfondie et élargie, d'une plus grande synthèse de données, avec une complexité accrue des compétences et des interventions en tenant des rôles plus autonomes ;
5. A le niveau de formation requis pour assumer la responsabilité et la garantie de la promotion et/ou le maintien de la santé aussi bien que l'évaluation, le diagnostic, et la gestion des problèmes de santé, qui incluent des interventions avec ou sans prescription de médicaments ;
6. A une expérience clinique suffisamment importante et étendue pour faire la preuve de l'homologation visée ; et
7. A obtenu une homologation pour exercer en tant qu'infirmier(e) en pratique avancée autorisée dans l'un des quatre rôles d'infirmier(e) possibles : infirmière anesthésiste certifiée autorisée (« certified registered nurse anaesthetist »), infirmière sage-femme certifiée (« certified nurse-midwife »), infirmière clinicienne spécialisée (« clinical nurse specialist »), ou infirmière praticienne certifiée (« certified nurse practitioner »).

Jusqu'à une date récente, les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes pratiquaient plutôt dans différentes structures. Aujourd'hui, la frontière entre les activités d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières praticiennes n'est pas aussi distincte, en particulier dans les structures de soins. Les infirmières praticiennes peuvent travailler dans les établissements de soins aigus et les infirmières cliniciennes spécialisées, telles que celles en santé mentale, peuvent exercer de manière indépendante.

Les infirmières en pratique avancée peuvent se spécialiser dans des domaines tels que les soins des enfants, des femmes et des personnes âgées. La capacité des infirmières en pratique avancée à exercer de manière indépendante varie selon l'état. Dans certains états, elles ne doivent pas nécessairement collaborer avec un médecin tandis que dans d'autres, il est nécessaire qu'elles aient une supervision ou une collaboration médicale. Dans les zones isolées, comme en Alaska, une infirmière praticienne peut être le seul fournisseur de santé pour une communauté. Dans ces régions éloignées, les infirmières praticiennes ont plus de chance d'exercer de manière indépendante.



*Droit de prescrire des médicaments*

Le droit de prescrire des médicaments des infirmières en pratique avancée a été introduit dans certains états au milieu des années 1970. En 1997, le « Balanced Budget Act » a permis aux infirmières praticiennes de facturer Medicare pour leurs services quelque soit le lieu d'exercice, et pas seulement dans des zones sous dotées, avec l'autorisation de posséder leur propre cabinet. Les états diffèrent dans les autorisations accordées aux infirmières en pratique avancée pour prescrire sans la collaboration d'un médecin. Dans certains états, elles peuvent prescrire de manière indépendante et dans d'autres, elles sont obligées de collaborer avec un médecin.

La majorité des états accorde, à présent, aux infirmières en pratique avancée un droit étendu à prescrire, et 47 états ainsi que le District de Columbia autorisent les infirmières praticiennes à prescrire des produits stupéfiants (Pearson, 2009). Dans certains états, elles peuvent prescrire une grande gamme de médicaments sans supervision de médecins, incluant de puissants produits opiacés pour les soins palliatifs et des produits narcotiques tels que la morphine ou des substances psychotropes.

**Tableau 1: Infirmières en rôle avancé, nombres, principales tâches et niveau de formation, Etats-Unis**

Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
1- Infirmières cliniciennes spécialisées	59 242* (2008)	2.5 (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intégrer les soins dans la continuité du traitement</li> <li>- promouvoir l'amélioration des soins infirmiers et des résultats des patients</li> <li>- développer les meilleures pratiques pour réduire la douleur des patients</li> <li>- faciliter une prise de décision éthique</li> <li>- diagnostiquer et traiter les patients à différents stades de la maladie ou en prévention</li> <li>- gérer les maladies et promouvoir la santé</li> <li>- prévenir les maladies et les comportements à risques parmi les individus, les familles, les groupes et les communautés</li> </ul>	Master  (suivi par un examen national officiel)
2- Infirmières praticiennes	158 348* (2008)	6.5 (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostiquer et traiter les patients à la fois dans les soins primaires et aigus</li> <li>- fournir un bilan initial incluant tous les antécédents du patient, réaliser les examens physiques et autres bilans de santé ainsi que les activités de dépistage</li> <li>- traiter et gérer les patients avec des maladies aiguës et chroniques incluant la prescription de tests de laboratoire, la prescription de médicaments et l'orientation appropriée des patients et de leurs familles.</li> <li>- prendre en charge la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation thérapeutique et le conseil</li> </ul>	Master  (suivi par un examen national officiel)

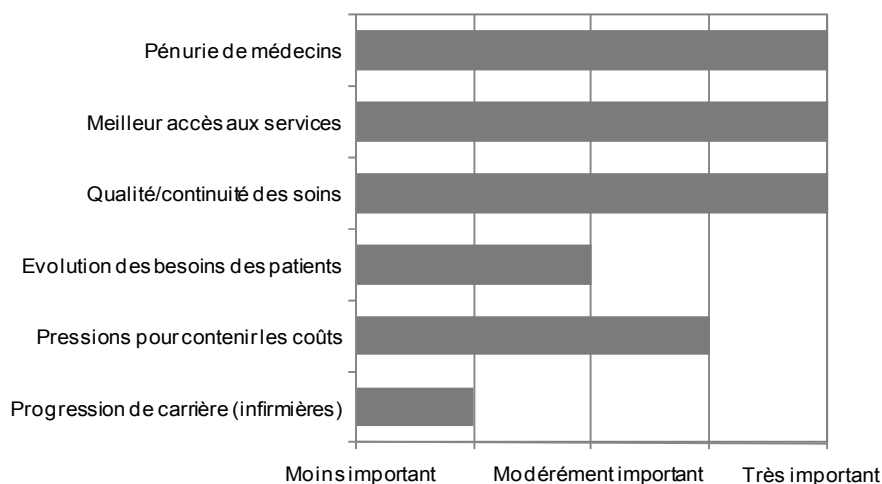
\* US Department of Health (2010)

Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE

## 2. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers

Selon le « U.S. National Council of State Boards of Nursing », il existe trois principales raisons expliquant le développement des rôles avancés infirmiers: 1) la pénurie de médecins, 2) le besoin d'améliorer l'accès aux soins et 3) la qualité/continuité des soins. L'objectif de contenir la croissance des dépenses de santé est aussi un facteur important.

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières aux Etats-Unis**

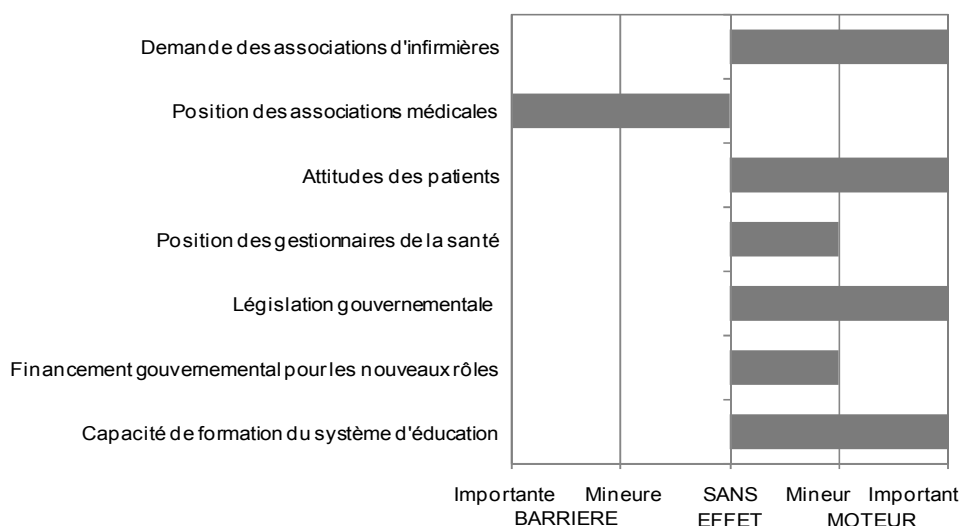


Source : Source: Réponse du « National Council of State Boards of Nursing » au questionnaire (2009) de l'OCDE.

### 3. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Quatre principaux facteurs ont facilité le développement des rôles avancés infirmiers : 1) les revendications des associations d'infirmières, 2) l'attitude des patients, 3) la législation gouvernementale, 4) la capacité du système éducatif à former des infirmières. Par ailleurs, le principal obstacle est la position des associations de médecins.

**Graphique 2: Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées aux Etats-Unis**



Source : Réponse du « National Council of State Boards of Nursing » au questionnaire (2009) de l'OCDE.

#### 4. Évaluations dans les soins primaires

Plusieurs évaluations ont été conduites aux États-Unis concluant que les infirmières en pratique avancée assurent des soins d'une grande qualité et fiabilité (Tableau 2).

**Tableau 2: Analyse des évaluations sur l'impact des pratiques infirmières avancées dans les soins primaires, États-Unis**

Auteur / Année	Type des activités	Principaux résultats Accès et qualité des soins, coûts
Aiken <i>et al.</i> (2006)	Infirmières « case managers » pour de graves maladies pulmonaires chroniques et des maladies cardiaques	Légers avantages en termes de qualité de vie dans le cas de maladies pulmonaires chroniques peu avancées ; les maladies pulmonaires chroniques en phase terminales exigent de mettre davantage l'accent sur les soins palliatifs dans les structures de soins.
Lenz <i>et al.</i> (2004)	Rôle des infirmières praticiennes dans la surveillance des patients atteints de diverses maladies chroniques	Résultats comparables entre infirmières praticiennes et médecins généralistes sur les résultats physiologiques, l'état de santé tel que l'ont indiqué les patients, et la satisfaction des patients.
Edwards <i>et al.</i> (2003)	9 cliniques où les soins primaires sont assurés par les infirmières	Grande qualité des soins (94% conformes aux recommandations existantes; 91% des patients très satisfaits et 94% indiquant l'intention de revenir).
Litaker <i>et al.</i> (2003)	Résultats dans la gestion de maladies chroniques de patients traités par des IPs ou des médecins (hypertension et diabète)	Amélioration significative des patients concernant le contrôle de la pression artérielle et du diabète. Plus grande satisfaction des patients. Coût annuel plus important pour le personnel
Lenz <i>et al.</i> (2002)	Processus de soins liés au diabète et résultats des patients traités par des IPs ou des médecins	Plus forte probabilité que les infirmières praticiennes dispensent de la formation sur la nutrition, le poids, l'exercice et les médicaments. Les infirmières praticiennes ont prescrit des tests de contrôle plus fréquemment que les médecins généralistes. Pas de différences concernant l'état de santé des patients durant les 6 mois de suivi.
Mundiger <i>et al.</i> (2000)	Recours à un service de santé et résultats de patients traités par des infirmières praticiennes ou des médecins.	L'état de santé était équivalent pour les patients qui avaient un rendez-vous initial soit avec une infirmière praticienne soit avec un médecin généraliste 6 mois plus tôt. Le recours au service de santé était équivalent à la fois au bout de 6 et 12 mois, et la satisfaction des patients était aussi globalement équivalente.

## **5. Orientations futures**

Les futures orientations dans le domaine des pratiques infirmières avancées aux Etats-Unis pourraient inclure les étapes suivantes :

- Elargir les domaines de spécialisations : les infirmières en pratique avancée ont besoin de recevoir une formation plus générale, parce que si elles sont trop spécialisées, elles risquent de ne pas reconnaître les facteurs de comorbidité.
- Créer et mettre en œuvre un modèle consensuel d'infirmières en pratique avancée : avec la multiplication des spécialisations, il n'existe pas de modèle uniforme de régulation. Il est donc important d'harmoniser autant que possible les pratiques avancées.
- Examiner les actions fédérales qui peuvent réduire les obstacles et fournir des incitations, telles que lier l'autorisation d'un état à tester de nouveaux modèles de paiements dans les soins primaires et les soins chroniques à l'établissement d'un champ de pratique indépendant pour les infirmières en pratique avancée.

## FINLANDE

La Finlande est un pays qui a une longue expérience de forte coopération et de partage des tâches entre les médecins et les infirmières dans les centres de soins primaires, même si elle n'a pas créé officiellement de catégories développées « d'infirmières praticiennes » ou « d'infirmières cliniciennes spécialisées » comme dans les pays anglo-saxons.

## 1. Description des rôles avancés infirmiers

Il existe au moins deux catégories d'infirmières avancées en Finlande : 1) les infirmières de santé publique (avec un diplôme supérieur); et 2) les infirmières avec un diplôme supérieur (Tableau 1).

**Tableau 1: Infirmières en rôle avancé, principales tâches et niveau de formation, Finlande**

Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
1- Infirmières de Santé Publique (avec un diplôme supérieur)	n.d.	n.d.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée)</li> <li>- prescrire et exécuter des tests de diagnostic (incluant des ultrasons / échographies basées sur le programme national de dépistage et de conseils dans les structures de maternité dans les soins primaires)</li> <li>- management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus)</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes (patientes envoyées aux consultations externes des hôpitaux)</li> </ul>	Diplôme Supérieur (post-graduate diploma) (30-60 ECTS soit environ 750 à 1500 heures) ou Master (60-90 ECTS soit environ 1500 à 2250 heures)
2- Infirmières avec un diplôme supérieur	n.d.	n.d.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée)</li> <li>- prescrire et exécuter des tests de diagnostic (échographie dans les hôpitaux)</li> <li>- management d'une gamme de maladies chroniques (suivi et contrôle pour des cas non aigus, éducation thérapeutique)</li> <li>- management d'une gamme de problèmes de santé aigus (examen des symptômes du patient et évaluation des besoins de soins pour les infections et les blessures mineures)</li> <li>- tri/orientation des patients par ordre de priorité</li> </ul>	<i>Idem</i>

Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE n.d. : non disponible

Les infirmières de Santé Publique avec un diplôme supérieur travaillent dans les centres de santé. Bien qu'elles se soient traditionnellement concentrées sur la santé des enfants et des mères, elles sont devenues plus récemment davantage impliquées dans les services aux patients atteints de maladies chroniques. Les infirmières avec un diplôme supérieur travaillent également dans les soins primaires mais aussi à l'hôpital. Ces infirmières s'investissent aussi dans la gestion de maladies chroniques telles que l'hypertension, l'asthme, les pathologies cardiaques, le diabète et les attaques cérébrales (suivi).

Les consultations infirmières sont organisées de différentes manières, telles que les structures spéciales d'accueil (dans ce cas, l'infirmière reste un membre de l'équipe pluriprofessionnelle dans un centre de santé) ou en tandem avec un médecin du centre de santé. Une infirmière travaillant en tandem avec le médecin peut être en charge de l'éducation thérapeutique et du suivi de routine. Elle peut aussi s'occuper des problèmes de santé aigus tels que des allergies, des blessures et des plaies mineures. Elle a aussi la possibilité de consulter ou d'orienter les patients vers des médecins pour des cas plus graves.

En outre, les infirmières ont vraiment des rôles étendus dans les zones rurales et isolées. Par exemple, la Finlande possède des structures spéciales d'accueil d'infirmierie dans des plus petits centres de santé qui reçoivent de l'aide des médecins, si nécessaire, grâce à des consultations par internet. Les médecins travaillent dans le principal centre de santé, tandis que les infirmières exercent de manière autonome au centre de santé de la zone isolée. Elles peuvent gérer jusqu'à 70% des besoins du service du centre de santé éloigné (Jaatinen *et al*, 2002).

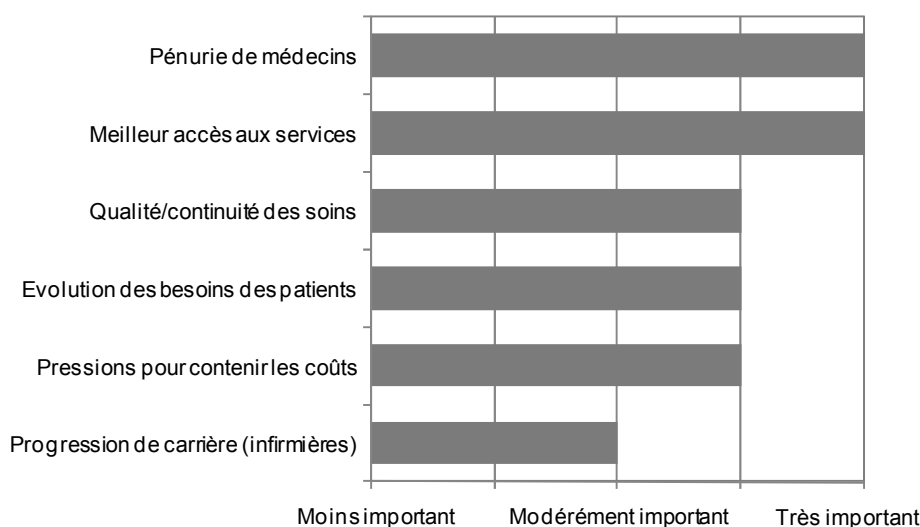
De nouveaux programmes de niveau Master sont encore créés dans les instituts polytechniques pour préparer davantage d'infirmières en rôles avancés. Par exemple, un nouveau programme de Master pour les "Soins cliniques avancés" a débuté en 2006 à la « Jyväskylä University ». Le programme se concentre sur trois principaux domaines: la prévention et la promotion des soins, l'évaluation des besoins de soins, et les soins et le suivi des patients atteints de maladies aiguës ou chroniques (Fagerstrom, 2009).

En Finlande, la législation n'a pas encore autorisé les infirmières à prescrire des médicaments (à l'exception des pilules contraceptives), mais des étapes ont été franchies depuis le début de la dernière décennie pour étendre leur rôle dans ce domaine. Beaucoup de centres de santé ont défini des recommandations locales sur la prescription avec une collaboration médicale, permettant aux infirmières de proposer un nombre limité de prescriptions à certains groupes de patients, avec l'approbation des médecins. Un projet de loi visant à autoriser les infirmières à prescrire un nombre limité de médicaments a été soumis au Parlement en janvier 2010, et des changements législatifs devraient entrer en vigueur en 2010. La durée de la formation requise pour préparer les infirmières à prescrire serait de 45 « European Credit Transfer System » (ECTS) soit environ 1 125 heures (comprenant une partie théorique et pratique).

## 2. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers

Les principaux facteurs motivant la promotion des rôles avancés infirmiers sont une pénurie de médecins et la nécessité d'améliorer l'accès aux soins. Le besoin d'améliorer la qualité et la continuité des soins afin de mieux répondre à l'évolution des cas des patients est aussi important (en particulier, l'éducation thérapeutique dans le contexte de maladies chroniques croissantes). Contenir la croissance des coûts de santé est aussi une autre raison clef de la progression de tels nouveaux rôles.

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en Finlande**

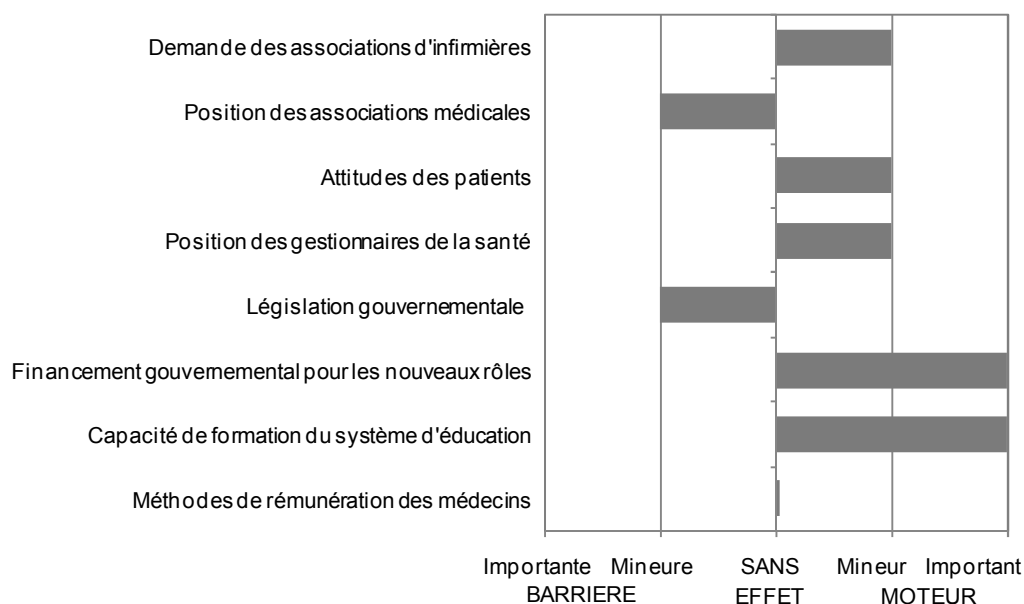


Source : Réponse du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé au questionnaire (2009) de l'OCDE.

### 3. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Les pratiques infirmières avancées ont été encouragées par la coopération entre le Ministère de la Santé, les municipalités (qui sont responsables des centres de santé), et les instituts polytechniques (institutions fournissant une formation dans les sciences infirmières et d'autres domaines). Deux principaux facteurs ont facilité leur progression : 1) la capacité du système éducatif à former des infirmières en rôle avancé; et 2) le financement des municipalités par le gouvernement pour aider au développement du partage des tâches et des rôles avancés infirmiers. Par ailleurs, tandis que des médecins au niveau local ont eu tendance à fortement soutenir les projets des infirmières en pratique avancée, la position des associations de médecins n'a pas toujours été un appui. Par exemple, ces dernières n'ont pas considéré la prescription infirmière comme une évolution adéquate. La présente législation sur les pratiques professionnelles dans la santé est également envisagée comme une barrière à l'expansion des rôles avancés infirmiers, dans le sens où elle limite le champ des pratiques infirmières. Néanmoins, de nouveaux amendements législatifs sont en préparation (cf. section 5 sur les orientations futures).

**Graphique 2: Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en Finlande**



Source : Réponse du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé au questionnaire (2009) de l'OCDE.

### 4. Evaluations dans les soins primaires

Un certain nombre d'évaluations ont été effectuées sur l'impact des rôles avancés infirmiers en Finlande (cf. Tableau 2).

**Tableau 2: Analyse des évaluations sur l'impact des pratiques infirmières avancées dans les soins primaires, Finlande**

Auteur/Année	Type d'activités	Principaux résultats Accès et qualité des soins
Peltonen (2009)	Comparaison d'un modèle de prestation de services de santé d'un médecin et d'une infirmière travaillant en tandem avec un modèle traditionnel d'une équipe multiprofessionnelle (médecins, infirmières et assistants dans les centres de santé)	Meilleure accès aux soins (plus grande proportion de patients examinés dans les 3 jours). Visites de suivi planifiées plus souvent par l'infirmière de soins primaires en coopération avec le patient. Les patients ont ressenti qu'ils bénéficiaient plus souvent de services satisfaisants de l'infirmière de soins primaires et qu'ils étaient plus à même de gérer leur état de santé eux-mêmes. Ceci est lié au rôle de l'infirmière d'apporter aux patients des informations et des conseils pour le traitement des maladies.
Hukkanen et Vallimies Patomaki (2005)	Étude de projets pilotes sur le partage des effectifs de santé effectuée dans le cadre du « National Health Care Project » (tâches transférés des médecins aux infirmières, incluant le contrôle des maladies chroniques et les problèmes de santé aigus mineurs).	Les visites en urgence chez les médecins ont été réduites de 18-25% par mois grâce aux structures d'accueil (nurses' receptions) et aux conseils téléphoniques. Les infirmières ont aussi traité jusqu'à 30% de toutes les visites urgentes dans les centres de santé.
Jatinen <i>et al.</i> (2002)	Infirmières dans les centres de santé travaillant avec les médecins via des consultations par internet	Les infirmières ont seulement envoyé 22% des patients au principal centre de santé pour être examinés par des médecins. Les médecins ont pu gérer 80 % des cas demandant une appréciation médicale par consultation via internet.

## 5. Orientations futures

Promouvoir la mise en œuvre et la diffusion des rôles avancés infirmiers est un point inclus dans le Plan National de Développement de 2008-2011 des Services Sociaux et des Soins de Santé. Plus spécifiquement, les orientations futures dans le domaine des pratiques infirmières avancées comprennent les étapes suivantes :

- Préparation des amendements législatifs sur la prescription infirmière. Le projet de loi sur les infirmières pour les autoriser à prescrire un nombre limité de médicaments a été soumis au Parlement en janvier 2010, et devrait être mis en application en 2010.
- Préparation du projet de recommandations sur la mise en œuvre et la diffusion des rôles avancés infirmiers, la coopération multiprofessionnelle et le partage des tâches.
- Développement de nouveaux programmes de diplômes de Master dans les instituts polytechniques sur les pratiques infirmières avancées ainsi que des programmes de formation supérieure pour former un plus grand nombre d'infirmières en rôles avancés.



**FRANCE<sup>8</sup>**

Il n'est pas facile de décrire l'état actuel des pratiques avancées infirmières en France, car le dossier est en pleine évolution tant sur le plan légal que sur le plan des pratiques sur le terrain. La profession reste très réglementée et distingue le rôle propre de l'infirmière des actes effectués dans le cadre de prescription médicale (article art R4311-3 à R4311-5 du CSP pour le rôle propre de l'infirmière et R4311-7 à R4311-10, pour les actes effectués sur prescription), ce qui peut constituer un frein au développement de nouveaux rôles. Ainsi, par exemple, les infirmières françaises ne sont pas autorisées à prescrire de médicaments bien qu'un décret de 2007 les ait toutefois autorisées à prescrire des dispositifs médicaux (exemples : dispositifs pour perfusion à domicile, accessoires pour l'utilisation de certains cathéters) et à réaliser des tâches dites « avancées » par rapport aux autres pays (exemple: renouvellement de certaines vaccinations sans prescription médicale). De plus, d'autres pratiques avancées plus informelles peuvent exister sur le terrain, résultant d'une étroite collaboration entre les médecins et les infirmières, qui ne sont pas toujours reconnues officiellement.

Par ailleurs, en France, à la différence d'autres pays, les infirmières anesthésistes diplômées d'Etat, les infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat, et les infirmières puéricultrices diplômées d'Etat ne sont pas considérées comme des infirmières de pratiques avancées, mais comme des infirmières spécialisées.

Au cours des dernières années, suite au rapport et à la mission Berland (2003) sur la coopération des professionnels de santé, la France s'est engagée dans des expérimentations sur les rôles avancés infirmiers. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 contient un article qui pose le principe général de coopération entre professionnels de santé permettant le transfert d'activités, actes de soins ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. La mise en œuvre de cette loi n'est pas simple et se heurte à des difficultés. La reconnaissance de pratiques avancées dans un cadre global et pérenne tarde donc à se mettre en place.

**1. Description des rôles avancés infirmiers dans le cadre des projets pilotes**

Plusieurs expérimentations impliquant des pratiques avancées pour les infirmières, dans le domaine hospitalier mais aussi dans le domaine des soins primaires, ont été tentées au cours des dernières années dans les champs suivants :

- 1) infirmières expertes en cabinet de soins en ville (Action de Santé Libérale En Equipe « ASALEE ») qui mènent notamment des consultations avancées portant sur l'éducation à la santé,
- 2) infirmières expertes dans la chimiothérapie à domicile dans le cadre d'un réseau ou en hôpital de jour dans la reconduction de la chimiothérapie,
- 3) infirmières expertes en hémodialyse,
- 4) infirmières expertes des patients traités pour une hépatite C,
- 5) infirmières référentes en neuro-oncologie,
- 6) infirmières spécialisées en explorations fonctionnelles digestives,
- 7) expérimentation de l'entretien pré-don des donneurs de sang homologué par une infirmière.

***Accès à la formation universitaire des infirmières en France***

En France, les infirmières pouvaient s'inscrire à titre individuel, en licence ou en maîtrise à l'université (ou grâce à des dérogations dans le cadre de conventions entre des Instituts de formation en soins et l'université). Elles pouvaient également développer des expertises ciblées mais sans

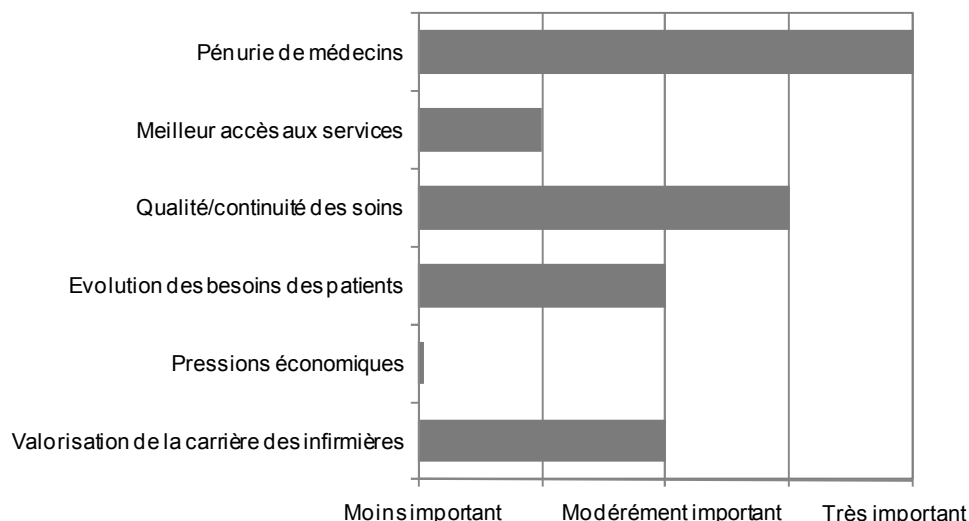
<sup>8</sup> Le mot « infirmier » ou « infirmière » est utilisé indifféremment.

reconnaissance statutaire officielle Elles viennent de franchir en 2009 un pas important avec la reconnaissance à un niveau de licence professionnelle du diplôme d'infirmier d'Etat au sein du cursus LMD. En octobre 2009, dans la continuité des expérimentations, un master a été créé conjointement entre l'Université d'Aix-Marseille et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

## 2. Raisons motivant le développement de nouveaux rôles infirmiers avancés

Le développement des rôles avancés infirmiers en France s'inscrit dans un contexte de prévision de forte diminution du nombre de médecins (10 %) au cours des dix prochaines années (DREES, 2009) et de la volonté d'améliorer la carrière des infirmières. Le souci constant d'améliorer la continuité et la qualité des soins ainsi que la nécessité de s'adapter à l'évolution des besoins des patients sont aussi des facteurs explicatifs.

**Graph 1 : Principales raisons du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers en France**



Source : Réponse du Ministère de la Santé au questionnaire de l'OCDE 2009

## 3. Facteurs freinant ou facilitant les rôles avancés infirmiers

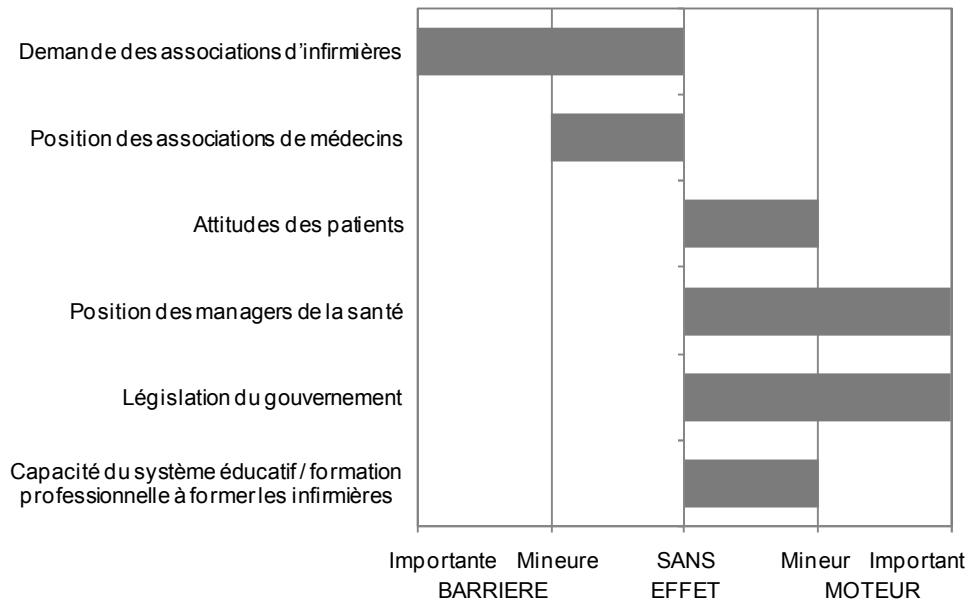
La France se distingue des autres pays par l'existence d'un exercice infirmier libéral et rémunéré à l'acte (14,6% en 2009 soit 487 663 infirmières). Ces dernières et/ou leurs représentants syndicaux ne sont pas toujours favorables à l'idée de travailler comme salariée d'un médecin dans des cabinets de groupe et préfèrent garder l'autonomie que leur procure le mode d'exercice en libéral. Le paiement à l'acte, et plus globalement le système de financement de l'exercice libéral, ne facilite pas le mouvement vers plus de coopération entre médecins et infirmiers dans le secteur primaire.

La loi de juillet 2009 (article 51-loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)) a étendu le principe général des coopérations entre professionnels de santé en le sortant du cadre expérimental. Désormais, les coopérations pourront se faire à l'initiative des professionnels, dans le cadre de protocoles. La validation des protocoles porte sur la reconnaissance d'un besoin de santé au plan régional et sur le niveau de sécurité offert.

Par ailleurs, la position des responsables de terrain (directeurs d'hôpitaux, directeurs d'administrations régionales) est dans l'ensemble très favorable aux nouvelles formes de collaboration, et

aux coopérations entre professionnels de santé. L'attitude bienveillante des patients peut aussi faciliter la mise en place des pratiques avancées infirmières.

**Graphe 2: Principaux moteurs ou barrières permettant le développement de rôles avancés infirmiers en France**



Source : Réponse du Ministère de la Santé au questionnaire de l'OCDE 2009

#### 4. Evaluation

L'ONDPS et la HAS (2006) qui ont évalué les premières expérimentations ont conclu que: « Tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins ».

Concernant plus précisément l'expérience de coopération entre les médecins généralistes et les infirmières en rôle avancé pour le suivi de patients diabétiques dans le secteur primaire, les infirmières ont obtenu de meilleurs résultats que pour le groupe témoin sans intervention d'infirmières. Ce modèle de coopération est efficace d'après les évaluateurs. L'éducation thérapeutique dispensée par les infirmières auprès des malades permet d'améliorer la santé du malade (amélioration de son équilibre glycémique). La gestion des données concernant les patients par l'infirmière (partie administrative des tâches) permet aussi d'améliorer le suivi du patient. Cette coopération n'a pas entraîné de changement dans le nombre de consultations par médecin et il n'a pas été prouvé que les médecins passent plus de temps sur les cas complexes. Les coûts sont équivalents : aucune différence significative n'a été relevée (Mousquès et al, 2010).

## 5. Orientations

D'après la Haute Autorité en Santé (2008), les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé constituent une réelle opportunité quant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des patients et en constitue même l'objectif principal. Ces coopérations représentent également un élément clef d'attractivité des professions de santé à la fois pour les médecins qui peuvent souffrir aujourd'hui de leurs conditions d'exercice en pratiques isolées et pour les infirmières et les autres professions de santé qui revendiquent l'accroissement de leurs missions et la reconnaissance de l'évolution de leurs compétences. Enfin, ces coopérations ne devraient pas ou peu contribuer à réduire les dépenses de santé.

Cependant, le développement de ces formes de coopération entre médecins et infirmiers sont freinées du fait du cadre d'exercice des professions de santé. Des évolutions structurelles apparaissent souhaitables. La HAS a proposé en 2008 de favoriser le développement de ces nouvelles formes de coopération avec l'objectif d'améliorer la qualité du système de santé grâce à :

- la rénovation de l'offre de formation actuelle, pour réduire le hiatus entre les formations médicale et paramédicale (réforme en cours de l'ensemble de la formation des infirmières dans le cadre du dispositif Licence-Master-Doctorat) ;
- la refonte du cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés ;
- la valorisation des coopérations à travers la rémunération ou les perspectives de carrière ;
- la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération.

Les prochaines étapes du développement des coopérations entre professionnels de santé s'appuieraient sur la loi de juillet 2009, qui encourage les équipes de professionnels à utiliser l'article 51 de la loi pour décrire dans des protocoles leurs pratiques innovantes et/ou les transferts de tâches. Ces protocoles doivent être soumis et validés par la Haute Autorité de Santé, avant d'être autorisés par arrêté par les Directeurs des Agences Régionales de Santé.

## IRLANDE

L'Irlande possède une politique dynamique de développement de pratiques infirmières avancées. Les premiers rôles en pratique avancée ont commencé à se développer dans les années 1990 et le premier poste avancé d'infirmière praticienne aux services d'urgences a été approuvé par le « National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery » (NCNM) en 2002. Il existe au moins deux catégories d'infirmières en pratique avancée en Irlande : 1) les infirmières cliniciennes spécialisées et 2) les infirmières praticiennes avancées (Tableau 1). Certains rôles de sages-femmes sont aussi considérés comme avancés mais ils n'entrent pas dans le champ de cette étude.

**Tableau 1: Infirmières en rôle avancé, nombres, principales tâches et niveau de formation, Irlande**

Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales fonctions	Niveau d'études (requis ou recommandé)
1- Infirmières cliniciennes spécialisées	2066* (2009) (sages-femmes incluses)	3.8 % (2009) (sages-femmes incluses)	<p>Application des connaissances et compétences spécialisées pour améliorer la qualité des soins. Le rôle inclut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluation, planification et fourniture des soins</li> <li>- participation à la recherche infirmière et à sa diffusion ainsi qu'à des audits</li> <li>- travail étroit avec les collègues médecins et paramédicaux, incluant des modifications des options cliniques prescrites en accord avec les protocoles convenus</li> <li>- donner des conseils concernant l'enseignement et la pratique clinique aux collègues infirmières et à l'équipe interdisciplinaire élargie.</li> <li>- prescription de médicaments et d'imagerie diagnostique [exemple : rayons X] (avec une formation initiale et continue additionnelle et une inscription à un registre)</li> </ul> <p>Le NCNM (2008a) définit les normes et exigences de ces postes.</p>	Diplôme de premier cycle universitaire depuis 2002, complété par un diplôme additionnel (« Post-graduate diploma») dans un domaine spécialisé.
2- Infirmières praticiennes avancées	121* (2009) (sages-femmes incluses)	0.2 % (2009) (sages-femmes incluses)	<p>Les concepts de base des infirmières praticiennes avancées incluent l'autonomie dans la pratique clinique, l'expertise, la qualité de commandement (leadership) et la recherche. Fonctions additionnelles par rapport aux infirmières cliniciennes spécialisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autonomie d'exercice telle que la gestion d'une structure d'urgence pour des blessures mineures</li> <li>- « case management » et suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour une gamme de patients avec des maladies chroniques</li> <li>- prescription de médicaments et d'imagerie diagnostique (par exemple, rayons X) en suivant un protocole (supervision médicale) ou de manière indépendante avec la formation initiale et continue reconnue, et l'inscription à un registre</li> <li>- autres diagnostics: échocardiographie/ prescription de tests de laboratoire</li> </ul> <p>Le NCNM (2008b) définit les normes et exigences de ces postes.</p>	Master

\*NCNM (2009)

Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE

Selon le NCNM (2010), le rôle de l'IC comprend une partie clinique majeure, qui inclut l'appréciation, la planification, la fourniture et l'évaluation des soins aux patients ainsi qu'à leurs familles, à l'hôpital et dans le secteur ambulatoire. Les éléments clefs de la spécialisation infirmière résident dans la partie clinique, l'enseignement, l'audit, la recherche et les activités de conseils.

Les infirmières praticiennes avancées sont très expérimentées en pratique clinique, elles œuvrent pour le bien-être, proposent des interventions dans les soins et recommandent des modes de vie sains pour les patients, leurs familles et les personnes en charge de malades dans une grande variété de structures en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Elles utilisent des connaissances en pratique clinique avancée et un esprit critique pour fournir de manière indépendante des soins aux patients, incluant la gestion de maladies aiguës et/ou chroniques telles que l'asthme, les pathologies cardiaques, les maladies cérébrales (suivi), le diabète, le cancer ou les maladies mentales. Les pratiques infirmières avancées sont effectuées par des infirmières chevronnées, responsables de leurs propres pratiques.

Les infirmières peuvent postuler pour être accréditée en tant qu'infirmières praticiennes avancées, mais leur accréditation est limitée à un poste et un domaine d'emploi spécifiques. Une nouvelle accréditation pour les infirmières praticiennes avancées est requise au bout de 5 ans. Une organisation nationale (le « National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery ») fixe les critères et les normes pour les postes d'infirmières praticiennes avancées, et supervise les différentes voies possibles dans la carrière de ces infirmières.

#### *Niveau de formation*

A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010 : “toutes les infirmières [...] qui font la demande d'homologation des postes d'infirmières cliniciennes spécialisées [...] doivent avoir atteint un niveau 8 du NQAI [Autorité Nationale de Qualification d'Irlande] correspondant à son domaine de spécialisation [équivalent à un diplôme supérieur]” (NCNM, 2008a). Les infirmières praticiennes avancées doivent détenir un diplôme de Master en sciences infirmières préalablement à l'accréditation. Quatre universités proposent des diplômes de Master en sciences infirmières avec des compétences spécifiques avancées, tandis que les autres établissements offrent des programmes de Masters d'ordre général (NCNM, 2005).

#### *Droit de prescrire des médicaments*

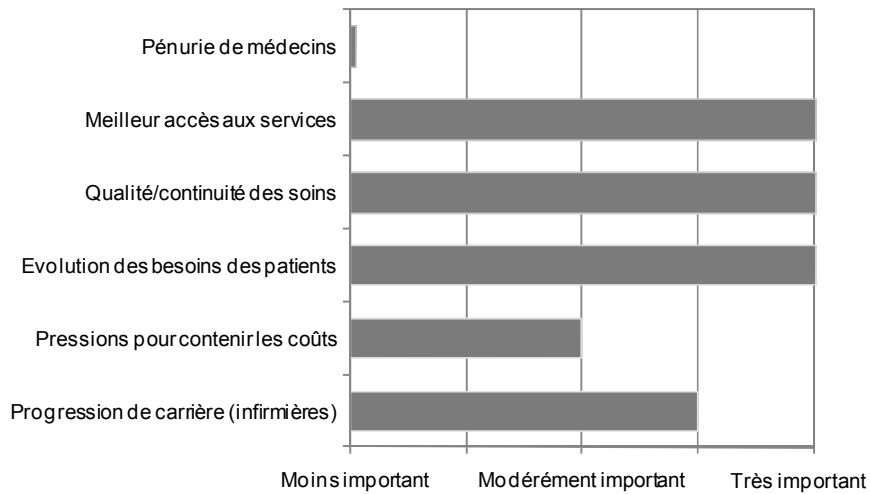
Les infirmières en Irlande ont acquis le droit de prescrire des médicaments de manière indépendante en 2007, sous réserves de respecter certains critères. Ce droit s'applique à toutes les infirmières qui ont mené à bien un programme de formation sur la prescription infirmière après leur homologation et qui sont répertoriées comme infirmiers prescripteurs auprès du « Irish Nursing Board ». La formation complémentaire (en plus de la formation initiale) est d'une durée de 6 mois, suivant l'homologation au niveau 8 (dans le cadre du NQAI). On comptait 112 infirmiers prescripteurs homologués en Irlande en octobre 2009.

Les prescripteurs infirmiers indépendants peuvent prescrire une grande gamme de médicaments relevant de leur champ de pratique (incluant des antibiotiques, des antiviraux, des antidépresseurs), et certains produits stupéfiants.

### **1. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers**

Il existe trois principales raisons à l'expansion des rôles avancés infirmiers en Irlande : 1) l'amélioration de l'accès aux services, 2) la promotion de la qualité et de la continuité des soins, et 3) une meilleure efficacité pour répondre aux besoins des patients (Graphique 1). Promouvoir la progression de carrière des infirmières est aussi un facteur important.

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en Irlande**

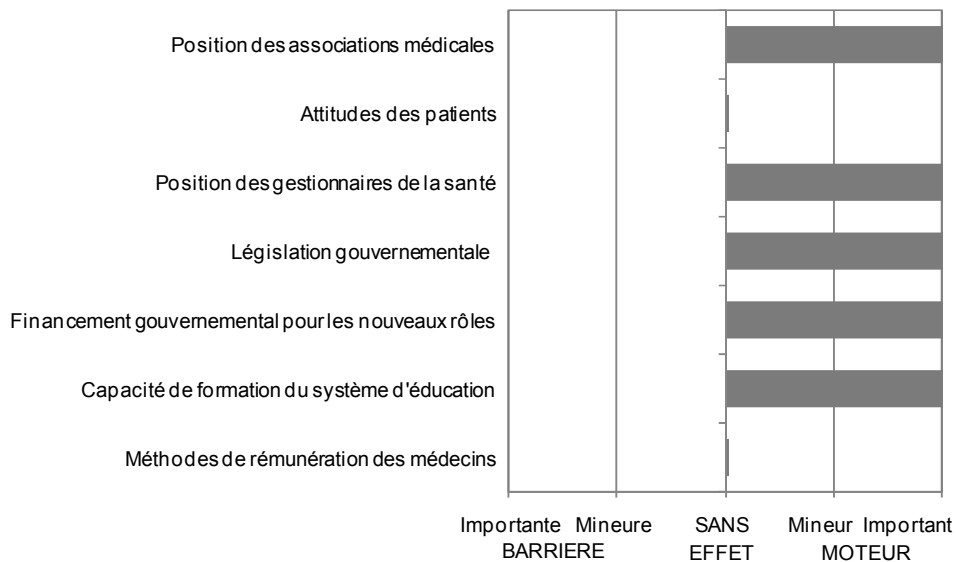


Source : Réponse du Département de la Santé et des Enfants au questionnaire (2009) de l'OCDE.

## 2. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Cinq facteurs ont facilité les rôles avancés infirmiers en Irlande : 1) le soutien des associations de médecins (ce qui contraste nettement avec la situation dans beaucoup d'autres pays), 2) l'appui des gestionnaires dans le secteur de la santé, 3) la législation, 4) le financement gouvernemental pour encourager de nouveaux rôles, 5) la capacité du système éducatif à former les infirmières.

**Graphique 2: Facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en Irlande**



Source : Réponse du Département de la Santé et des Enfants au questionnaire (2009) de l'OCDE

### 3. Evaluations

Deux évaluations ont déjà été effectuées en Irlande, concluant que les infirmières en pratique avancée sont des professionnelles fiables dans les soins primaires (cf. tableau 2).

**Tableau 1. Analyse des évaluations sur l'impact des pratiques infirmières avancées dans les soins primaires, Irlande**

Auteur /Année	Type des activités	Principaux résultats Accès et qualité des soins
Drennan <i>et al.</i> (2009)	Evaluation Indépendante Nationale de la « Nurse and Midwife Prescribing Initiative »	Pas de problèmes de sécurité Réduction du temps d'attente pour l'accès aux soins et aux médicaments (plus de 90% de patients) Grande satisfaction des patients
NCNM (2005)	Evaluation de l'introduction du rôle des infirmières praticiennes avancées	Meilleur accès aux soins pour les patients Soins plus personnalisés (communication améliorée avec de meilleurs moyens pour assurer l'éducation thérapeutique)

### 4. Orientations futures

Les futures orientations dans le domaine des pratiques infirmières avancées devraient inclure les étapes suivantes:

- Promouvoir davantage les rôles avancés dans la gestion des maladies chroniques (incluant le diabète, les crises cardiaques, les soins pour personnes âgées, la réadaptation des malades mentaux).
- Promouvoir les rôles avancés infirmiers en oncologie, dans les maladies mentales en soins primaires, dans le suivi psychiatrique hospitalier ambulatoire, aux urgences et soins intensifs, ainsi que la santé des enfants.



## JAPON

Les infirmières, au Japon, continuent de jouer des rôles assez traditionnels et limités. Cependant, il existe des signes de quelques évolutions vers une extension des rôles de certaines catégories d'infirmières, avec l'introduction de la catégorie d'Infirmière Spécialisée Certifiée et la création récente d'un programme de Master d'infirmières praticiennes dans certaines écoles. En outre, le sujet des rôles avancés infirmiers était l'un des points abordés par le comité de la promotion des équipes dans le domaine de la santé.

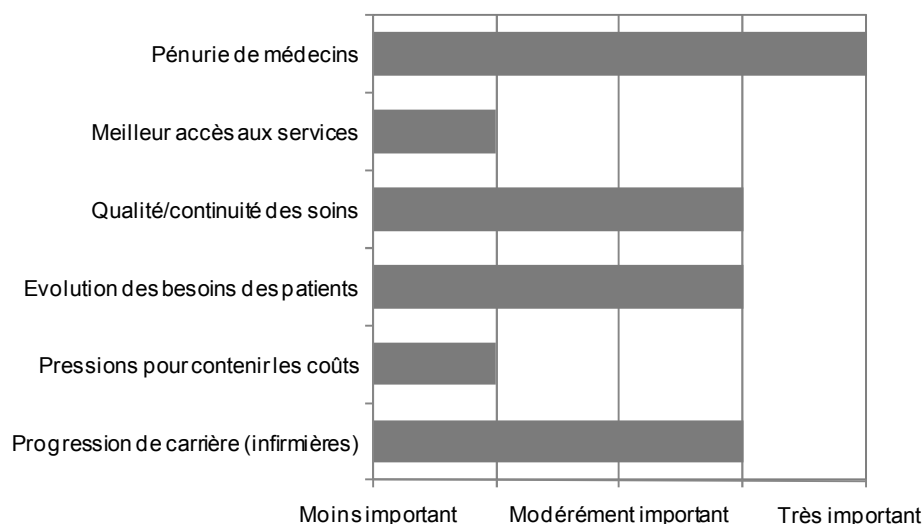
Les infirmières au Japon doivent suivre trois ans de formation après le secondaire. Le nombre d'universités en sciences infirmières a augmenté rapidement ces dernières années, passant de 76 en 1999 à 178 en 2009. 119 de ces universités proposent certains programmes de Master, et 43 universités travaillent sur une spécialisation d'« Infirmière (Clinicienne) Spécialisée Certifiée ».

Les « Infirmières Spécialisées Certifiées » ont des connaissances et compétences approfondies dans certains domaines de spécialisation, dans le but de fournir un haut niveau de soins infirmiers. Pour devenir une Infirmière Spécialisée Certifiée, les candidats doivent avoir complété un programme de Master et avoir au moins 5 ans d'expérience de pratique clinique (incluant 3 ans dans leur domaine de spécialisation), avant de passer l'examen géré par l'association d'infirmières japonaises. Il y avait 451 Infirmières Spécialisées Certifiées en janvier 2010, représentant 0.03% de toutes les infirmières. Leurs spécialisations sont les suivantes : le cancer (193), la santé mentale (68), les soins intensifs (42), la santé des enfants (40), les soins chroniques (34), la santé des femmes (27), la gériatrie (24), les soins de la « communauté » (14), le contrôle des infections (4), la santé orientée sur la famille (5) (JNA, 2010). Aucune catégorie d'infirmières n'est autorisée au Japon à faire un diagnostic ou à prescrire des médicaments.

### 1. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers

La pénurie de médecins est un facteur clef incitant à l'expansion de rôles avancés infirmiers au Japon. L'amélioration de la qualité et la continuité des soins pour mieux répondre aux nouveaux besoins des patients, et promouvoir la progression de carrière des infirmières sont aussi des facteurs importants.

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières au Japon**

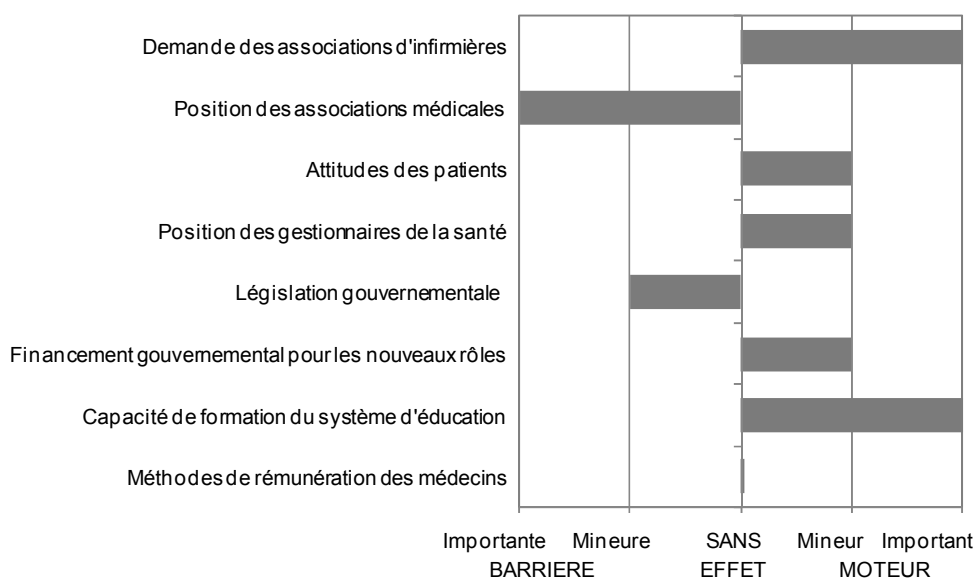


Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE.

## 2. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Deux principaux facteurs ont encouragé le développement des rôles avancés infirmiers au Japon: 1) les revendications des associations infirmières et 2) la capacité du système éducatif à former des infirmières avec les compétences adéquates. Par ailleurs, le principal obstacle réside dans la position adoptée par les associations de médecins. La législation actuelle du gouvernement peut aussi être une barrière au développement des rôles avancés infirmiers.

**Graphique 2 : Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées au Japon**



Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE.

## 3. Orientations futures

Suite aux débats du comité de la promotion des équipes dans le domaine de la santé, les autorités japonaises envisagent d'autoriser les "infirmières avec des pratiques spécifiques" (appellation possible) à effectuer davantage de protocoles qu'une Infirmière Spécialisée Certifiée et avec un plus grand discernement, mais toujours dans le cadre des indications des médecins. Ces infirmières auront un niveau de formation médicale plus élevé.

## POLOGNE

La Pologne commence à explorer les possibilités de développer les rôles avancés infirmiers, même si des infirmières spécialisées jouent déjà certains rôles avancés dans les consultations et dans le domaine des maladies chroniques.

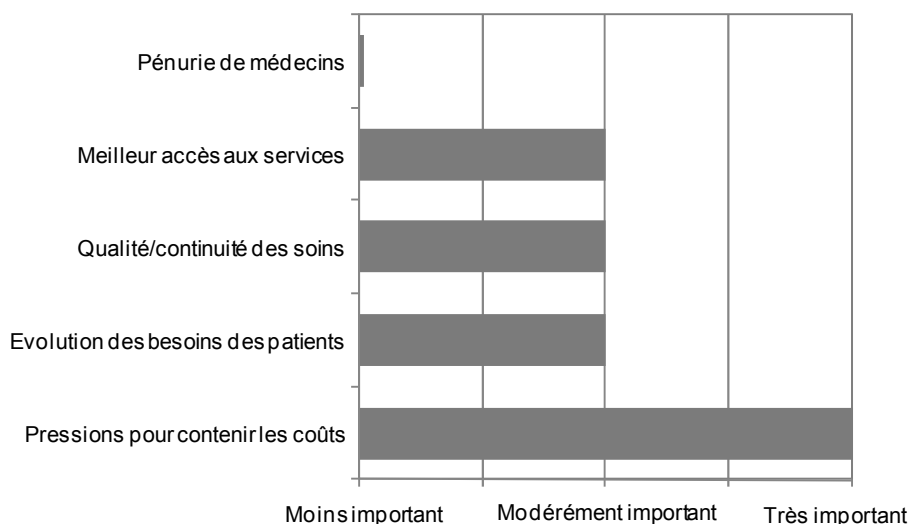
### 1. Description des rôles avancés infirmiers

Les infirmières spécialisées en Pologne peuvent effectuer des tâches avancées dans le domaine du diagnostic infirmier et des consultations (évaluations physiologique et psychologique avancées). Elles peuvent aussi être impliquées dans la gestion des maladies chroniques telles que le diabète et les maladies des reins en phase finale. Les infirmières dans les unités de soins d'urgence peuvent aussi réaliser certaines tâches avancées comme le tri et l'orientation des patients par ordre de priorité ou d'autres tâches avancées dans le domaine des premiers soins (par exemple intubation ou trachéotomie urgente). De plus, les infirmières anesthésistes peuvent également être en charge de tâches avancées dans les urgences et les premiers soins. D'un autre côté, il n'existe pas d'infirmières autorisées à prescrire des médicaments en Pologne.

### 2. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers

La pression sur les coûts est un facteur clef de motivation pour l'expansion des rôles avancés infirmiers en Pologne. Le besoin d'améliorer à la fois l'accès et la qualité et la continuité des soins pour mieux répondre à l'évolution des besoins des patients est aussi une raison importante qui encourage le développement de nouveaux rôles.

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en Pologne**

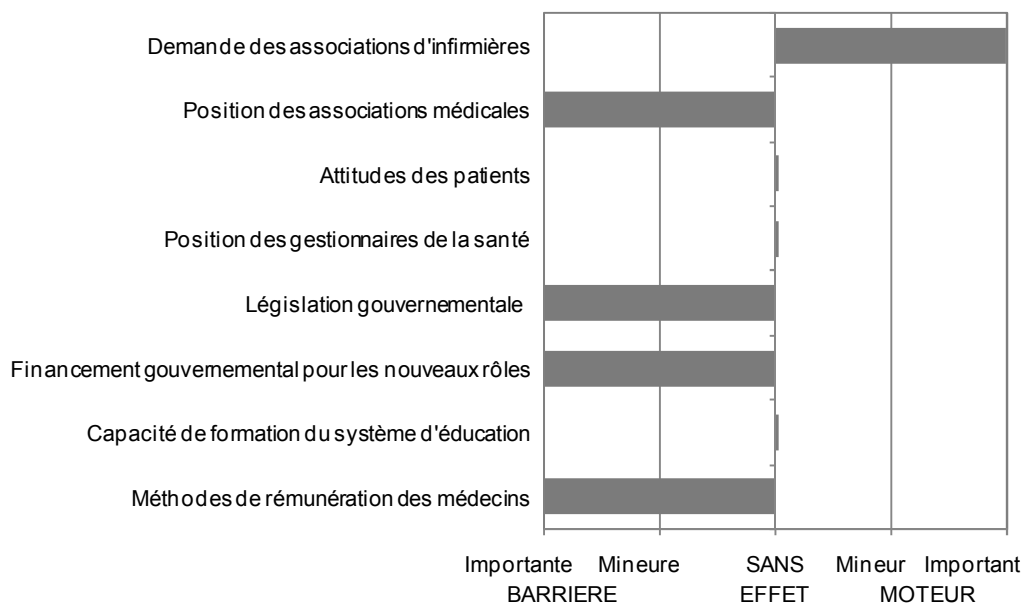


Source : Réponse du Principal Conseil des Infirmières et des Sages-femmes de Pologne au questionnaire (2009) de l'OCDE.

### 3. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Les revendications des associations d'infirmières sont le principal facteur facilitant le développement des rôles avancés infirmiers. Par ailleurs, quatre principaux obstacles ont été identifiés : l'opposition des associations de médecins, 2) la législation du gouvernement, 3) le financement de l'Etat pour encourager ces nouveaux rôles, et 4) les modes de rémunération des médecins.

**Graphique 2: Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en Pologne**



Source : Réponse du Principal Conseil des Infirmières et des Sages-femmes de Pologne au questionnaire (2009) de l'OCDE.

### 4. Orientations futures

Les futures orientations dans le domaine des pratiques infirmières avancées en Pologne devraient inclure la révision des lois nationales régissant les services que les infirmières peuvent fournir sans la supervision des médecins. Ce processus est en cours, bien qu'il soit difficile de prévoir lorsqu'il sera achevé.

## REPUBLIQUE TCHEQUE

La République Tchèque commence à peine à explorer les possibilités de développement des rôles avancés infirmiers, bien que des infirmières puissent déjà jouer certains rôles avancés dans le domaine des maladies chroniques et les blessures de manière non officielle (informelle).

### 1. Description des rôles avancés infirmiers

Selon la définition actuelle, les pratiques infirmières avancées en République Tchèque comprennent deux catégories d'infirmières:

- 1) Les infirmières spécialisées (qui ont été certifiées par un examen).
- 2) Les infirmières avec un diplôme de Master dans une discipline clinique (par exemple, gériatrie, oncologie, cardiologie).

Les infirmières spécialisées sont de plus en plus impliquées dans la gestion des maladies chroniques telles que l'asthme, les pathologies cardiaques, les attaques cérébrales (suivi), le diabète, le cancer, les insuffisances chroniques rénales. D'un autre côté, les infirmières ne sont pas autorisées à prescrire des médicaments en République Tchèque.

**Tableau 1 : . Infirmières en rôle avancé, nombres, principales tâches et niveau de formation, République Tchèque**

Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
1- Infirmières spécialisées	n.d.	n.d.	- consultations infirmières avancées et diagnostics - prescription et interprétation de tests de diagnostic (incluant des prescriptions de tests de laboratoire) - management de maladies chroniques (suivi pour des cas non aigus, éducation thérapeutique et conseils sur mode de vie)	2 ou 3 ans de spécialisation avec une attestation (examen)
2- Infirmières avec diplôme de Master dans une discipline clinique	n.d.	n.d.	- consultations infirmières avancées et diagnostics - prescription et interprétation de tests de diagnostic (incluant des prescriptions de tests de laboratoire)	Master

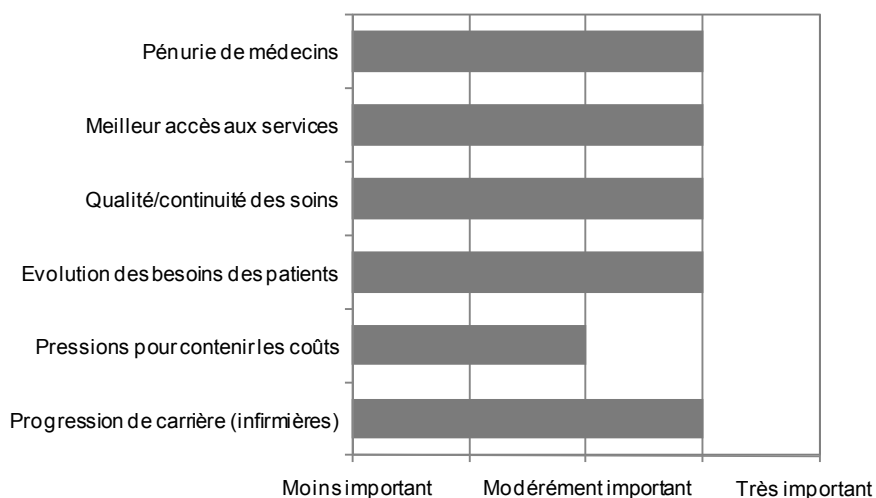
Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE

L'éducation de base de toutes les infirmières en République Tchèque comprend quatre années de formation dans un établissement secondaire. Pour devenir infirmière spécialisée, deux ans de formation complémentaire sont requis. Certaines universités proposent aussi des diplômes de premier cycle en sciences infirmières, qui durent trois ans, et un diplôme de Master en cinq ans (Rokosova *et al.*, 2005).

### 2. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers

Les principales raisons motivant la promotion des rôles avancés infirmiers incluent une pénurie de ressources humaines dans la santé (principalement des médecins) et le besoin d'améliorer l'accès et la qualité/continuité des soins afin de mieux répondre à l'évolution des besoins des patients. L'amélioration des perspectives de carrières dans le but de fidéliser les infirmières et réduire l'émigration vers d'autres pays européens sont aussi des facteurs importants.

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en République Tchèque**

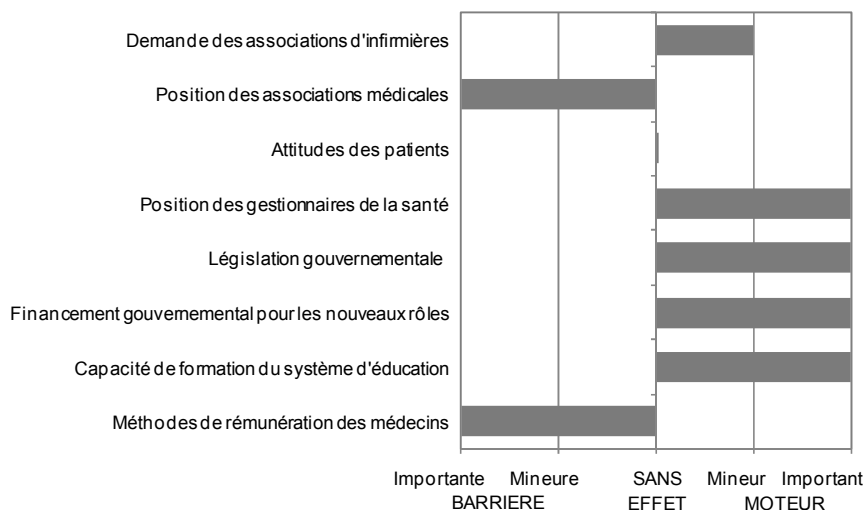


Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE.

### 3. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Un certain nombre de facteurs encouragent la progression des rôles avancés infirmiers, dont l'aide de l'Etat grâce à des modifications législatives, des financements, ainsi que la capacité du système éducatif à former les infirmières à des rôles plus avancés. Les deux principaux obstacles sont la position prise par les associations médicales et les modes de rémunérations des médecins.

**Graphique 2: Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en République Tchèque**



Source : Questionnaire (2009) de l'OCDE.

#### **4. Orientations futures**

Les orientations futures dans le domaine des pratiques avancées infirmières devraient inclure les étapes suivantes:

- La définition des diverses spécialisations infirmières par la réglementation.
- Le développement de programme de formation dans les spécialisations infirmières permettant d'atteindre une qualification spécifique (par exemple, chimiothérapie).
- Le soutien financier du gouvernement concernant la création de postes.

## ROYAUME-UNI (ANGLETERRE)

Le Royaume-Uni (Angleterre) possède une longue expérience d'infirmières en rôles avancés. Les infirmières praticiennes (souvent appelées à présent les « infirmières praticiennes avancées ») ont été introduites dans le « National Health Service » au début des années 1970, mais c'est dans la dernière décennie que leur nombre a proliféré. Au départ, les infirmières praticiennes avancées travaillaient pour la plupart dans les soins primaires, mais plus récemment elles ont été affectées en soins aigus, initialement aux services d'urgences, puis dans les autres services hospitaliers.

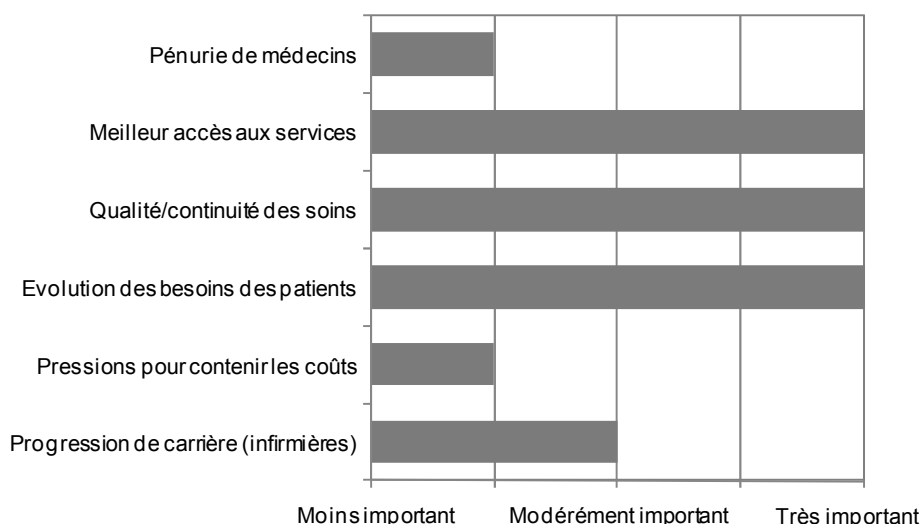
Il existe au moins quatre catégories d'infirmières praticiennes avancées en Angleterre: 1) les infirmières cliniciennes spécialisées, 2) les infirmières praticiennes (avancées), 3) les infirmières consultant, 4) les « matrons ». Il faut noter que le titre d'infirmière clinicienne spécialisée ne signifie pas automatiquement que l'infirmière exerce à un niveau avancé (Tableau 1). Certaines infirmières travaillant dans un domaine hautement spécialisé ne font pas de diagnostics ou de traitements de manière autonome, ni n'exercent à un haut niveau de décisions ou d'appréciations associées aux pratiques avancées.

Les infirmières au Royaume-Uni (Angleterre) ont acquis le droit de prescrire des médicaments au début des années 1990. De nos jours, toutes les infirmières (pas seulement celles qui travaillent en pratiques avancées) peuvent être formées en tant qu'infirmiers prescripteurs, à la condition qu'elles atteignent le niveau requis (diplôme de premier cycle universitaire), qu'elles aient au moins trois ans d'expérience et qu'elles aient complété le programme de formation spécifique qui comprend 26 jours de théorie et 12 jours de pratique.

### 1. Raisons à l'origine du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers

Trois raisons principales expliquent l'expansion des rôles avancés infirmiers au Royaume-Uni (Angleterre): améliorer l'accès aux services, promouvoir la qualité et la continuité des soins, et répondre de manière plus efficace à l'évolution des besoins des patients (Graphique 1).

**Graphique 1: Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en Angleterre**



Source : Réponse du Ministère de la Santé au questionnaire (2009) de l'OCDE.



**Tableau 1: Infirmières en rôle avancé, nombres, principales tâches et niveau de formation, Angleterre**

Catégorie	Nombre (absolu)	% de toutes les infirmières	Principales tâches	Niveau d'études (requis ou recommandé)
1- Infirmières cliniciennes spécialisées	n.d.	n.d.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée), selon la formation et le niveau de compétences</li> <li>- prescription et interprétation des tests de diagnostic (incluant la prescription de rayons X, d'ultrasons/échographies, prescription de tests de laboratoire), selon la formation et niveau de compétences</li> <li>- prescription de médicaments avec ou sans la supervision de médecins (si l'infirmière est inscrite en tant que prescripteur non médical)</li> <li>- management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus), selon le rôle et la formation</li> <li>- tri / orientation des patients par ordre de priorité (selon la formation et le niveau de compétences)</li> <li>- transfert des patients aux spécialistes (selon la formation et le niveau de compétences) / gestion des sorties des patients</li> </ul>	Diplôme de premier cycle universitaire ou Master, complété par une expérience approfondie dans le domaine d'exercice et un développement professionnel continu
2- Infirmières praticiennes (avancées) « (Advanced) Nurse Practitioners »	n.d.	n.d.	<p>Mêmes tâches que pour les infirmières cliniciennes spécialisées mais plus orientées sur les consultations médicales, en remplaçant fréquemment les médecins. Les tâches incluent (RCN, 2008) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recevoir les patients avec des problèmes non diagnostiqués et indifférenciés et évaluer leurs besoins de soins de santé</li> <li>- faire un dépistage des facteurs de risques et des signes précurseurs de maladie</li> <li>- faire des diagnostics différenciés</li> <li>- développer avec le patient un plan de soin infirmier, avec l'accent sur les mesures préventives</li> <li>- prescrire les tests nécessaires, et fournir les traitements et soins</li> <li>- fournir du conseil et de l'éducation thérapeutique</li> <li>- avoir l'autorité d'admettre ou de faire sortir des patients et adresser les patients à d'autres professionnels de santé</li> </ul>	Licence (« Bachelor degree ») au minimum – la plupart possèdent un diplôme de Master
3- Infirmières consultantes (« Nurse Consultants »)	971* (2009) (England)	0,2 %	<p>Infirmières très expérimentées. Elles se spécialisent dans un domaine particulier d'exercice et ont quatre fonctions principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) une pratique experte</li> <li>2) une fonction liée à la qualité de commandement (leadership) et au conseil</li> <li>3) les formations initiale et continue et l'amélioration des services de soins</li> <li>4) la recherche et l'évaluation</li> </ol>	Master et Doctorat
4a –« Modern Matrons »	5255* (2009) (England)	1,0 %	<p>Les « modern matrons » ont trois rôles principaux:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) assurer les plus grands standards de soins cliniques par le biais du développement d'un leadership chez les infirmières en première ligne et chez les autres personnels</li> <li>2) s'assurer que les services administratifs et de supports sont conçus pour atteindre les normes les plus élevées de soins (incluant la maîtrise de la propreté de l'hôpital, la prévention des infections en milieu hospitalier)</li> <li>3) assurer une présence importante dans les services – être quelqu'un vers lequel les patients et leurs familles puissent se tourner pour demander de l'aide</li> </ol>	Master ou expérience étendue
4b- « Community Matrons »	1654* (2009) (England)	0,3 %	<p>Les « community matrons » sont des infirmières expérimentées traitant des patients avec des problèmes chroniques, qui ont des besoins complexes, et risquent de fréquentes admissions non planifiées à l'hôpital. Elles agissent comme des « case managers » et sont capables de prendre en charge au domicile des cas en phase aiguë, pour éviter les hospitalisations.</p>	

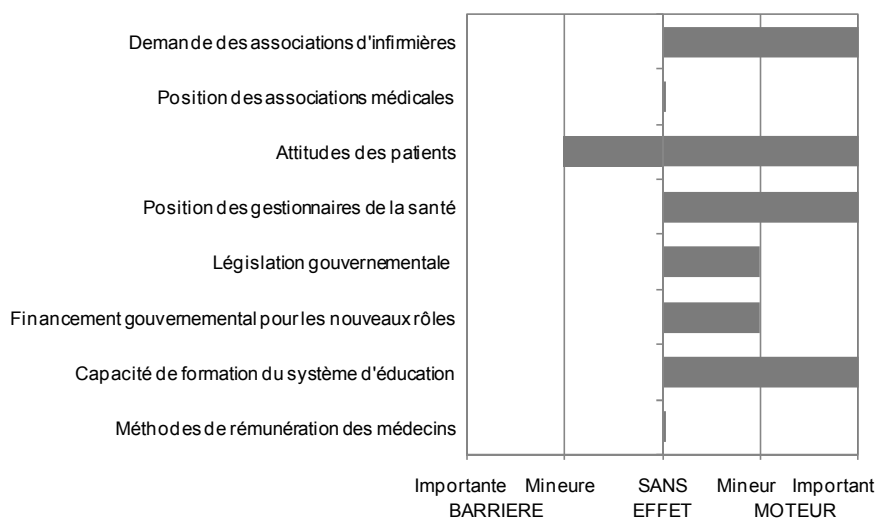
\*NHS information center (2010) Source: Questionnaire (2009) de l'OCDE (pour les tâches)

n.d. : non disponible

## 2. Facteurs entravant ou facilitant l'expansion des rôles avancés infirmiers

Trois principaux facteurs ont facilité la mise en place de rôles avancés infirmiers: 1) les revendications des associations d'infirmières, 2) le soutien des gestionnaires de santé, 3) la capacité du système éducatif à assurer la formation requise. Alors que l'attitude des patients était initialement un obstacle, cela a évolué et ces derniers soutiennent généralement maintenant des rôles avancés infirmiers. La position des associations de médecins a eu très peu d'impact global, ce qui contraste nettement avec la situation des autres pays.

**Graphique 2 : Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en Angleterre**



Source : Réponse du Département de la Santé au questionnaire (2009) de l'OCDE.

## 3. Evaluations dans les soins primaires

Plusieurs évaluations au Royaume-Uni ont montré que les infirmières en pratique avancée fournissaient des services fiables et de niveau comparable à ceux fournis par les médecins (Tableau 2).

## 4. Orientations futures

Les orientations futures dans le domaine des pratiques infirmières avancées au Royaume-Uni (Angleterre) pourraient inclure les étapes suivantes :

- La promotion des rôles avancés infirmiers dans les perspectives d'évolution de carrières. Le programme « Modernising Nursing Careers » a décrit les niveaux de compétences à différents stades de pratique, du niveau de débutant à celui d'expert. Cela permet d'établir des normes de pratiques avancées qui peuvent s'appliquer à l'ensemble du Royaume-Uni, et va probablement conduire à la mise en place d'un registre pour les pratiques avancées bien que cela n'ait pas été encore confirmé par le « Nursing and Midwifery Council ».
- L'extension du champ de pratique des infirmiers prescripteurs indépendants, pour prescrire davantage de produits stupéfiants, était en cours d'approbation lors de la rédaction de cette étude.

**Tableau 2: Analyse des évaluations sur l'impact des pratiques infirmières avancées dans les soins primaires, Royaume-Uni**

Auteur / Année	Type des activités	Principaux résultats Accès et qualité des soins / Coûts
Horrocks et al. (2002)	Comparaison des pratiques des infirmières praticiennes comme premier point de contact avec celles des médecins généralistes	Consultations plus longues des infirmières praticiennes et comportant plus d'investigations que les consultations des médecins généralistes. Pas de différences dans les prescriptions de médicaments, dans la réitération des consultations ou dans les orientations vers d'autres professionnels de santé. Pas de différences dans l'état de santé des patients. <b>Patients généralement plus satisfaits des soins fournis par les infirmières praticiennes</b>
Kinnersley et al. (2000)	Résultats des soins primaires de patients traités par des infirmières praticiennes ou des médecins généralistes	Les infirmières praticiennes ont fourni plus d'informations aux patients et ont effectué de plus longues consultations. Nombre similaire de prescriptions, d'investigations prescrites et d'orientations vers les spécialistes. Les solutions aux symptômes et autres problèmes de santé ne différaient pas entre les infirmières praticiennes et les médecins généralistes. Les patients consultant les infirmières praticiennes étaient, de manière significative, <b>plus satisfaits</b> .
Venning et al. (2000)	Efficacité en termes de coût des soins des infirmières praticiennes et des médecins généralistes	Les consultations des infirmières praticiennes étaient significativement plus longues. Pas de différence significative dans les modes de prescription ou les états de santé pour les deux groupes. Les patients étaient plus satisfaits des consultations des infirmières praticiennes (cette différence demeurait même après avoir contrôlé le temps de consultation).
Extended Role of Staff (EROS) Project (1999)	Comparaison des infirmières praticiennes et des médecins généralistes en cabinets	Médecins généralistes et stagiaires infirmières praticiennes d'accord sur 94% des diagnostics et 96% des décisions managériales. Les stagiaires infirmières praticiennes ont transféré 38% des patients aux médecins généralistes (principalement des cas plus complexes/incertains). Les infirmières praticiennes particulièrement appréciées pour leur aptitude à écouter et à conseiller les patients. Elles ont atteints de meilleurs résultats dans la prévention et la promotion de l'autogestion de la maladie
Griffiths et al. (2004)	Test d'un nouveau modèle de pratique dans les soins asthmatiques	Admissions à l'hôpital réduites pour des cas aigus d'asthmes non planifiés, l'année suivant l'intervention.
Watterson et al. (2009)	Evaluation de la progression de la prescription infirmière	Amélioration de l'accès des patients aux médicaments (moins de temps d'attente). Pas de problèmes concernant la sécurité des patients. Certains médecins généralistes se sont inquiétés que les infirmiers prescripteurs puissent être moins conscients des dangers de la consommation abusive de certains médicaments.

**ANNEX B: EXPERTS NATIONAUX AYANT PARTICIPÉ A CETTE ETUDE**

<b>Pays</b>	<b>Partenaires de recherche</b>	<b>Affiliation</b>
<b>Australie</b>	Mme Rosemary Bryant Mme Samantha Edwards	Ministère de la Santé et des Personnes Agées
<b>Belgique</b>	M. Miguel Lardennois M. Olivier Caillet	Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (DG 1-Organisation des Structures de Soins, secteur infirmier)
<b>Canada</b>	Mme Sandra MacDonald-Rencz  Mme Alba Di Censo	Bureau de la Politique des Soins Infirmiers Santé Canada  Université de McMaster, et Instituts de Recherche en Santé du Canada et Fondation Canadienne de la Recherche sur les services de santé
<b>Chypre</b>	Mme Anastasia Argyrou Mme Chryso Gregoriadou Mme Christina Ioannidou	Ministère de la Santé
<b>République Tchèque</b>	Mme Nina Mullerova Mme Katerina Pribylova  Mme Veronika Di Cara	Ministère de la Santé Ministère de la Santé  Association des Infirmières Tchèques
<b>Angleterre</b>	M. David Foster Mme Chris Caldwell Mme Maureen Morgan	Ministère de la Santé
<b>Finlande</b>	Mme Marjukka Vallimies-Patomaki	Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
<b>France</b>	Mme Marie-Andrée Lautru	Ministère de la Santé et des Sports (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)
<b>Irlande</b>	Mme Sheila O'Malley  Mme Siobhan O'Halloran	Ministère de la Santé et des Enfants  Bureau des Services Infirmiers, Dr Steevens Hospital
<b>Japon</b>	Mme Noriko Ishikawa Mme Youko Shimada Mme Kiyoko Okuda Mme Shio Sugita	Ministère de la Santé, de la Main-d'œuvre et de l'Aide sociale, Bureau de la Politique en matière de Santé
<b>Pologne</b>	M Tomasz Niewiadomski	Principal Conseil des Infirmières et des Sages- femmes
<b>Etats-Unis</b>	Mme Susan Reinhard	AARP (Association Américaine des Personnes Retraitées), Center to Champion Nursing in America

**DOCUMENTS DE TRAVAIL DE L'OCDE SUR LA SANTE**

Les documents de travail les plus récents sont les suivants:

- No. 53 *COMPARING PRICE LEVELS OF HOSPITAL SERVICE ACROSS COUNTRIES: RESULTS OF A PILOT STUDY* (2010) Luca Lorenzoni
- No. 52 *GUIDELINES FOR IMPROVING THE COMPARABILITY AND AVAILABILITY OF PRIVATE HEALTH EXPENDITURES UNDER THE SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS FRAMEWORK* (2010) Ravi P. Rannan-Eliya and Luca Lorenzoni
- No. 51 *EFFECTIVE WAYS TO REALISE POLICY REFORMS IN HEALTH SYSTEMS* (2010) Jeremy Hurst
- No. 50 *HEALTH SYSTEMS INSTITUTIONAL CHARACTERISTICS A SURVEY OF 29 OECD COUNTRIES* (2010) Valerie Paris, Marion Devaux and Lihan Wei
- No. 49 *THE CHALLENGE OF FINANCING HEALTH CARE IN THE CURRENT CRISIS* (2010) Peter Scherer, Marion Deveaux
- No. 48 *IMPROVING LIFESTYLES, TACKLING OBESITY: THE HEALTH AND ECONOMIC IMPACT OF PREVENTION STRATEGIES* (2009) Franco Sassi, Michele Cecchini, Jeremy Lauer and Dan Chisholm
- No. 47 *HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT: PATIENT SAFETY INDICATORS REPORT 2009* (2009) Saskia Drösler, Patrick Romano, Lihan Wei; and *ANNEX* Saskia Drösler
- No. 46 *EDUCATION AND OBESITY IN FOUR OECD COUNTRIES* (2009) Franco Sassi, Marion Devaux, Jody Church, Michele Cecchini and Francesca Borgonovi
- No. 45 *THE OBESITY EPIDEMIC: ANALYSIS OF PAST AND PROJECTED FUTURE TRENDS IN SELECTED OECD COUNTRIES* (2009) Franco Sassi, Marion Devaux, Michele Cecchini and Elena Rusticelli
- No. 44 *THE LONG-TERM CARE WORKFORCE: OVERVIEW AND STRATEGIES TO ADAPT SUPPLY TO A GROWING DEMAND* (2009) Rie Fujisawa and Francesca Colombo
- No. 43 *MEASURING DISPARITIES IN HEALTH STATUS AND IN ACCESS AND USE OF HEALTH CARE IN OECD COUNTRIES* (2009) Michael de Looer and Gaetan Lafortune
- No. 42 *POLICIES FOR HEALTHY AGEING: AN OVERVIEW* (2009) Howard Oxley
- No. 41 *THE REMUNERATION OF GENERAL PRACTITIONERS AND SPECIALISTS IN 14 OECD COUNTRIES: WHAT ARE THE FACTORS EXPLAINING VARIATIONS ACROSS COUNTRIES?* (2008) Rie Fujisawa and Gaetan Lafortune
- No. 40 *INTERNATIONAL MOBILITY OF HEALTH PROFESSIONALS AND HEALTH WORKFORCE MANAGEMENT IN CANADA: MYTHS AND REALITIES* (2008) Jean-Christophe Dumont, Pascal Zurn, Jody Church and Christine Le Thi

Voir la liste complète des documents de travail de l'OCDE sur la santé à :  
<http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>

**PUBLICATIONS RÉCENTES DE L'OCDE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE**

*AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DU SECTEUR DE LA SANTÉ : LE RÔLE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS* (2010, à paraître)

*MAKING REFORM HAPPEN – LESSONS FROM OECD COUNTRIES* (2010)

*PANORAMA DE LA SANTE 2009 : LES INDICATEURS DE L'OCDE* (2009).

Voir <http://www.oecd.org/sante/panoramadelasante> pour plus d'informations

*OBTENIR UN MEILLEUR RAPPORT QUALITÉ-PRIX DANS LES SOINS DE SANTÉ* (2009), *ÉTUDES DE L'OCDE SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ*

*ECO-SANTE OCDE 2010: STATISTIQUES ET INDICATEURS* (2010),  
[www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)

*OECD REVIEWS OF HEALTH SYSTEMS - TURKEY* (2009)

*LES PERSONNELS DE SANTE DANS LES PAYS DE L'OCDE. COMMENT REpondre A LA CRISE IMMINENTE?* (2008)

*PHARMACEUTICAL PRICING POLICIES IN A GLOBAL MARKET* (2008)

*EXAMENS DE L'OCDE DES SYSTEMES DE SANTE: SUISSE* (2006)

*LONG-TERM CARE FOR OLDER PEOPLE* (2005), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

*TECHNOLOGIES DE LA SANTE ET PRISE DE DECISION* (2005),

*OECD REVIEWS OF HEALTH CARE SYSTEMS - FINLAND* (2005)

*OECD REVIEWS OF HEALTH CARE SYSTEMS - MEXICO* (2005)

*PRIVATE HEALTH INSURANCE IN OECD COUNTRIES* (2004), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

*TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS - POLICY STUDIES* (2004), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

*TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS* (2004), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

*OECD REVIEWS OF HEALTH CARE SYSTEMS - KOREA* (2003)

*A DISEASE-BASED COMPARISON OF HEALTH SYSTEMS: WHAT IS BEST AND AT WHAT COST?* (2003)

Pour une liste complète, veuillez consulter la librairie en ligne de l'OCDE à [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)