



**DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION**



**Synthèse d'information :**  
**L'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada**

Le 6 juillet 2011

#### McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés, de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer un rôle de pivot de l'amélioration des résultats de santé grâce à la résolution collective des problèmes. En agissant au niveau régional/provincial et au niveau national, le Forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants prêts à mettre en œuvre des actions pour surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le Forum agit comme un agent de changement en donnant aux parties prenantes la possibilité d'influencer les agendas gouvernementaux, de mettre en œuvre des mesures mûrement réfléchies et de communiquer efficacement les raisons sous-jacentes à ces mesures.

#### Auteurs

Fadi El-Jardali, MPH, PhD, leader invité, McMaster Health Forum  
John N. Lavis, MD, PhD, directeur, McMaster Health Forum, et professeur, McMaster University

#### Financement

La présente synthèse d'information et le dialogue avec les parties prenantes qu'elle devait éclairer ont été financés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et Santé Canada. Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de McMaster University. Les points de vue exprimés dans la synthèse d'information sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux des bailleurs de fonds ou du McMaster Health Forum.

#### Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial lié à la synthèse d'information. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans l'évaluation, la synthèse ou la présentation des données de recherche décrites dans la synthèse d'information.

#### Examen du mérite

Quelques chercheurs, décideurs et parties prenantes ont examiné la synthèse d'information afin d'en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour le système de santé.

#### Remerciements

Les auteurs remercient Margherita Cina (boursière, McMaster Health Forum) pour la gestion des références bibliographiques, ainsi que Julie Baird (responsable des opérations, McMaster Health Forum) pour son aide pour la prise de rendez-vous afin de réaliser les entrevues auprès des informateurs clés. Nous remercions Ileana Ciurea (directrice générale, McMaster Health Forum) pour ses services de gestion de projet et de soutien. Nous sommes reconnaissants aux membres du Comité directeur, et particulièrement à Alba DiCenso, pour ses commentaires et suggestions éclairants et de nous avoir fait part de publications pertinentes sur le sujet. Nous sommes aussi reconnaissants aux examinateurs qui ont formulé des commentaires sur des versions précédentes du document, soit Marsha Barnes, Bronwyn Davies, Doris Grinspun, Brian Hutchison et Rob Wedel.

#### Citation

El-Jardali F, Lavis JN. Synthèse d'information : L'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada. Hamilton, Canada : Forum de McMaster sur la santé, le 6 juillet 2011.

#### Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7963 (imprimé)  
ISSN 1929-7971 (en ligne)

La traduction a été rendue possible grâce à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). La traduction a été révisée par François-Pierre Gauvin du McMaster Health Forum.

Dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

**Table des matières**

MESSAGES CLÉS..... 5

RAPPORT ..... 7

LE PROBLÈME ..... 11

    Le fardeau imposé par les maladies chroniques s'alourdit ..... 11

    Les programmes et les services efficaces ne parviennent pas à tous les patients ..... 12

    Les structures actuelles du système de santé ne garantissent pas un accès optimal aux soins  
    de santé primaires..... 13

TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR ABORDER LE PROBLÈME..... 17

    Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique..... 19

    Élément 2 – Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus..... 20

    Élément 3 – Lancer une campagne d'information/d'éducation ..... 21

IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE ..... 23

RÉFÉRENCES..... 25

ANNEXE ..... 28



## MESSAGES CLÉS

### Quel est le problème?

- Le problème réside dans le fait que les infirmières praticiennes ne sont pas complètement intégrées dans les milieux de soins de santé primaires où elles peuvent améliorer l'éventail et la qualité des services disponibles. Le problème a les caractéristiques suivantes :
  - le fardeau imposé par les maladies chroniques s'alourdit, ce qui impose davantage de demandes au secteur des soins de santé primaires;
  - les programmes et les services efficaces ne parviennent pas à tous les patients et souvent, les soins de santé primaires qu'ils reçoivent ne sont pas aussi proactifs et coordonnés qu'ils le seraient idéalement;
  - la structure actuelle du système de santé ne garantit pas un accès optimal aux soins de santé primaires, le fonctionnement optimal des équipes de soins de santé primaires ou l'uniformité de l'éducation et de la réglementation des infirmières praticiennes au Canada.

### Que savons-nous à propos de trois éléments d'une approche pour aborder le problème?

- **Élément 1 :** Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique sur l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada.
  - Il faut à cette fin réunir des parties prenantes clés pour qu'elles soient « sur la même longueur d'onde » et bâtir sur cette entente pour chercher à obtenir du financement réservé afin d'intégrer les infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada.
  - Nous n'avons pas trouvé de revue systématique portant sur cet élément.
  - Les enjeux qui pourraient favoriser la délibération comprennent le fait de procéder de la même façon pour obtenir l'appui de nombreuses parties prenantes et du financement fédéral pour une nouvelle initiative d'envergure de lutte contre le cancer, mais aussi la renégociation de l'*Accord sur les soins de santé* au Canada qui offre une occasion de lancer une telle initiative.
- **Élément 2 :** Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus (et en particulier des normes) d'éducation et de réglementation des infirmières praticiennes au Canada.
  - Il faut à cette fin mettre de l'ordre dans la mosaïque actuelle de normes d'éducation et de réglementation au Canada, qui nuit aux efforts déployés dans les provinces et les territoires et entre eux pour intégrer les infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires et qui limite considérablement leur mobilité.
  - Nous n'avons pas trouvé de revue systématique portant sur cet élément.
  - Les enjeux qui pourraient stimuler la délibération comprennent le fait qu'il est possible d'uniformiser considérablement les normes au Canada, que des juridictions au Canada et à l'étranger ont réussi à uniformiser les normes de réglementation des infirmières praticiennes et que des modifications du chapitre 7 de l'*Accord sur le commerce intérieur* au Canada ont obligé à agir ou à désigner les infirmières praticiennes comme une exception.
- **Élément 3 :** Lancer une campagne d'information/d'éducation à niveau national ou dans des provinces/territoires afin de mieux faire connaître comment des innovations (notamment l'intégration des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires) pourraient mieux répondre aux besoins des patients dans les milieux de soins de santé primaires.
  - Il faut à cette fin faire savoir davantage que les infirmières praticiennes peuvent prodiguer, dans de nombreux domaines cliniques, des soins aussi sécuritaires et efficaces que les médecins de première ligne que les Canadiens connaissent si bien, et qu'elles peuvent travailler en partenariat avec les médecins.
  - Les médias traditionnels peuvent exercer une influence positive sur les comportements, mais il n'existe aucune étude systématique qui a abordé la question de savoir si et comment les médias traditionnels et les nouveaux médias attirent plus d'attention sur un enjeu.

**Quelles implications liées à la mise en œuvre faut-il ne pas oublier?**

- Les plus gros obstacles à la mise en œuvre de ces éléments sont probablement au niveau des professionnels. En effet, les médecins et leurs associations forment un groupe de professionnels nombreux, généralement tenus en haute estime et dotés de ressources importantes. Ceux-ci n'ont jamais appuyé l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires et y ont résisté activement dans certains cas, même si la situation semble changer dans certaines juridictions.
- Inscrire cet enjeu à l'agenda d'un forum national et trouver des moyens permettant à une association représentant des organisations de soins de santé primaires de gagner en maturité (et donnant une voix à un vaste éventail de fournisseurs de soins de santé primaires, y compris les infirmières praticiennes, dans ces associations) constituent deux stratégies transversales de mise en œuvre sur lesquelles il vaut la peine de se pencher.



## RAPPORT

Les infirmières praticiennes sont « des infirmières autorisées dont la formation et l'expérience sont plus approfondies, qui font preuve des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostics, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome » (1). Même si elles peuvent travailler dans de nombreux milieux, nous nous concentrons ici sur le travail qu'elles font dans les milieux de soins de santé primaires.

La définition optimale des « soins de santé primaires » et l'expression « soins de santé primaires » demeurent contestées, même s'il y a souvent d'importants éléments de consensus chez ceux qui préconisent certaines définitions et certains des termes en particulier. Pour des raisons pratiques, nous utilisons l'expression « soins de santé primaires » qui englobe plus que les soins de santé habituellement représentés par l'expression « soins primaires ». Nous reconnaissons toutefois que la discussion porte en grande partie sur une interprétation plus étroite de l'expression.

Les infirmières praticiennes constituaient un des deux types d'infirmières en pratique avancée qui ont fait l'objet d'une synthèse d'aide à la prise de décision réalisée en 2009 (2). La pratique infirmière avancée fait référence à un « niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence au service des besoins des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations dans le domaine de la santé. Elle consiste à analyser et résumer des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et des résultats de recherche, à créer des connaissances et à faire avancer le savoir en soins infirmiers, ainsi qu'à promouvoir l'ensemble de la profession » (3).

La synthèse d'aide à la décision a résumé les connaissances issues de la recherche qui sont disponibles afin de mieux comprendre le rôle des infirmières en pratique avancée (y compris les infirmières praticiennes), les milieux où elles œuvrent actuellement et les facteurs du système de santé qui jouent sur leur intégration réelle dans le système de santé au Canada (2). La synthèse a aussi présenté les recommandations de parties prenantes clés sur la façon d'aborder l'intégration des infirmières en pratique avancée (y compris les infirmières praticiennes) au Canada.

Certaines des parties prenantes qui ont lu la synthèse d'aide à la décision ont affirmé que l'Annexe C contenait

### Encadré 1 : Contexte de la synthèse d'information

Cette synthèse d'information met en lumière des données de recherches mondiales et locales sur un problème, trois éléments d'une approche pour l'aborder et les principales implications liées à la mise en œuvre de ces éléments. La synthèse d'information s'appuie sur les résultats d'une synthèse d'aide à la décision (2). La synthèse d'information résume aussi, dans la mesure du possible, d'autres données de recherche tirées de revues systématiques de la littérature scientifique et, à l'occasion, d'études individuelles. Une revue systématique résume les études portant sur une question claire et utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, choisir et évaluer les études scientifiques et résumer des données tirées de ces études. La synthèse d'information ne présente pas de recommandations.

La préparation de la synthèse d'information a comporté cinq étapes :

- 1) réunir un Comité directeur constitué de représentants d'organismes partenaires et du McMaster Health Forum;
- 2) définir et améliorer le cadre de référence de la synthèse d'information et en particulier énoncer le problème et trois façons viables de l'aborder en consultation avec le Comité directeur et un certain nombre d'informateurs clés, ainsi qu'avec l'aide de plusieurs cadres conceptuels qui ont permis d'organiser les réflexions quant aux façons d'aborder l'enjeu;
- 3) identifier, choisir, évaluer et résumer des données de recherche pertinentes sur le problème, les éléments d'une approche et les implications liées à la mise en œuvre;
- 4) rédiger la synthèse d'information de façon à présenter les données de recherches mondiales et locales de manière concise et dans un langage accessible;
- 5) rédiger la version finale de la synthèse d'information en tenant compte des commentaires de plusieurs examinateurs.

Les trois éléments d'une façon d'aborder le problème ne sont pas mutuellement exclusifs. Il est possible de chercher à les appliquer simultanément (telle était l'intention des parties prenantes qui les ont définis) mais il est aussi possible de retenir certains aspects pour créer un nouvel élément (un quatrième).

La synthèse d'information visait à éclairer un dialogue avec les parties prenantes au cours duquel les données de recherche font partie des nombreux facteurs dont il faut tenir compte. Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. L'un des objectifs du dialogue est de susciter des réflexions uniques – réflexions qui ne sont possibles que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions sur un problème, ou affectées par ces décisions, peuvent collaborer. Il a également été conçu pour encourager les participants à agir pour résoudre le problème, mais aussi pour influencer d'autres personnes, notamment ceux qui prendront connaissance du résumé du dialogue et des entrevues vidéo avec les participants du dialogue.

« l'étalon-or », c'est-à-dire un résumé des connaissances acquises au cours des dernières décennies au sujet de la sécurité et de l'efficacité des soins infirmiers en pratique avancée (et, pour nos besoins en l'occurrence, les infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires). L'annexe, qui a remplacé la synthèse antérieure qui était dépassée depuis longtemps et qui recensait les recherches sur l'efficacité des infirmières praticiennes (4), comportait 28 essais contrôlés randomisés portant sur la question, dont 15 provenaient des États-Unis, huit du Royaume-Uni, trois du Canada et deux des Pays-Bas (2). Les essais visaient généralement à établir l'équivalence entre les infirmières praticiennes et les médecins (et non leur supériorité). La conclusion générale de la synthèse est la suivante : les infirmières praticiennes en soins de santé primaires sont des professionnelles sécuritaires et efficaces qui peuvent avoir un effet positif sur tout un éventail de résultats (Tableau 1).

**Tableau 1 : Nombre d'études portant sur la sécurité et l'efficacité des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires et indiquant des types de résultats en particulier**

Direction de l'effet	Résultats axés sur les patients				Résultats axés sur les fournisseurs	Résultats axés sur le système	
	État de santé	Qualité de vie	Qualité des soins	Satisfaction des patients	Satisfaction des fournisseurs	Coûts	Durée du séjour
Amélioration	7			6		2	1
Diminution						1	
Aucune différence	15	2	2	5	1	1	

Source : (5), qui s'inspire de (2), Annexe C

Un document de travail de l'OCDE qui passait en revue l'évolution des infirmières en pratique avancée dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, République tchèque, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, Royaume-Uni et États-Unis) et en particulier leurs rôles en soins primaires, a constaté que :

- l'utilisation d'infirmières praticiennes peut améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente;
- le transfert de certaines tâches des médecins aux infirmières praticiennes n'a pas d'effet négatif sur la sécurité des patients ou sur l'évolution de leur état de santé et la satisfaction des patients est demeurée stable ou a augmenté (souvent parce que les infirmières ont tendance à passer plus de temps à écouter les problèmes des patients et à les conseiller);
- remplacer des médecins par des infirmières praticiennes pour des activités auparavant effectuées par les médecins ne coûte rien ou réduit les coûts (les réductions de coûts découlant souvent de salaires moins élevés, des hospitalisations moins longues ou de la diminution du nombre des réadmissions de patients qui ont reçu récemment des soins de suivi d'une infirmière praticienne après avoir obtenu leur congé) tandis que demander à des infirmières praticiennes d'améliorer les services ou la qualité comme activité supplémentaire peut augmenter les coûts si l'effet du salaire moins élevé des infirmières praticiennes est atténué en partie ou en totalité par d'autres facteurs comme les consultations de plus longue durée, l'augmentation du nombre de patients aiguillés vers d'autres médecins ou des taux de rappel plus élevés et, dans certains cas, la prescription d'un plus grand nombre d'examen (même s'il n'est pas tenu compte des réductions de coûts à long terme qui peuvent découler d'une amélioration de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la prise en charge des maladies chroniques) (6).

De plus, l'expérience de certaines communautés en Colombie-Britannique, où des cabinets de soins de santé primaires n'acceptaient plus de nouveaux patients, indique que le transfert de certaines tâches des médecins aux infirmières praticiennes n'a eu aucun effet négatif sur le revenu des médecins et a eu un effet positif sur leur satisfaction (7). Les revenus des médecins et leur satisfaction pourraient toutefois diminuer lorsque les cabinets n'affichent pas « complet ».

Cette synthèse d'information s'appuie sur la synthèse d'aide à la décision afin de passer en revue les données de recherche portant sur : 1) les défis liés à l'intégration limitée des infirmières praticiennes dans les milieux des soins de santé primaires au Canada en dépit de résultats convaincants (ce que nous appelons ci-après le problème); 2) trois éléments d'une approche pour aborder le problème et qui, par conséquent, pourraient contribuer à une plus grande intégration des infirmières praticiennes; et 3) les implications liées à la mise en œuvre de chacun de ces éléments. Les milieux des soins de santé primaires constituent certes le thème principal, mais beaucoup des mêmes enjeux sont tout aussi pertinents aux soins à domicile, aux soins de santé mentale, aux programmes de soins palliatifs dans la collectivité, ainsi qu'aux soins de santé primaires fournis dans des établissements de soins de longue durée et de soins de santé mentale. Une autre synthèse d'information accompagne celle-ci et porte plus spécifiquement sur le rôle des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs (8).

Certains facteurs contextuels liés au système de santé et aux politiques de santé ont pu avoir un impact sur les efforts visant à intégrer les infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires :

- historiquement, les soins de santé primaires ont été prodigués surtout par des médecins seuls ou par de petits groupes de médecins de premier première ligne (c.-à-d. des omnipraticiens ou médecins de famille) travaillant dans le secteur privé et rémunérés par le secteur public (rémunération à l'acte), les infirmières praticiennes étant limitées aux cabinets où les médecins sont salariés (p. ex., les centres de santé communautaires) ou rémunérés par capitation (p. ex., les organisations de services de santé) (9);
- la communauté de politiques qui a fait son apparition autour des soins de santé primaires a été (et demeure) dominée principalement par les médecins(9);
- il y a eu récemment une expansion importante de la pratique collective en soins de santé primaires et différents autres modes de rémunération proposés (p. ex., Équipes santé familiale en Ontario), ainsi que des possibilités d'embaucher des infirmières praticiennes et, dans certains cas, des possibilités pour les infirmières praticiennes de diriger des équipes de soins de santé primaires (p. ex., les cliniques dirigées par une infirmière praticienne dans les collectivités mal desservies);
- nous avons aussi vu apparaître récemment la nouvelle catégorie des « auxiliaires médicaux » qui travaillent sous la surveillance directe d'un médecin (y compris dans les milieux de soins de santé primaires) et le nouveau rôle des infirmières praticiennes en anesthésie en Ontario, sans oublier les rôles qui existent toujours comme ceux de cliniciens adjoints (qui peuvent être des infirmières ou des médecins) dans plusieurs provinces (habituellement en milieu de soins actifs), et d'infirmières exerçant un

## Encadré 2 : Observations sur l'équité

Un problème peut avoir des répercussions disproportionnées sur certains groupes au sein de la société. Les avantages, les dangers et les coûts des options qui permettent de faire face à un problème peuvent varier entre les groupes. Les implications liées à la mise en œuvre peuvent aussi varier entre les groupes.

Une des façons d'identifier les groupes nécessitant une attention particulière consiste à examiner huit attributs pouvant être utilisés pour décrire des groupes (tels qu'identifiés par le cadre « PROGRESS »)† :

- le lieu de résidence (p. ex., les populations rurales et éloignées);
- la race, l'origine ethnique et la culture (p. ex., les populations des Premières nations et Inuits, les populations immigrantes et les minorités linguistiques);
- l'emploi ou plus généralement l'expérience du marché du travail (p. ex., les personnes en situation d'emploi précaire);
- le genre;
- la religion;
- le niveau d'éducation (p. ex., la littératie en santé);
- la situation socioéconomique (p. ex., les populations économiquement désavantagées);
- le capital social/l'exclusion sociale.

La synthèse d'information s'efforce de viser tous les citoyens, mais elle cherche aussi (lorsque c'est possible) à déterminer si et comment les données existantes et les résultats de recherche accordent une attention particulière aux personnes ou aux patients en milieux urbains (souvent bien desservis) par rapport aux milieux ruraux. Il est important de porter une attention sérieuse à d'autres groupes (p. ex., les peuples autochtones au Canada vivant en milieu urbain, itinérants, nouveaux immigrants et personnes dont la situation socioéconomique est désavantagée ou qui vivent avec une maladie mentale) et il serait possible d'adopter une approche semblable pour chacun de ces groupes.

† Le cadre PROGRESS a été élaboré par Tim Evans et Hilary Brown (Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion* 2003;10(1-2): 11-12). Il est mis à l'essai par le Cochrane Collaboration Health Equity Field comme moyen d'évaluer l'effet d'interventions sur l'équité en santé.

rôle élargi qui peuvent être le seul fournisseur de soins de santé de première ligne dans certaines collectivités rurales et éloignées (ces infirmières ne sont toutefois pas des infirmières praticiennes en soi et se chargent de l'évaluation, du diagnostic et du traitement de patients qui ont des problèmes de santé simples et peuvent être en contact téléphonique avec le médecin de garde qui les conseillera et pourront transférer au médecin les cas urgents complexes);

- le grand public méconnaît en grande partie les infirmières praticiennes et le rôle qu'elles jouent ou peuvent jouer dans les soins de santé primaires (et il risque d'être en proie à une certaine confusion causée par des distinctions entre les auxiliaires médicaux, les infirmières auxiliaires autorisées (en Ontario et dans d'autres provinces et territoires), les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes), et les associations médicales appuient souvent les infirmières praticiennes lorsqu'elles font partie d'équipes dirigées par un médecin, mais elles appuient moins les initiatives comme celles des cliniques dirigées par une infirmière praticienne<sup>1</sup>;
- il n'existe pas de forum qui donne aux infirmières praticiennes la même possibilité d'influencer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sur les soins de santé primaires comme celui dont dispose les médecins dans le cadre des négociations contractuelles entre les gouvernements provinciaux et les associations médicales (qui suivent habituellement des cycles de deux, trois ou quatre ans). Parfois, ces forums axés sur les médecins prennent des décisions qui ont des répercussions importantes sur les infirmières praticiennes (p. ex., la création d'incitatifs pour les soins préventifs prodigués par les infirmières praticiennes ou d'autres membres de l'équipe de soins de santé primaires qui ne sont pas médecins).

D'autres forums ou événements pourraient attirer l'attention sur les enjeux liés aux infirmières praticiennes (mais ne le font pas actuellement) tels que les élections provinciales et les négociations fédérales-provinciales-territoriales relatives aux accords sur la santé (p. ex., les négociations relatives au transfert canadien en matière de santé qui doivent se terminer en 2014 et permettraient d'établir une nouvelle vision qui pourrait guider l'élaboration des politiques de santé pendant la décennie à venir). Le défi demeurera toutefois le même : les infirmières praticiennes continueront d'être proportionnellement peu nombreuses comparativement aux médecins et comparativement à d'autres types de professionnels de la santé.

Il convient aussi de mentionner deux caractéristiques du contexte plus général de la politique et du système de santé qui compliquent l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada :

- le système de santé du Canada comporte 13 systèmes financés par le secteur public (10 provinces et trois territoires); et
- chaque province a dévolu aux autorités régionales de la santé des décisions sur la planification, le financement et l'intégration des soins de santé et le nombre d'autorités régionales de la santé et les types de décisions que chacune peut prendre varient selon la province (même si certaines provinces, comme l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard, ont « recentralisé » la prise de décision).

C'est pourquoi les travaux d'intégration d'envergure passent obligatoirement par une vision et un plan convenu à l'échelon national (ou provincial), ou bien l'intégration se fera par province ou par région, ce qui exigera beaucoup de temps et affectera la capacité de tout groupe de professionnels de la santé, et encore plus celle d'un groupe aussi peu nombreux que celui des infirmières praticiennes.

---

<sup>1</sup> Des groupes de médecins ont appuyé davantage les rôles des infirmières praticiennes dans le système de santé à certaines époques. En 1978, le président du Collège des médecins de famille du Canada, le Dr Hollister King, signalait que « l'objectif d'avoir des infirmières en soins familiaux n'était pas de fournir des soins médicaux à meilleur marché à la population canadienne : c'était plutôt de prodiguer des soins complets à la population canadienne qui apprendrait rapidement à les apprécier » (traduction libre).(10)

## **LE PROBLÈME**

Le grand problème réside dans le fait que les infirmières praticiennes ne sont pas intégrées complètement dans les milieux de soins de santé primaires où elles peuvent améliorer l'éventail et la qualité des services disponibles. Il est possible de comprendre le problème en tenant compte des facteurs suivants : 1) le fardeau imposé par les maladies chroniques s'alourdit, ce qui est une des nombreuses causes qui imposent aux soins de santé primaires des exigences plus importantes que jamais; 2) les patients ne reçoivent pas tous des programmes et des services efficaces et souvent, les soins de santé primaires qu'ils finissent par recevoir ne sont pas aussi proactifs et coordonnés qu'ils le seraient idéalement; et 3) les structures actuelles du système de santé ne garantissent pas un accès optimal aux soins de santé primaires, le fonctionnement optimal de l'équipe de soins de santé primaires, ni l'uniformité de l'éducation et de la réglementation des infirmières praticiennes au Canada.

### **Le fardeau imposé par les maladies chroniques s'alourdit**

Le fardeau imposé par les maladies chroniques s'alourdit, ce qui est un des nombreux facteurs qui imposent aux soins de santé primaires des exigences plus importantes que jamais(11). Selon l'Organisation mondiale de la santé, la tendance du fardeau mondial imposé par la maladie effectue un virage vers les problèmes chroniques depuis un certain temps(12).

Beaucoup de Canadiens vivent avec au moins une maladie chronique, surtout à mesure qu'ils vieillissent, et ces maladies chroniques constituent la principale cause de décès au Canada :

- 23 % des adultes au Canada en 2008 vivaient avec le diabète, une maladie cardiovasculaire, avaient été victimes d'un accident vasculaire cérébral ou avaient de l'hypertension artérielle(13);
- 2 % des personnes âgées de 20 à 29 ans en 2005 vivaient avec au moins deux maladies chroniques, soit (en l'occurrence) au moins une des suivantes : arthrite, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension artérielle et troubles thyroïdiens; et 11 % d'entre eux avaient une maladie chronique(14;15);
- chez les personnes âgées de 80 ans ou plus en 2005, 48 % vivaient avec au moins deux maladies chroniques et 34 %, avec une maladie chronique (14;15);
- le cancer, les maladies cardiovasculaires et l'accident vasculaire cérébral constituaient les trois principales causes de décès qui, ensemble, sont à l'origine de 58 % du total des décès en 2005(16).

L'Organisation mondiale de la santé estime que les maladies chroniques ont causé 89 % du total des décès survenus au Canada en 2005(17).

Les besoins en soins de santé primaires chez les Canadiens deviennent donc de plus en plus complexes, en partie à cause de la fréquence à laquelle il faut prendre en charge plusieurs problèmes chroniques simultanément(18). Une étude canadienne portant sur 980 adultes qui ont respecté leur rendez-vous avec des spécialistes des soins de santé primaires au Québec a révélé que 90 % vivaient avec plus d'un problème

### **Encadré 3 : Réunir des données de recherche sur le problème**

Nous avons cherché des données de recherche disponibles sur le problème dans tout un éventail de documents de recherche publiés et de la littérature « grise ». Nous avons cherché des documents publiés présentant une dimension comparative afin de mieux cerner le problème, et ce, en utilisant trois « atouts » en recherche sur les services de santé dans Medline, c'est-à-dire leur pertinence, les processus et les résultats des soins (ce qui augmente nos chances de trouver des études et des enquêtes communautaires dans des bases de données administratives). Nous avons cherché des documents publiés présentant des idées sur la façon de cerner le problème en utilisant un quatrième atout dans Medline, soit la recherche qualitative. Nous avons fait des recherches dans la littérature grise en passant en revue les sites Web de nombreux organismes canadiens et internationaux comme l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, le Conseil canadien de la santé, le Health Evidence Network, le Health Policy Monitor, l'Association médicale de l'Ontario, et l'Organisation de coopération et de développement économiques. Nous avons accordé la priorité aux données de recherche publiées plus récemment, applicables à l'échelon local (les recherches ont été effectuées au Canada) et tenu compte de facteurs liés à l'équité.

Nous avons trouvé d'autres documents en passant en revue la liste des références de la synthèse d'aide à la décision (2) et en communiquant avec des experts dans les juridictions où il était difficile de trouver (ou d'obtenir) des documents.

chronique, proportion variant de 68 % chez les femmes de 16 à 44 ans, à 95 % chez celles de 45 à 64 ans et 99 % chez celles de 65 ans et plus(19). Chez les hommes, les pourcentages correspondants s'établissaient à 72 %, 89 % et 97 % respectivement(19).

Les maladies chroniques peuvent avoir de profondes répercussions sur l'économie (18). Ne pas réussir à les prévenir et à les prendre en charge peuvent entraîner des coûts élevés pour les systèmes de soins de santé. Les maladies chroniques englobent une proportion beaucoup plus importante des budgets de la santé que les soins actifs et les soins urgents : 67 % des coûts directs en soins de santé sont consacrés aux maladies chroniques(20). Le coût des soins de santé au Canada est déjà élevé et continuera de grimper en chiffres réels(18). Le total des dépenses que le Canada consacre aux soins de santé est parmi les plus élevés des pays industrialisés (c.-à-d., 10,8 % du produit intérieur brut en 2008, en hausse par rapport à 8,9 % en 2000)(21). Outre leur effet sur les coûts des soins de santé, les maladies chroniques ont des répercussions négatives sur la qualité de vie et peuvent entraîner des pertes de productivité pour les personnes qui en sont atteintes et leurs aidants naturels(22;23). En Colombie-Britannique seulement, il a été calculé que trois facteurs de risque (tabagisme, inactivité physique et obésité) qui contribuent à plusieurs problèmes de santé chroniques ont coûté 3,8 milliards de dollars à l'économie de la Colombie-Britannique en 2004(24).

Le fardeau de plus en plus lourd imposé par les maladies chroniques ne représente qu'un des nombreux facteurs qui imposent aux soins de santé primaires des demandes plus importantes que jamais, mais il s'agit d'un critère décisif pour le sous-système à cause de la façon dont il exige des soins plus proactifs et coordonnés qu'il le fallait dans le cas de la répartition antérieure entre les soins actifs et les maladies chroniques. Le vieillissement de la population, le fait que les patients exigent une forme plus holistique et intégrée de soins qui les aident à bien vivre avec un problème chronique et la complexité croissante des autres sous-systèmes où les fournisseurs de soins de santé primaires doivent aider les patients à s'y retrouver (p. ex., les soins actifs, soins de santé mentale, soins à domicile, soins continus complexes et soins de longue durée) sont des exemples d'autres pressions qui s'exercent sur les systèmes de soins de santé primaires.

### **Les programmes et les services efficaces ne parviennent pas à tous les patients**

Il peut être difficile d'estimer le pourcentage de Canadiens à qui l'on offre de façon proactive des programmes et des services efficaces lorsqu'ils ont une indication ou qu'ils en ont besoin. Les données qui existent indiquent toutefois que beaucoup de programmes et de services, en particulier les programmes et services de prise en charge des maladies chroniques, ne parviennent pas à tous les patients et souvent, les soins de santé primaires que ces patients finissent par recevoir ne sont pas aussi proactifs et coordonnés qu'ils le seraient idéalement. Au Canada en 2008, 39 % seulement des adultes vivant avec le diabète ont déclaré s'être soumis aux quatre tests cliniques recommandés couramment dans le cas des adultes qui ont le diabète. Ce pourcentage est très inférieur à ceux du Royaume-Uni (67 %), des Pays-Bas (59 %) et de la Nouvelle-Zélande (55 %)(25). En 2008, seulement 73 % des adultes de l'Ontario qui avaient au moins un problème chronique en particulier (diabète, maladie cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral et hypertension artérielle) ont déclaré avoir pu faire prendre leur poids au cours de l'année. Ce pourcentage est moins élevé qu'en Saskatchewan (75 %), au Québec (80 %) ou au Manitoba (80 %), mais plus élevé que dans les autres provinces(13). De même, en Ontario, 35 % seulement des adultes de 50 à 74 ans ont déclaré s'être soumis à un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années qui ont précédé une enquête menée en 2009 et 72 % des adultes de 65 ans et plus ont déclaré s'être fait vacciner contre la grippe au cours de l'année qui a précédé une enquête en 2009. Par ailleurs, 67 % seulement des femmes de 50 à 69 ans se sont soumises à une mammographie au cours d'une période de deux ans (chiffre basé sur les données de 2008-2009) et 73 % des femmes de 20 à 69 ans s'étaient soumises à un test de PAP en trois ans (chiffre basé sur les données de 2007-2009)(26). Tous ces chiffres indiquent que les programmes et services efficaces de prévention des maladies ne parviennent pas à tous les patients.

Le recours important aux salles d'urgence à cause d'une maladie chronique comme le diabète, l'asthme et l'hypertension artérielle (qu'il est possible de prendre en charge efficacement dans la collectivité au moyen de services appropriés de dépistage, de traitement, de contrôle et de suivi) constitue une autre preuve indirecte



que l'accès à des programmes et des services efficaces et leur utilisation au Canada peuvent poser des défis(27). Par exemple, les Ontariens vivant avec une maladie chronique qui ont dit ne pas avoir de médecin régulier étaient 1,2 fois plus susceptibles de s'être présentés à une unité d'urgence au cours des deux années précédentes(28). Dans une étude comparant les expériences de personnes vivant avec une maladie chronique dans sept pays en 2007, les adultes canadiens vivant avec une maladie chronique étaient plus susceptibles de s'être présentés à une unité d'urgence au cours des deux années précédentes (45 %) qu'aux États-Unis (44 %), en Australie (36 %), au Royaume-Uni (36 %), en Nouvelle-Zélande (34 %), aux Pays-Bas (24 %) ou en Allemagne (23 %)(29).

La prise en charge des maladies chroniques passe obligatoirement par les stratégies de prestation de soins basées sur la collaboration et la coordination. En 2007, 40 % seulement des Canadiens vivant avec une maladie chronique ont déclaré avoir reçu des rappels indiquant quand ils devaient se soumettre à des soins préventifs ou de suivi à cause de leur problème, pourcentage qui tombe à 29 % chez ceux qui n'ont pas de « foyer médical » (s'entend du fait d'avoir un médecin régulier ou un lieu de soins avec lequel il est facile de communiquer, qui connaît les antécédents médicaux du patient et aide à coordonner les soins)(29). Ce pourcentage était plus faible que dans n'importe lequel des six pays de référence : États-Unis(70 %), Pays-Bas (58 %), Royaume-Uni (58 %), Allemagne (57 %), Nouvelle-Zélande (48 %) et Australie (44 %)(29).

### **Les structures actuelles du système de santé ne garantissent pas un accès optimal aux soins de santé primaires**

Il y a tout un éventail de **modalités de prestation** qui ne garantissent pas un accès optimal aux soins de santé primaires :

- 91 % seulement des adultes canadiens ont déclaré en 2008 avoir un endroit régulier où ils se rendent habituellement s'ils sont malades ou s'ils ont besoin de conseils au sujet de leur état de santé, ce qui indique que beaucoup de Canadiens n'ont toujours pas de fournisseur régulier de soins de santé primaires(13);
- 13 % des adultes canadiens qui avaient besoin de soins de routine ou continus au cours des 12 mois précédents ont signalé en 2008 avoir eu de la difficulté à les obtenir(13);
- 33 % des adultes canadiens ont signalé en 2010 que la dernière fois qu'ils étaient malades ou avaient besoin de soins, ils ont dû attendre six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous chez le médecin, ce qui représentait le pourcentage le plus élevé parmi les 11 pays à revenu élevé à l'étude (30);
- près du même pourcentage (34 %) des adultes canadiens vivant avec une maladie chronique ont signalé en 2008 que la dernière fois qu'ils ont été malades ou ont eu besoin de soins, ils ont dû attendre six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous chez un médecin, ce qui représente le pourcentage le plus élevé parmi les huit pays à revenu élevé à l'étude(25);
- 65 % des adultes canadiens ont déclaré en 2010 qu'ils avaient un peu ou beaucoup de difficultés à obtenir des soins après les heures normales, ce qui représentait le deuxième pourcentage en importance parmi le même groupe de pays (et c'était presque exactement deux fois plus qu'aux Pays-Bas)(30).

Les modes de prestation existants ne garantissent pas non plus de façon uniforme l'accès à des équipes de soins de santé primaires dont les infirmières praticiennes constituent les membres de base, même si des données nouvelles indiquent que les équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires améliorent les résultats pour les patients, les fournisseurs et l'organisation(31). Vingt-sept pour cent des adultes canadiens qui ont un médecin ou un lieu de soins de santé habituel ont déclaré en 2008 qu'une infirmière s'occupait régulièrement d'eux(13). Seulement 22 % des adultes canadiens vivant avec une maladie chronique ont déclaré en 2008 qu'une infirmière participait régulièrement à la prise en charge de leur état, ce qui était beaucoup moins que les 48 % des adultes vivant avec une maladie chronique au Royaume-Uni qui ont déclaré bénéficier des services réguliers d'une infirmière(25).

De plus, les modes de prestation existants ne positionnent pas habituellement les équipes de soins de santé primaires dirigées par des infirmières praticiennes comme moyen d'améliorer l'accès aux soins de santé

primaires et aucun ne les positionne comme moyen d'offrir plus de choix dans le système de soins de santé. L'Ontario constitue une exception digne de mention, car la province a établi, ou annoncé son intention d'établir, 26 cliniques dirigées par une infirmière praticienne afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires(7). Ces cliniques mettent en œuvre un nouveau modèle de soins où des infirmières praticiennes collaborent avec les médecins et d'autres membres d'une équipe interprofessionnelle pour fournir des services de soins de santé primaires complets, accessibles et coordonnés à un groupe précis dans les régions où de nombreux patients n'ont pas de fournisseur régulier de soins de santé primaires(32). Les médecins demeurent très actifs dans ces cliniques, mais plus souvent à titre de conseillers que de fournisseurs de soins primaires de première ligne. Il y a une deuxième exception digne de mention, soit le Manitoba qui a annoncé la création de cliniques de soins rapides dirigées par des infirmières praticiennes dans le cadre d'une stratégie visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires et où cinq cliniques feront l'objet d'un projet pilote en 2011(33). Nous ne connaissons pas de juridiction canadienne qui a fait des cliniques dirigées par une infirmière praticienne un moyen d'améliorer le choix dans le système de soins de santé.

Les **mécanismes financiers** existants ne favorisent pas un accès et un fonctionnement optimal à : 1) des équipes de soins de santé primaires comportant des infirmières praticiennes; et 2) des équipes de soins de santé primaires dirigées par une infirmière praticienne. Si nous commençons par les équipes de soins de santé primaires comportant des infirmières praticiennes, un défi important associé aux mécanismes financiers existant dans certaines administrations est le manque d'enveloppe budgétaire stable pour les équipes où elles travaillent (ce financement pourrait inclure des incitatifs au rendement de l'équipe) ou pour appuyer et rémunérer directement des infirmières praticiennes qui y travaillent(2;33;34).

Le manque d'enveloppe budgétaire stable peut entraîner un mauvais jumelage entre le nombre limité de postes financés disponibles (35-37) et le nombre plus important d'infirmières praticiennes qui deviennent autorisées à pratiquer (qui est passé de 943 en 2005 à 1 990 en 2009) (34;35). D'un autre côté, cela risque d'alourdir le processus que doivent suivre les groupes qui demandent un poste financé d'infirmière praticienne. De plus, l'absence d'enveloppe budgétaire stable entraîne une incertitude importante pour les infirmières praticiennes d'aujourd'hui et de demain(2;36). Le gouvernement de la Colombie-Britannique a décidé de ne pas renouveler les projets-pilotes d'une durée de trois ans qui avaient ajouté des infirmières praticiennes payées par le gouvernement dans des cabinets rémunérés à l'acte de la province(37), et ce, même si les résultats d'évaluations provisoires étaient prometteurs (sur les plans de l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients et du niveau élevé de satisfaction des patients et des fournisseurs)(7;38). Ceci illustre à quel point le sort des infirmières praticiennes peut fluctuer, alors que celui des médecins a tendance à demeurer stable(37).

Si l'on fait passer le financement par les médecins au lieu de le verser à une équipe, il peut en découler une dynamique d'équipe qui est loin d'être optimale. Pour les médecins rémunérés à l'acte, ce qui demeure le principal mode de rémunération au Canada(9), une infirmière praticienne payée par le gouvernement réduirait le volume des patients qui ont besoin de services médicaux tout en augmentant la complexité des cas qui ont besoin de services médicaux, ce qui aurait pour effet probable de réduire le revenu des médecins et de susciter une concurrence inutile au sein de la pratique(36). Les médecins qui touchent une rémunération mixte, risquent peut-être moins de voir leur revenu baisser(39), mais la probabilité d'œuvrer au sein d'équipes vraiment axées sur la collaboration pourrait être faible si un membre de l'équipe se croit « plus égal » que les autres et peut toucher des primes pour du travail effectué par un autre membre de l'équipe, comme cela semble être le cas (par exemple) dans les Équipes santé familiale de l'Ontario(40). Des associations médicales ont soutenu que le virage de modèles à un seul professionnel ou de pratiques collectives vers un modèle de soins interprofessionnels serait difficile, prendrait du temps et coûterait cher aux médecins (et exigerait donc un important financement de transition ponctuel) et que les médecins aboutiraient avec les cas plus complexes et qui prennent plus de temps après la transition (ce qui exigerait par conséquent une forme différente de financement après la transition)(41). Ces associations expriment parfois des préoccupations au sujet de la conclusion d'ententes de collaboration avec des infirmières praticiennes si les mécanismes de financement en question n'ont pas été négociés et garantis(42), ce qui nous ramène à la question du manque d'enveloppe budgétaire stable. Récemment, ces associations ont insisté bien plus sur l'établissement de mécanismes de financement qui appuient les auxiliaires médicaux et leur permettent de travailler dans tout



l'éventail de soins médicaux, y compris en soins de santé primaires(43), que sur l'établissement de mécanismes semblables pour les infirmières praticiennes.

Le gouvernement de l'Australie a abordé de deux façons le défi posé par les mécanismes financiers mal conçus pour les équipes de soins de santé primaires comportant des infirmières praticiennes : 1) il a mis en œuvre des modifications du régime de rémunération à l'acte en 2004 pour permettre aux infirmières d'œuvrer en soins de santé primaires et de « facturer » les services précis qu'elles fournissent (p. ex., l'évaluation de l'état de santé, la création d'un plan de prise en charge d'une maladie chronique en collaboration avec un médecin et le traitement direct de plaies, l'immunisation ou le frottis de PAP), ce qui diminue l'obstacle financier auquel font face les médecins lorsqu'ils embauchent une infirmière et qui a permis aux infirmières d'avoir leur propre source de revenus et d'obtenir la légitimité professionnelle au sein d'un cabinet; 2) il a élargi le régime de rémunération pour y inclure deux types d'incitatifs au rendement – les incitatifs pour les services (p. ex., pour avoir terminé un cycle de traitement de l'asthme ou du diabète) et les incitatifs accordés aux cabinets (p. ex., pour embaucher une infirmière, utiliser le dossier médical électronique et fournir des soins après les heures normales) – qui peuvent aider directement ou indirectement les infirmières œuvrant en soins de santé primaires(44). Une évaluation a révélé que la probabilité qu'un médecin de première ligne procède à un test HbA1c s'établissait entre 15 et 20 % de plus chez ceux qui touchent des incitatifs accordés aux cabinets que chez ceux qui n'en touchent pas(45).

Si l'on passe maintenant aux équipes de soins de santé primaires dirigées par une infirmière praticienne, le manque d'enveloppe budgétaire stable constitue le principal défi que posent les mécanismes financiers existants. Le gouvernement de l'Ontario a lancé des cliniques dirigées par une infirmière praticienne pour améliorer l'accès aux soins et leur continuité dans des régions où un pourcentage important de la population n'a pas de fournisseur régulier(36) et une première évaluation a produit des résultats positifs(7). Des médecins se sont toutefois opposés aux cliniques en signalant qu'elles favorisent un modèle de pratique indépendante qui ne concorde pas avec les principes et la philosophie de la pratique en collaboration(46). La stabilité de l'enveloppe budgétaire demeure donc constamment en doute, même peut-être pas plus que d'autres solutions de soins de santé primaires de longue date comme les centres de santé communautaires. Le gouvernement du Manitoba vient de commencer à faire l'essai de cliniques de soins rapides dirigés par une infirmière praticienne(33). Aucune autre province ni aucun autre territoire n'a effectué le virage vers des cliniques dirigées par une infirmière praticienne.

**Les mécanismes relatifs à la gouvernance** font également en sorte que l'intégration des infirmières praticiennes n'est pas complète dans les milieux de soins de santé primaires où elles peuvent améliorer l'éventail et la qualité des services disponibles. Ceci est particulièrement visible dans le manque d'uniformité en matière d'éducation et de réglementation des infirmières praticiennes au Canada(2;34;50). Si l'on commence par le manque d'uniformité au niveau des exigences relatives à l'éducation, environ les deux cinquièmes (42 %) seulement des infirmières praticiennes du Canada satisfont à la norme, soit détenir une maîtrise en sciences infirmières, établie par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et le Conseil international des infirmières(3;38;51) et recommandée ou exigée dans la plupart des pays(6). Deux provinces (l'Ontario et la Saskatchewan) exigent que les infirmières praticiennes désireuses de travailler en milieux de soins de santé primaires détiennent à la fois un baccalauréat en sciences infirmières et un certificat post-baccalauréat(47). La norme minimale atteinte d'un bout à l'autre du Canada est celle du baccalauréat en sciences infirmières et d'au moins 700 heures d'expérience clinique(2;48).

Le manque d'uniformité s'étend aussi aux normes relatives aux programmes d'études(3;34;37;39;53-55). Un examen du programme de formation des infirmières praticiennes au Canada a révélé certains points communs au niveau des types de cours inclus, comme l'évaluation de l'état de santé, la pathophysiologie et la prise en charge de la santé et des maladies, y compris l'établissement d'ordonnances(35). L'examen n'a pas évalué les différences ou les aspects communs au niveau du contenu ou des méthodes d'évaluation utilisées dans ces cours. L'examen a révélé une grande diversité entre les programmes d'éducation en ce qui a trait aux types de cours théoriques de base offerts à l'échelon du deuxième cycle, l'équilibre entre la théorie et l'expérience clinique, ainsi que la durée des programmes(35).

Le manque d'uniformité au niveau des exigences en matière d'éducation se traduit dans une grande diversité dans les compétences essentielles d'un bout à l'autre du Canada. Par le fait même, cela pose des défis dans la communication aux patients et aux autres fournisseurs de soins de santé par rapport à ce qu'une infirmière praticienne fait et peut faire dans des provinces et des territoires différents. Cela pose également un obstacle à la mobilité des infirmières praticiennes. La répercussion de ce manque d'uniformité au niveau des normes d'éducation a été rendue plus importante par les modifications apportées au chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur en 2009(49). Les modifications signifient maintenant que la loi interdit de refuser le permis d'exercice à tout professionnel qui en avait auparavant un dans une autre province ou un autre territoire à cause de son éducation, à moins que l'administration ait défini des exceptions par écrit(49).

Si l'on passe maintenant au manque d'uniformité de la réglementation, les provinces et les territoires ont adopté chacun de leur côté, au cours des deux dernières décennies, leurs propres mesures législatives et réglementaires pour établir et appuyer le rôle de l'infirmière praticienne dans les milieux de soins de santé primaires. Toutefois, les détails varient souvent entre les juridictions(50). Les provinces et les territoires protègent maintenant tous le titre « infirmière praticienne », mais l'envergure du champ d'activité réglementé des infirmières praticiennes varie un peu entre les provinces et les territoires(47). De plus, même si la plupart des provinces et des territoires obligent les infirmières praticiennes débutantes à réussir un examen pour avoir droit au permis d'exercice ou à l'autorisation, la nature de l'examen diffère selon les juridictions : neuf provinces et territoires sur 13 utilisent l'Examen canadien des infirmières/infirmiers praticiens et d'autres utilisent des examens approuvés par leur niveau de compétence(47). L'Australie est un exemple d'un pays qui s'est attaqué à la tâche importante que constitue l'harmonisation du régime de réglementation des infirmières praticiennes entre huit États et territoires, même si c'est dans le contexte d'un effort de plus grande envergure visant 10 professions qu'elle a lancé à l'échelon national (ce qui serait impossible au Canada étant donné que les soins de santé relèvent de la compétence des provinces et des territoires)(6).

Même s'il ne s'agit pas d'une question de réglementation en soi, le manque actuel de planification des ressources humaines comporte une dimension de gouvernance qui inclut les infirmières praticiennes et qui établit un jumelage entre les besoins de la population dans le domaine de la santé et les types de fournisseurs de soins de santé nécessaires pour fournir les services qui répondent à ces besoins. Comme nous l'avons signalé plus tôt, il y a souvent eu un mauvais jumelage entre le nombre restreint de postes financés disponibles au Canada et le nombre d'infirmières praticiennes qui obtiennent l'autorisation d'exercer. De plus, l'augmentation de l'inscription dans les facultés de médecine, les efforts déployés pour rendre les soins de santé primaires plus attrayants pour les étudiants en médecine qui choisissent un programme de résidence et l'émergence des auxiliaires médicaux ont compliqué encore davantage la planification des ressources humaines.

### **Observations liées à l'équité au sujet du problème**

Le manque d'intégration complète des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires (et les défis à l'origine du manque d'intégration complète) peut avoir des effets très différents en milieux urbains (souvent bien desservis) par rapport aux milieux ruraux. De plus, même en contexte urbain, le problème peut être très différent pour les peuples autochtones au Canada, les itinérants, les nouveaux immigrants et les personnes dont la situation socioéconomique est faible ou qui vivent avec une maladie mentale. Nous n'avons pas trouvé de données ou de résultats de recherche qui ont permis de déterminer si des caractéristiques particulières du problème étaient plus importantes ou l'étaient moins en milieu urbain qu'en milieu rural.

### **TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR ABORDER LE PROBLÈME**

Il existe énormément de données de recherche sur les défis auxquels fait face le secteur des soins de santé primaires et que pose l'intégration des infirmières praticiennes. Nous savons toutefois beaucoup moins de choses sur ce qu'il est possible de faire pour relever ces défis.

Il y a de nombreuses façons possibles d'aborder l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada. Bien que nos synthèses d'information présente généralement trois options distinctes, nous présentons ici les éléments d'une seule approche unifiée qui a été approuvée auparavant par un groupe de parties prenantes clés provenant de différents horizons. Les données de recherche résumées et documentées dans le contexte de la synthèse d'aide à la décision susmentionnée ont éclairé leurs discussions(2).

Les trois éléments sont les suivants : 1) lancer une initiative multilatérale de planification stratégique sur l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada; 2) appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus d'éducation et de réglementation des infirmières praticiennes d'un bout à l'autre du Canada; et 3) lancer une campagne d'information/d'éducation afin de mieux faire connaître comment des innovations (notamment l'intégration des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires) pourraient mieux répondre aux besoins des patients dans les milieux de soins de santé primaires. Cette section porte avant tout sur ce que nous connaissons de ces éléments, ainsi que sur leurs forces et leurs faiblesses. La section qui suit traite surtout des obstacles à l'adoption et à la mise en œuvre de ces éléments et de stratégies possibles afin de surmonter ces obstacles.

Les huit recommandations, qui ont permis d'éclairer l'élaboration de ces trois éléments, mettaient avant tout l'accent sur la façon d'aborder le manque d'intégration complète des soins infirmiers en pratique avancée au Canada (Tableau 2)(2). (La recommandation finale – soit la recommandation 9 du Tableau 2 – n'est pas abordée par aucun des trois éléments de l'approche proposée). Les recommandations, que les parties prenantes qui ont participé à la réflexion ont toutes jugées nécessaires, n'ont pas été classées séparément pour les infirmières praticiennes ou les infirmières cliniciennes spécialisées, ni pour les soins de santé primaires et les milieux des soins actifs. Les trois éléments décrits dans les sous-sections qui suivent ont toutefois été opérationnalisés pour les infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires. Les délibérations à venir pourraient porter sur les regroupements de ces éléments et leur classement en catégories, leurs avantages et leurs

#### **Encadré 4 : Mobilisation des données de recherches sur des éléments d'une approche pour aborder le problème**

Les données de recherche disponibles sur les éléments d'une façon d'aborder le problème proviennent principalement d'une base de données mise à jour continuellement qui contient plus de 1 300 revues systématiques sur les mécanismes de gouvernance, les mécanismes financiers et les mécanismes de prestation de services : Health Systems Evidence ([www.healthsystemsevidence.org](http://www.healthsystemsevidence.org)). Nous avons repéré les revues en cherchant dans la base de données pour identifier des revues portant sur les caractéristiques des éléments (d'abord en utilisant les mots clés infirmière praticienne et soins infirmiers en pratique avancée pour trouver tout jumelage « quasi parfait »). Afin de repérer des données probantes sur les coûts ou la rentabilité, nous avons aussi effectué une recherche dans la base de données sur l'évaluation économique des NHS (disponible par la Cochrane Library) en suivant une approche semblable.

Les conclusions des auteurs ont été extraites des revues dans la mesure du possible. Il se peut que certaines revues ne contiennent aucune étude en dépit d'une recherche exhaustive (c.-à-d. qu'il s'agissait de revues « vides »), tandis que d'autres peuvent conclure qu'il existait une incertitude importante au sujet de l'option basée sur les études repérées. Aucune de ces possibilités n'a été rencontrée dans la production de cette synthèse d'information. Lorsque c'était pertinent, nous avons formulé des mises en garde au sujet des conclusions tirées par ces auteurs et basées sur des évaluations de la qualité des revues, du caractère applicable de leurs résultats au niveau local, des considérations relatives à l'équité et de la pertinence à la question.

Il peut être tout aussi important de savoir ce que nous savons et ce que nous ne savons pas. Face à une revue vide, une incertitude importante ou des préoccupations soulevées par la qualité et l'applicabilité locale ou le manque d'attention aux facteurs liés à l'équité, nous pourrions recommander plus de recherches primaires ou chercher à appliquer une option et concevoir un plan de surveillance et d'évaluation dans le contexte de sa mise en œuvre. Face à une revue publiée il y a de nombreuses années, nous pourrions en commander la mise à jour si le temps le permet.

inconvenients, ainsi que sur les priorités qui leur sont attribuées et l'ordre dans lequel les éléments devraient être mis en œuvre.

**Tableau 2 : Recommandations des parties prenantes sur la façon d'aborder l'intégration des infirmières en pratique avancée, y compris les infirmières praticiennes, dans les milieux de soins de santé primaires au Canada**

<b>Pour les milieux des soins infirmiers (et leurs partenaires) :</b>
1. Formuler un énoncé de vision qui précise clairement la valeur ajoutée du rôle des soins infirmiers en pratique avancée dans tous les milieux.
<b>Pour les décideurs de niveau sénior (politique et pratique) :</b>
2. Établir un groupe de travail multidisciplinaire pancanadien mettant à contribution des groupes de parties prenantes clés afin de faciliter la mise en œuvre des rôles infirmiers en pratique avancée.
3. Considérer les soins infirmiers en pratique avancée comme un élément de la planification des ressources humaines de la santé et basé stratégiquement sur les besoins de la population en matière de soins de santé.
4. Normaliser dans tout le pays les normes, les exigences et les processus de réglementation et d'éducation en soins infirmiers en pratique avancée.
5. Élaborer une stratégie de communications pour faire connaître à un vaste lectorat les contributions positives des soins infirmiers en pratique avancée.
6. Protéger le soutien financier accordé aux postes de soins infirmiers en pratique avancée et à l'éducation dans ce domaine afin d'assurer la stabilité et la viabilité.
<b>Pour les éducateurs :</b>
7. (Comme ci-dessus) Normaliser dans tout le pays les normes, les exigences et les processus de réglementation et d'éducation en soins infirmiers en pratique avancée.
8. Inclure des éléments qui tiennent compte de l'interprofessionalisme dans tous les programmes de formation professionnelle en santé de premier et de troisième cycles.
<b>Pour les chercheurs et les bailleurs de fonds de la recherche :</b>
9. Effectuer d'autres recherches sur « la valeur ajoutée » des rôles infirmiers en pratique avancée (par rapport à un modèle de substitution), leurs répercussions sur les coûts des soins de santé et le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée.

Source : (2)

## Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique

Cet élément consiste à lancer une initiative multilatérale de planification stratégique sur l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada. L'élément combine quatre des recommandations présentées à l'intention des parties prenantes dans la synthèse d'aide à la décision :

- 1) créer un énoncé de vision qui précise clairement la valeur ajoutée du rôle des soins infirmiers en pratique avancée dans tous les milieux (recommandation 1);
- 2) établir un groupe de travail multidisciplinaire pancanadien mettant à contribution des groupes de parties prenantes clés afin de faciliter la mise en œuvre des rôles infirmiers en pratique avancée (recommandation 2);
- 3) considérer les soins infirmiers en pratique avancée comme un élément de la planification des ressources humaines de la santé basé de façon stratégique sur les besoins de la population en matière de soins de santé (recommandation 3); et
- 4) protéger le soutien financier accordé aux postes de soins infirmiers en pratique avancée et à l'éducation dans ce domaine afin d'assurer la stabilité et la viabilité (recommandation 6).

Cet élément est justifié par le fait qu'il est essentiel de s'assurer que les parties prenantes clés soient « sur la même longueur d'onde » et de bâtir sur cette entente pour chercher à obtenir du financement réservé afin d'intégrer les infirmières praticiennes pour renforcer les soins de santé primaires au Canada. Pour amener les parties prenantes clés « sur la même longueur d'onde », il serait possible de recourir notamment à un groupe de travail mis sur pied par le gouvernement, à un groupe de travail établi par les parties prenantes, ou à un processus de planification stratégique dictée par les chercheurs. Le financement réservé pourrait consister au début en une enveloppe budgétaire stable pour des postes d'infirmières praticiennes en soins de santé primaires et devenir par la suite une enveloppe budgétaire stable pour l'éducation, l'amélioration des possibilités de formation interprofessionnelle, la structuration officielle de modèles de pratique en collaboration et offrant un élément de planification efficace des ressources humaines de la santé. Une telle initiative devrait établir une voie et un calendrier de mise en œuvre clairs et assurer que chaque organisation participante accepte la responsabilité de sa contribution à l'initiative.

Nous n'avons pas trouvé de revue systématique portant sur cet élément. Nous ne pouvons donc présenter de résumé de données de recherche sur chacun des aspects suivants :

- avantages de l'élément;
- préjudices possibles associés à l'élément;
- coûts ou rentabilité de l'élément par rapport au statu quo;
- incertitude au sujet des avantages et des préjudices possibles (pour éclairer la surveillance et l'évaluation si nous donnons suite à l'élément);
- caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis à l'essai ailleurs; et
- opinions des parties prenantes au sujet de l'élément et leurs expériences en la matière.

Comme il n'y a pas de revue systématique, les délibérations sur cet élément devront s'inspirer des connaissances tacites, des opinions et des expériences des responsables des politiques et des parties prenantes. Si le temps le permet, une revue systématique précise pourrait être réalisée.

Afin de favoriser les délibérations, nous passons en revue ici plusieurs points clés de notre revue de la littérature scientifique que nous avons identifiée. Tout d'abord, à l'échelon fédéral, un processus semblable pour mobiliser l'appui de toutes les parties prenantes afin d'obtenir du financement fédéral a été mis en place pour une nouvelle initiative d'envergure de lutte contre le cancer (Partenariat canadien contre le cancer) et une nouvelle initiative de premier plan en santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada). Deuxièmement, au moins pour la première de ces deux initiatives, la planification stratégique a consisté à dégager une vision commune capable de mobiliser de nombreuses parties prenantes de différents horizons. Dans ce cas, la vision pourrait consister à renforcer les soins de santé primaires pour améliorer l'accès aux soins infirmiers de grande qualité plutôt qu'à aborder (seulement) l'intégration d'un fournisseur de soins de santé en particulier dans les milieux de soins de santé primaires. Troisièmement, la renégociation de l'Accord sur la santé du Canada, qui doit prendre fin en 2014, offre une fenêtre d'opportunité pour une telle initiative.

## **Élément 2 – Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus**

Cet élément consiste à appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus (en particulier des normes) d'éducation et de réglementation des infirmières praticiennes dans tout le pays. Cet élément conjugue trois des recommandations des parties prenantes énoncées dans la synthèse d'aide à la décision :

- 1) normaliser dans tout le pays les normes, les exigences et les processus d'éducation et de réglementation des soins infirmiers en pratique avancée (recommandations 4 et 7);
- 2) inclure des éléments portant sur l'interprofessionnalisme dans tous les programmes de formation de premier et de troisième cycles des professionnels de la santé (recommandation 8).

Cet élément est justifié par le fait qu'il est essentiel, pour renforcer les soins de santé primaires au Canada, de mettre de l'ordre dans la mosaïque actuelle de normes d'éducation et de réglementation au Canada. Cela nuit aux efforts déployés dans les provinces et les territoires, et entre eux, pour intégrer les infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires (et qui limitent considérablement leur mobilité). L'amélioration de l'interprofessionnalisme peut aussi être considérée comme une étape essentielle. Nous supposons que l'uniformisation consisterait à convoquer des organismes provinciaux d'éducation et de réglementation de toutes les régions du Canada qui collaboreraient volontairement pour améliorer l'uniformité. L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières a créé un groupe de travail chargé de viser ce but et dont le travail est éclairé par le Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada(1).

Nous n'avons pas trouvé d'études systématiques portant sur cet élément. Nous ne pouvons donc présenter de résumés de données de recherche sur les bienfaits, les préjudices et les coûts (ou la rentabilité) de l'élément, l'incertitude qui entoure les bienfaits et les préjudices possibles (pour éclairer la surveillance et l'évaluation si nous donnons suite à l'élément), les parties constituantes clés de l'élément s'il a été mis à l'essai ailleurs ou les opinions des parties prenantes et leurs expériences en la matière. Comme il n'y a pas de revue systématique, les délibérations sur cet élément devront s'inspirer des connaissances tacites, des opinions et des expériences des responsables des politiques et des parties prenantes. Si le temps le permet, une revue systématique précise pourrait être réalisée.

Afin de favoriser les délibérations, nous passons en revue ici plusieurs points clés de notre revue de la littérature scientifique que nous avons identifiée. Tout d'abord, les organismes d'éducation et de réglementation axés sur les médecins ont montré qu'il est possible d'uniformiser considérablement les normes au Canada. Deuxièmement, les normes d'éducation ont été uniformisées en Australie et aux États-Unis, où l'on exige maintenant une maîtrise pour les infirmières praticiennes(6) et les normes de réglementation des infirmières praticiennes ont été uniformisées dans certaines administrations au Canada et à l'étranger, comme l'Australie l'a fait dans le contexte d'un effort législatif visant 10 professions(6). Troisièmement, les modifications du chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur, adoptées en 2009(49), signifient maintenant que la loi interdit de refuser un permis d'exercice à tout professionnel qui en détenait auparavant un dans une autre province ou un autre territoire à cause de son éducation, à moins que l'administration ait défini des exceptions par écrit(49). Ce changement indique qu'il faut un cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des titres et compétences ainsi que pour la certification de toutes les professions de la santé (et non seulement les infirmières praticiennes). Les gouvernements doivent aussi s'engager à harmoniser leur système et établir une vision commune, des principes directeurs, des méthodes unifiées de qualification et de certification, et des résultats visés(49).

### Élément 3 – Lancer une campagne d’information/d’éducation

Cet élément consiste à lancer une campagne d’information/d’éducation à l’échelon national ou dans des provinces ou des territoires. L’élément émane directement d’une des recommandations des parties prenantes énoncées dans la synthèse d’aide à la décision qui porte sur l’élaboration d’une stratégie de communication afin de faire connaître à un vaste public les contributions positives des soins infirmiers en pratique avancée. La campagne pourrait porter avant tout sur la sensibilisation de la valeur ajoutée des rôles joués par les infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires, tel que suggéré dans la recommandation (et comme l’Association des infirmières et infirmiers du Canada planifie de le faire) ou elle pourrait aussi viser à mieux faire connaître comment certaines innovations (notamment l’intégration des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires) pourraient mieux répondre aux besoins des patients en améliorant l’accès aux soins de santé primaires ou leur qualité. Cette dernière initiative permettrait de collaborer à la planification, au financement et à l’exécution de la campagne mettant à contribution de nombreux professionnels de la santé et non seulement les infirmières praticiennes. D’une façon ou d’une autre, la campagne pourrait viser le public en général, les professionnels de la santé et les décideurs du système de santé.

Cet élément se justifie par le fait que bien des besoins en soins de santé primaires ne sont pas comblés pour beaucoup de Canadiens (ou qu’ils ne sont pas comblés de façon optimale) et que beaucoup de Canadiens ne savent pas que les infirmières praticiennes peuvent prodiguer des soins aussi sécuritaires et efficaces que les médecins de première ligne qu’ils connaissent si bien, et qu’elles peuvent travailler en partenariat avec les médecins. De plus, il est probable que beaucoup de Canadiens ne savent pas comment d’autres rôles, comme ceux d’adjoint au médecin, peuvent comporter un travail effectué seulement sous la surveillance directe d’un médecin. Les professionnels de la santé (comme les médecins) et les décideurs du système de santé (comme les dirigeants des autorités régionales de la santé et les responsables des politiques des gouvernements provinciaux) peuvent aussi ne pas savoir comment des innovations comme l’intégration des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires pourraient répondre aux besoins des Canadiens.

Une campagne d’information/d’éducation pourrait inclure les éléments suivants :

- médias traditionnels pour mobiliser le grand public, comme les médias imprimés et électroniques; et
- « nouveaux médias » pour mobiliser le grand public, comme les courts messages de masse et autres stratégies basées sur le téléphone cellulaire, ainsi que des pétitions en ligne et d’autres stratégies Internet, sans oublier les efforts visant à mobiliser directement les dirigeants gouvernementaux et d’autres organismes de parties prenantes.

Nous n’avons trouvé aucune revue systématique visant à déterminer si et comment les médias traditionnels attirent davantage l’attention du grand public, des professionnels et des responsables des politiques sur un enjeu particulier. Il existe toutefois des revues systématiques sur les effets que les médias traditionnels ont sur les comportements individuels liés à la santé. Il en a été question dans une synthèse d’information précédente produite par le McMaster Health Forum au sujet de la participation des décideurs du système de santé à l’appui de la prise en charge intégrée de la douleur chronique(51). La synthèse d’information a révélé une étude de grande qualité, mais qui a été réalisée il y a quelques années, et qui a révélé que les campagnes dans les médias de masse et la couverture non planifiée dans ces médias peuvent avoir un effet positif sur l’utilisation des services de santé(52). Dans une autre revue de grande qualité, mais plus récente, les 35 études incluses ont conclu que les interventions dans les médias de masse jouent un rôle efficace pour promouvoir le counseling et les tests de dépistage volontaire pour le VIH(53).

Nous n’avons trouvé aucune revue permettant de déterminer si et comment les nouveaux médias peuvent attirer davantage l’attention sur un enjeu. Une synthèse d’information antérieure produite par le McMaster Health Forum où il était question de la participation de la société civile afin de soutenir l’utilisation des résultats de recherche dans les systèmes de soins de santé décrivait toutefois comment les nouveaux médias permettent d’agir directement sur l’élaboration des politiques du système de soins de santé(54).

Le tableau 3 résume les principaux points tels qu'identifiés dans le résumé de la littérature scientifique. L'Annexe 1 décrit plus en détail les revues systématiques à l'intention de ceux qui veulent en savoir davantage sur les revues systématiques contenues dans le Tableau 3 (ou pour obtenir les références de ces revues).

**Tableau 3 : Résumé des principaux points soulevés tirés des revues systématiques portant sur l'élément 3 – Lancer une campagne d'information/d'éducation**

Catégorie des points soulevés	Résumé des principaux points soulevés
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médias traditionnels                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une revue de grande qualité, mais qui date de quelques années, a révélé que toutes les études (dont la qualité variait) sauf une ont conclu que les campagnes planifiées dans les médias de masse et la couverture non planifiée peuvent avoir un effet positif sur l'utilisation des services de santé(52).</li> <li>○ Une revue de grande qualité a révélé que toutes les études ont conclu que les interventions dans les médias de masse jouent un rôle efficace dans la promotion du counseling et du dépistage volontaire pour le VIH (53).</li> </ul> </li> </ul>
Préjudices possibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non traités dans aucune revue systématique repérée</li> </ul>
Coûts ou rentabilité par rapport au statu quo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non traités dans aucune revue systématique repérée</li> </ul>
Incertitude au sujet des bienfaits et des préjudices possibles (la surveillance et l'évaluation pourraient donc être justifiées s'il était donné suite à l'élément)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incertitude parce qu'aucune revue systématique repérée                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nouveaux médias                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aucune revue repérée portant sur cet élément de l'option.</li> <li>○ Mobilisation directe des dirigeants gouvernementaux</li> <li>○ Aucune revue repérée portant sur cet élément de l'option.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Incertitude parce qu'aucune étude en dépit d'une recherche détaillée effectuée dans le cadre d'une revue systématique                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sans objet (c.-à-d. aucune revue vide repérée)</li> </ul> </li> <li>• Aucun message clair tiré des études incluses dans un examen systématique                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sans objet (c.-à-d. aucune revue repérée indiquant l'absence de message clair)</li> </ul> </li> </ul>
Caractéristiques clés de l'élément s'il en a été fait l'essai ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non traités par les revues systématiques repérées</li> </ul>
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non traitées par les revues systématiques repérées</li> </ul>



## **IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE**

Compte tenu de l'analyse des défis qu'il faudra peut-être relever pour de donner suite à l'un ou plusieurs des éléments proposés – ou des défis qui pourraient surgir plus tard – il est utile d'aborder ces défis en fonction de plusieurs groupes : les patients, les professionnels, les organismes et les systèmes. Le tableau 4 présente une liste des défis possibles.

Les plus gros obstacles se situent probablement au niveau des professionnels parce qu'un groupe nombreux de professionnels généralement tenus en haute estime et très bien dotés en ressources (les médecins et leurs associations) n'a jamais appuyé l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires et y a résisté activement dans certains cas, même si leur attitude semble changer dans certaines provinces (comme l'Ontario). Les patients accorderont probablement de l'attention seulement à l'élément 3 et toute campagne d'information/d'éducation risque de ne pas mobiliser (et même d'aliéner) les patients qui se croient actuellement bien desservis par leurs médecins de première ligne. Les organismes de soins de santé primaires ne représentent pas pour le moment un contrepoids aux associations professionnelles. Les organismes provinciaux/territoriaux de réglementation et d'éducation, ainsi que les gouvernements provinciaux/territoriaux, pourraient résister à des pressions en faveur d'une plus grande uniformisation entre les provinces et les territoires (ou du moins ne pas l'appuyer) ainsi que des pressions pour agir différemment (sans oublier les coûts de transition connexes) en période de restrictions budgétaires.

**Tableau 4 : Obstacles potentiels à la mise en œuvre des éléments**

Niveaux	<b>Élément 1</b> – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique sur l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada	<b>Élément 2</b> – Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus d'éducation et de réglementation des infirmières praticiennes au Canada.	<b>Élément 3</b> – Lancer une campagne d'information/d'éducation afin de mieux faire connaître comment des innovations (notamment l'intégration des infirmières praticiennes) pourraient mieux répondre aux besoins des patients dans les milieux de soins de santé primaires.
<b>Patient</b>	Sans objet – un tel changement ne serait probablement pas visible pour les patients.	Sans objet – un tel changement ne serait probablement pas visible pour les patients.	Difficulté à formuler des messages à la lumière de ce à quoi les patients sont habitués et pour les patients qui ne sont pas bien desservis par les arrangements actuels.  Concurrence entre les campagnes de promotion qui cherchent à attirer l'attention du grand public.
<b>Professionnel</b>	Il se peut que les associations professionnelles (autres que celles des infirmières) n'aient pas de mandat clair pour s'engager à participer à l'initiative.  Il se peut que les professionnels et leurs associations n'aient pas le temps, les connaissances spécialisées et les ressources nécessaires pour contribuer vraiment, ou qu'ils ne le fassent pas.	Il se peut que les associations professionnelles (autres que celles des infirmières) n'aient pas de mandat clair pour s'engager à participer à l'initiative.  Il se peut que les professionnels et leurs associations n'aient pas le temps, les connaissances spécialisées et les ressources nécessaires pour contribuer vraiment, ou qu'ils ne le fassent pas.	Il se peut que les associations professionnelles (autres que celles des infirmières) n'aient pas de mandat clair pour s'engager à participer à l'initiative.

<b>Organisme</b>	Les organismes de soins de santé primaires ont une capacité toute nouvelle seulement de se représenter collectivement, de contribuer vraiment à l'initiative et d'en appuyer la mise en œuvre.	Les organismes de soins de santé primaires ont une capacité toute nouvelle seulement de se représenter collectivement, de contribuer vraiment à l'initiative et d'en appuyer la mise en œuvre.  Les organismes d'éducation et de réglementation sont axés principalement sur la province et le territoire et comptent sur des personnes engagées pour promouvoir les efforts visant à accroître l'uniformité au Canada.	Les organismes de soins de santé primaires ont une capacité toute nouvelle seulement de se représenter collectivement, de contribuer vraiment à l'initiative et d'en appuyer la mise en œuvre.
<b>Système</b>	Les forums nationaux existants (p. ex., comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux, négociations relatives à l'Accord sur la santé) n'ont pas le mandat ou les ressources nécessaires pour parrainer une telle initiative.  Les forums existants de planification particulières à une province ou un territoire (p. ex., comités de gestion mixtes) et les mécanismes de financement (p. ex., régimes provinciaux d'assurance-maladie) donnent une voix plus importante et plus de ressources aux médecins qu'aux infirmières praticiennes et aux autres fournisseurs de soins de santé primaires.	Les forums nationaux existants (p. ex., associations et réglementation) n'ont pas le mandat ni les ressources nécessaires pour parrainer un tel effort.  Il se peut que les gouvernements provinciaux résistent aux efforts d'uniformisation dans un domaine de compétence des provinces.	Les forums nationaux existants (p. ex., Conseil canadien de la santé) n'ont pas le mandat ni les ressources nécessaires pour parrainer une telle campagne.  Il se peut que les gouvernements provinciaux résistent aux efforts visant à alourdir les pressions qui s'exercent sur eux pour qu'ils fassent différemment (car cela peut souvent coûter plus cher, au moins à court terme).

Il serait possible d'envisager plusieurs stratégies de mise en œuvre pour n'importe quel élément (c.-à-d. les colonnes) ou groupe (c.-à-d. les rangées) donné. Toutefois, puisque les parties prenantes participant à la synthèse d'aide à la décision considèrent que les trois éléments sont essentiels, l'élaboration de stratégies « transversales » de mise en œuvre pourrait constituer un premier pas important. Deux stratégies de cette nature valent la peine d'être envisagées : faire inscrire cet enjeu au programme d'un forum national (peut-être en le faisant sous l'angle des équipes interprofessionnelles) et trouver des façons d'appuyer la maturation de l'association représentant des organisations de soins de santé primaires (et donner une voix à un vaste éventail de fournisseurs de soins de santé primaires dans ces associations, y compris les infirmières praticiennes).

## RÉFÉRENCES

1. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Ottawa, Canada : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2010.
2. DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Bourgeault I, Martin-Misener R, Donald F, Abelson J. *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2009.
3. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Ottawa, Canada : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2008.
4. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 2002;324:819-23.
5. DiCenso A. Evaluation of the Impact of Advanced Practice Nurses. Paris, France : Communication présentée à la réunion d'experts de l'OCDE sur les rôles avancés des infirmières, 12 février 2010. 2010.
6. Delamaire M-L, Lafortune G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. Paris, France : OECD Publishing; 2010.
7. DiCenso A, Bourgeault I, Abelson J, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Carter N et al. Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary health care in Canada: Thinking outside the box. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2010;24:239-59.
8. El-Jardali F, Lavis JN. Synthèse d'information : l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada. Hamilton, Canada : Forum de McMaster sur la santé; 2011.
9. Hutchison B, Abelson J, Lavis JN. Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs* 2001;20(3):116-31.
10. King HF. Commentary: College of Family Physicians. *Canadian Nurse* 1978;74(4):21.
11. Daar AS, Singer PA, Persad DL, Pramming SK, Matthews DR, Beaglehole R et al. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature* 2007;450:494-6.
12. Organisation mondiale de la Santé. *Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2002.
13. Institut canadien d'information sur la santé. *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé; 2009.
14. Conseil canadien de la santé. Schémas de population – maladies chroniques au Canada : supplément de données à *Importance du renouvellement des soins de santé : à l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*. Toronto, Canada : Conseil canadien de la santé; 2007.
15. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1)*. Ottawa, Canada : Statistique Canada; 2005.
16. Statistique Canada. *Principales causes de décès au Canada*. Ottawa, Canada : Statistique Canada; 2009.
17. Organisation mondiale de la Santé. *Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2005.
18. Académie canadienne des sciences de la santé. *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladies chroniques : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, concentrons-nous sur les résultats*. Ottawa, Canada : Académie canadienne des sciences de la santé; 2010.
19. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Annals of Family Medicine* 2005;3:223-8.

20. Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Le fardeau des maladies chroniques au Canada. Ottawa, Canada : Agence de la santé publique du Canada; 2003.
21. Organisation de coopération et de développement économiques. Base de données de l'OCDE sur la santé 2010. Paris, France : Organisation de coopération et de développement économiques; 2011.
22. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs* 2009;28(1):75-85.
23. Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people: Socioeconomic factors, disabilities and comorbid conditions are obstacles. *British Medical Journal* 2001;323:945-6.
24. Krueger H, Williams D, Kaminsky B, McLean D. The Health Impact of Smoking and Obesity and What to Do About It. Toronto, Canada : Presses de l'Université de Toronto; 2007.
25. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs* 2008;28(1):1-16.
26. Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Observateur de la qualité : Rapport annuel 2011 sur le système de santé de l'Ontario. Toronto, Canada : Conseil ontarien de la qualité des services de santé; 2011.
27. Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs de santé 2009. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé; 2009.
28. Institut de recherche en services de santé. The Impact of Not Having a Primary Care Physician Among People with Chronic Conditions. Toronto, Canada : Institut de recherche en services de santé; 2008.
29. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: Adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs* 2007;26(6):717-34.
30. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Affairs* 2010;29(12):1-12.
31. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2007.
32. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. D'autres cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien ouvriront leurs portes en Ontario. Toronto, Canada : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
33. Gouvernement du Manitoba. Communiqué : La province annonce les premières mesures devant permettre à tous les Manitobains d'avoir un médecin de famille d'ici 2015 – les infirmières praticiennes joueront un rôle clé dans la stratégie provinciale pour transformer le système de santé grâce à des mesures axées sur l'innovation, le recrutement et l'éducation. Winnipeg, Canada : gouvernement du Manitoba, le 17 novembre 2010; 2010.
34. Institut canadien d'information sur la santé. Main-d'œuvre infirmière praticienne, par province ou territoire, Canada, 2005 à 2009. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé; 2010.
35. Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens. Les infirmières et infirmiers praticiens : le temps est arrivé. *Une solution pour améliorer l'accès aux soins et réduire les délais d'attente*. Ottawa, Canada : Santé Canada; 2006.
36. Martin-Misener R, Reilly SM, Vollman AR. Defining the role of primary health care nurse practitioners in rural Nova Scotia. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 2010;42(2):30-47.
37. Stevenson L, Sawchenko L. Will nurse practitioners achieve full integration into the Canadian health-care system? Commentary. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 2010;42(2):17-8.
38. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Dans l'autorité sanitaire Interior, en Colombie-Britannique, des infirmières praticiennes sont intégrées à une pratique fondée sur la

- rémunération à l'acte. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2010.
39. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly* 2001;79(2):149-77.
  40. Groupe financier Banque TD. Charting a Path to Sustainable Health Care in Ontario: 10 Proposals to Restrain Cost Growth without Compromising Quality of Care. Toronto, Canada : Groupe financier Banque TD; 2010.
  41. Hanna A. Ontario Medical Association Policy on Interprofessional Care. Toronto, Canada : Association médicale de l'Ontario; 2007.
  42. Association médicale de l'Ontario. The Working Relationship Between Physicians and Registered Nurses (Extended Class): OMA Discussion Paper. Toronto, Canada : Association médicale de l'Ontario; 2002.
  43. Association médicale de l'Ontario. Better Care. Healthier Patients. A Stronger Ontario. Insights and Recommendations from Ontario's Doctors. Toronto, Canada : Association médicale de l'Ontario; 2010.
  44. Pearce C, Phillips C, Hall S, Sibbald B, Porritt J, Yates R et al. Following the funding trail: Financing, nurses and teamwork in Australian general practice. *BMC Health Services Research* 2011;11(38):2-26.
  45. Scott A, Schurer S, Jensen PH, Sivey P. The Effect of Financial Incentives on Quality of Care: The Case of Diabetes. Melbourne, Australie : Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research; 2008.
  46. Association médicale de l'Ontario. Ontario's Doctors Discouraged by Provincial Health Care Spending. Toronto, Canada : Association médicale de l'Ontario; 2008.
  47. Donald F, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Carter N et al. The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 2010;24:88-113.
  48. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. Report on the CASN/FNIHIB Workshop on Primary Health Care/Nurse Practitioner Education. Ottawa, Canada : Association canadienne des écoles de sciences infirmières; 2004.
  49. Lenihan D. Foreign qualification recognition and Canada's intergovernmental landscape. *Options politiques* 2010;31(7):44-8.
  50. Institut canadien d'information sur la santé. Les infirmières réglementées au Canada : tendances des infirmières autorisées. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé; 2010.
  51. Wilson MG, Lavis JN. Issue Brief: Engaging Health System Decision-makers in Supporting Comprehensive Chronic Pain Management in Provincial and Territorial Healthcare Systems in Canada. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum; 2011.
  52. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: Effects on health service utilization. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002(1):Art. NO.: CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389.
  53. Vidanapathirana J, Abramson MJ, Forbes A, Fairley C. Mass media interventions for promoting HIV testing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;3:Art. No.: CD004775. DOI: 10.1002/14651858. CD004775.pub2.
  54. Lavis JN, McCutchen B, Bopardikar A. Engaging Civil Society in Supporting Research Use in Health Systems. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum; 2009.

## ANNEXE

### Annexe 1 : Revues systématiques portant sur l'élément 3 – Lancer une campagne d'information et d'éducation

Élément	Sujet de la revue systématique	Principaux points soulevés	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études réalisées au Canada	Proportion des études portant explicitement sur le groupe qui priorisé	Proportion des études portant sur les infirmières praticiennes
Campagne dans les médias traditionnels	Effets des médias de masse sur l'utilisation des services de santé(52)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes les études (dont la qualité variait) sauf une ont conclu que les campagnes planifiées et la couverture non planifiée dans les médias de masse peuvent avoir une influence positive sur l'utilisation des services de santé.</li> </ul>	1999	8/11 (cote AMSTAR tirée de <a href="http://www.rxforchange.ca">www.rxforchange.ca</a> )	0/20	0/20	0/20
	Les effets des interventions dans les médias de masse et la forme la plus efficace d'interventions dans les médias de masse au niveau de la population en général ou dans des groupes cibles précis, par rapport aux changements liés aux tests de dépistage du VIH(53).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les campagnes dans les médias de masse conçues pour mieux faire connaître le VIH/SIDA ont eu un effet immédiat et important sur la promotion du conseil et des tests volontaires de dépistage du VIH.</li> <li>Aucun effet à long terme n'a été constaté d'interventions dans les médias de masse sur la promotion des tests de dépistage du VIH.</li> <li>Il n'y a eu aucun effet important sur la détection de la séropositivité après une intervention dans les médias de masse visant à promouvoir les tests de dépistage du VIH.</li> <li>Ces résultats reposaient principalement sur de multiples interventions médiatiques destinées au grand public. Une étude seulement reposait sur des interventions à la télévision et une autre ciblait les bénéficiaires de transfusions sanguines.</li> <li>La revue n'a pu comparer le type d'interventions dans les médias de masse et les caractéristiques des messages, ou évaluer la rentabilité à cause du manque d'études pertinentes.</li> </ul>	2004	11/11 (cote AMSTAR tirée du Ontario HIV Treatment Network)	1/35	0/35	0/35