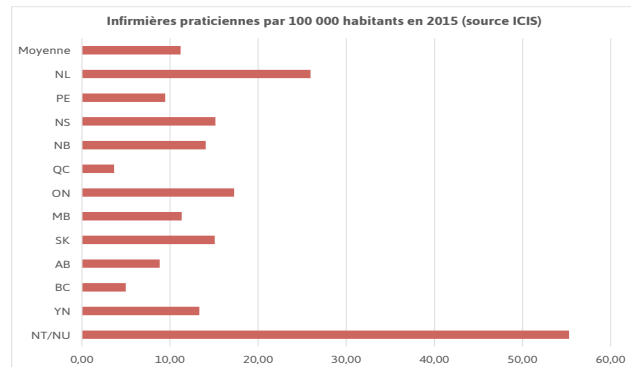


LA PRATIQUE DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES DE PREMIÈRE LIGNE (IPSPL) AU CANADA

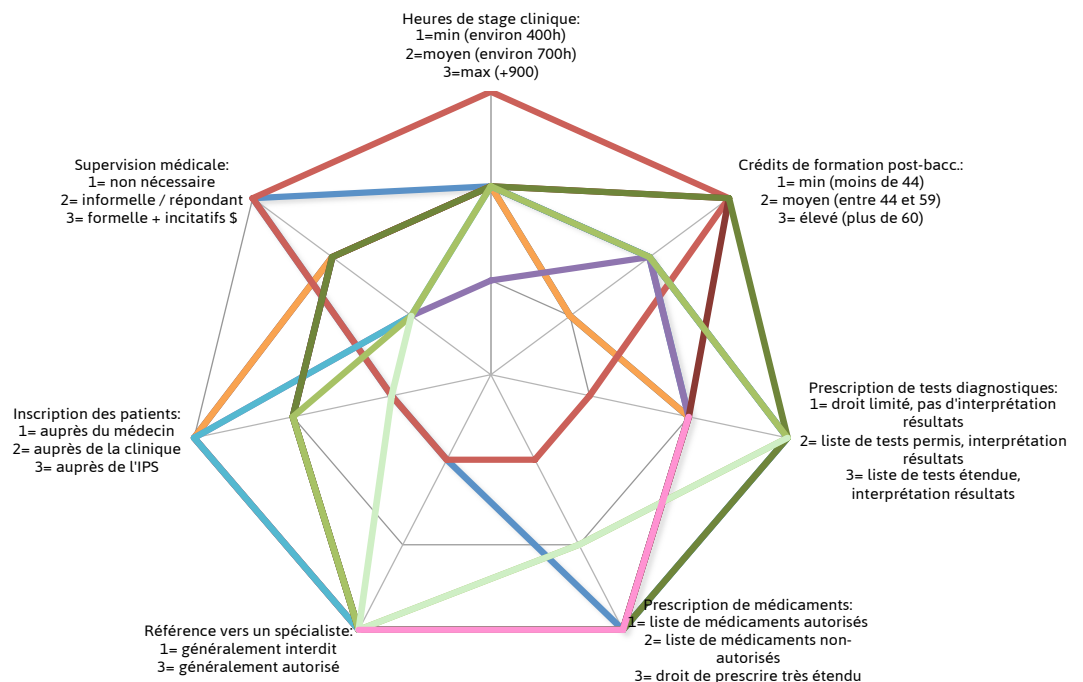
Il y a de plus en plus d'IPS au Canada, mais l'étendue de pratique, la durée de la formation et le niveau de supervision varient considérablement d'une province à l'autre.



Il existe des données fiables montrant qu'un plus grand recours aux IPSPL est une approche cohérente pour améliorer l'accessibilité des soins et l'efficacité des systèmes de santé [1-3]. Bien que le nombre d'IPS par habitant au Canada (Figure 1 [4]) soit encore loin des effectifs que l'on observe aux États-Unis (40.5 IPS par 100 000 habitants[5]), toutes les provinces investissent actuellement pour former et embaucher des praticiennes de première ligne.

Mais au-delà du nombre, c'est le modèle de pratique qui va en grande partie déterminer la contribution réelle des IPSPL à la santé de la population et à l'efficacité des systèmes.

Nous analysons ici sept indicateurs des modèles de pratique en vigueur dans les provinces canadiennes: trois portent sur la supervision et la formation et quatre portent sur l'étendue de pratique. Chaque indicateur a été synthétisé sous la forme d'un score de 1 à 3 points et visualisé dans un graphique en radar. (Voir le détail sur la Figure 2).

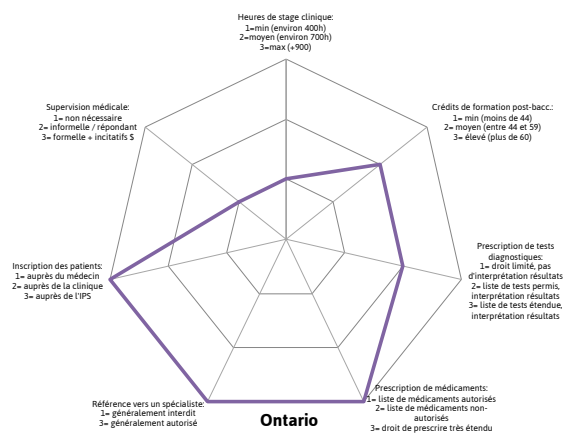
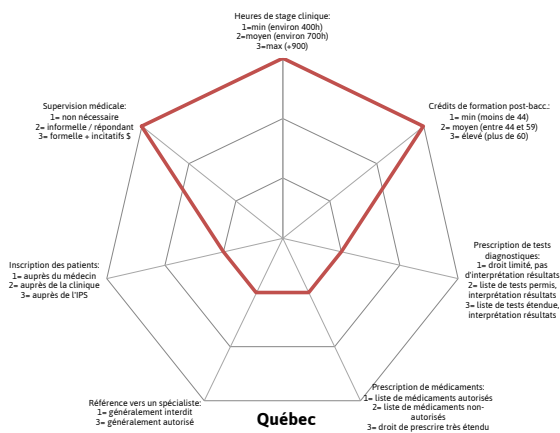
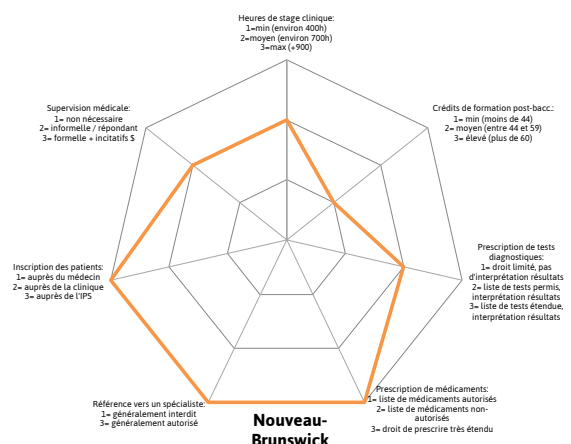
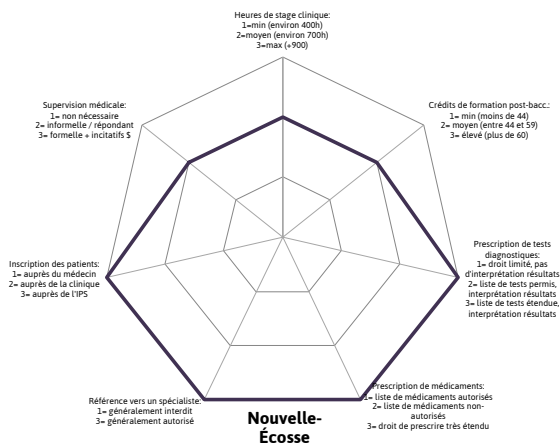
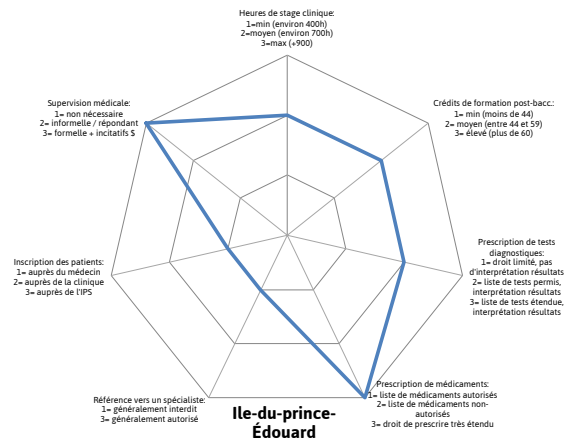
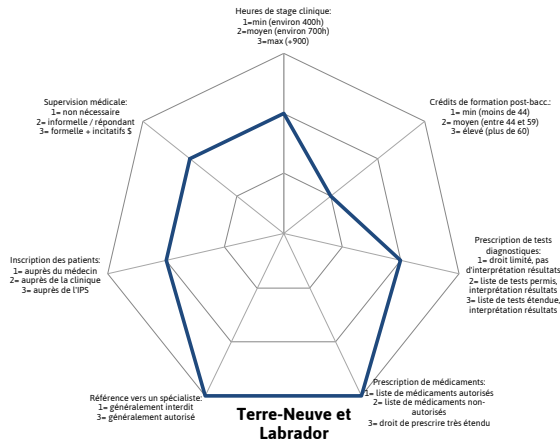


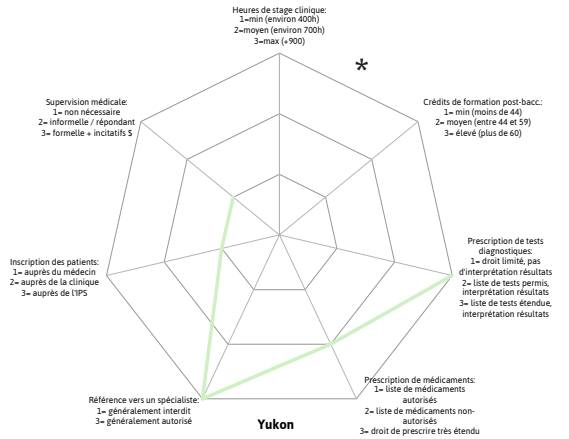
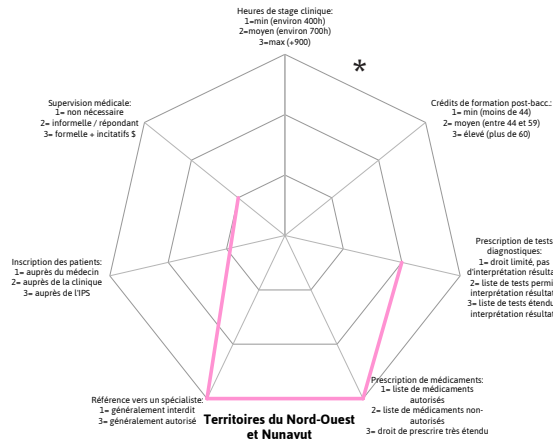
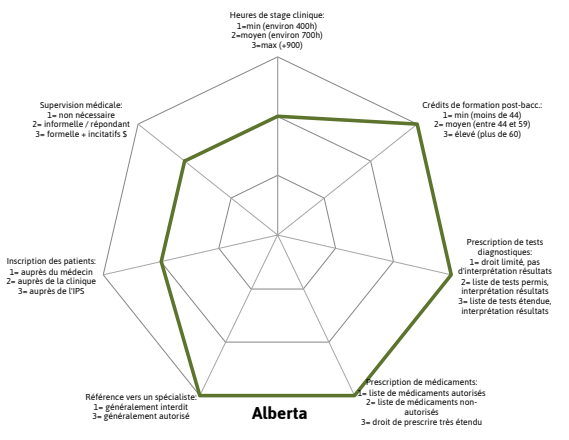
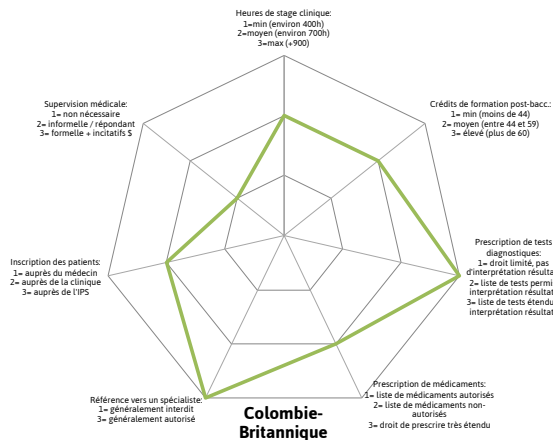
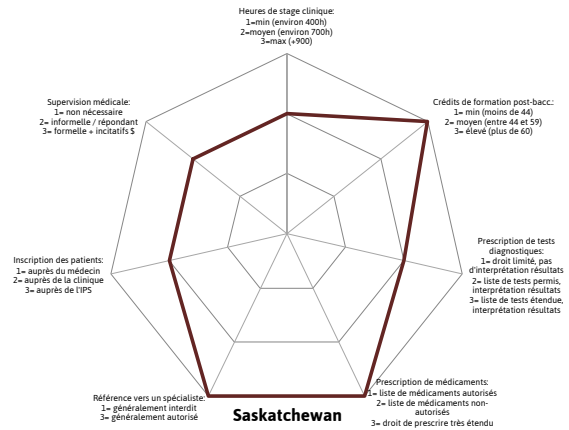
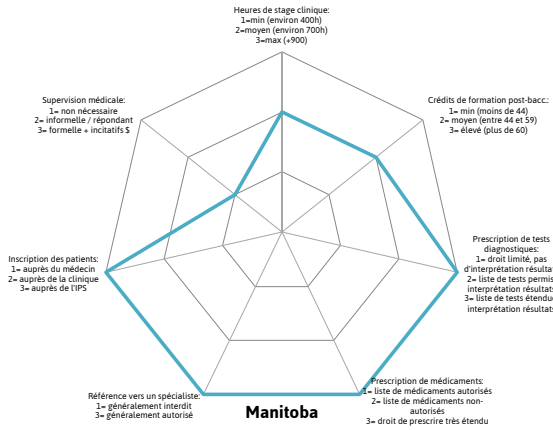
On peut facilement constater que si certaines provinces comme le Manitoba ou la Nouvelle-Écosse ont un score parfait pour chacun des quatre indicateurs de l'étendue de pratique; d'autres provinces comme l'Île-du-Prince-Édouard ou le Québec font beaucoup moins bonne figure. Le Québec se distingue du lot par un score minimum dans tous les indicateurs d'étendue de pratique.

Il est aussi intéressant de voir que les provinces qui permettent la plus grande étendue de pratique (Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Alberta) ne sont pas celles qui imposent la formation la plus longue ou la supervision médicale la plus stricte.

Le cas de l'Ontario est intéressant, car c'est la province dont le modèle de pratique IPS est le plus mature et documenté. Or l'étendue de pratique y est très grande et les dimensions du contrôle plutôt faibles. À l'inverse, le Québec avec le modèle de supervision le plus strict et la formation la plus longue a aussi la plus faible étendue de pratique.

En conclusion, pour atteindre les objectifs complémentaires d'amélioration de l'efficacité des systèmes et d'accessibilité des soins, il ne faut pas se limiter à suivre l'évolution de l'effectif IPS, mais aussi l'étendue de la pratique qui leur est permise. Au-delà des dimensions présentées ici, la diversité des milieux de pratique permis (comme en Ontario et au Manitoba par exemple) et des modalités de rémunération et d'incitation cohérentes pour les médecins partenaires sont des aspects importants pour optimiser l'impact des IPSPL.





* La formation IPS n'est pas offerte dans cette province.

1. Bodenheimer, T. and L. Bauer, Rethinking the Primary Care Workforce — An Expanded Role for Nurses. *New England Journal of Medicine*, 2016(375): p. 1015-1017.
2. Naylor, M., Kurtzman, E.T., The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs*, 2010. 29(5): p. 893-899.
3. Contandriopoulos, D., et al., Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy*, 2016. 120(6): p. 682-9.
4. CIHI-ICIS, Regulated Nurses, 2015: RN/NP Data Tables, C.I.F.H. Information, Editor. 2015.
5. Maier, C.B., et al., Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open*, 2016. 6.