

Les soins infirmiers et les soins de santé primaires

Vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle

Un document de travail

2024



CII

**Conseil International
des Infirmières**

La voix mondiale des soins infirmiers

AUTEURS

David Stewart, Infirmier diplômé, Licence en soins infirmiers, Master en soins infirmiers en santé mentale

Directeur associé (consultant), politiques des soins infirmiers et de santé
Conseil International des Infirmières

Madrean Schober, PhD, M.Sc. infirmières, infirmière de pratique avancée, FAANP, FAAN

Présidente, Schober Global Healthcare Consulting
International Healthcare Consultants, New York, États-Unis

Howard Catton, RN, AM, BS (Econ) (Hons)

Directeur général
Conseil International des Infirmières

Clause de non-responsabilité :

Les soins de santé primaires (SSP) sont un cadre global, fondé sur des principes, qui guide la prestation de services tout au long de la vie et dans tous les contextes de soins. Cette approche donne la priorité à la création de conditions favorables à la santé et au bien-être, en plaçant l'individu au centre de toutes les prestations de services de santé. Le Conseil International des Infirmières (CII) soutient pleinement cette approche mais reconnaît également que l'application pratique des soins de santé primaires varie d'une organisation à l'autre et d'un pays à l'autre. Ce document de travail résume les principales positions, déclarations et documents produits par le CII et d'autres organisations de soins infirmiers et de santé internationale. Les soins de santé primaires faisant partie intégrante de la couverture sanitaire universelle (CSU), ils restent une priorité pour le CII et la communauté mondiale. Le CII souhaite recevoir d'autres commentaires et discussions afin de faire progresser ce travail essentiel dans le cadre de ses priorités stratégiques actuelles.

Illustrations de couverture par Emma Philip avec l'aimable autorisation de QNI. Téléchargez les affiches QNI/NHS England ici: <https://qni.org.uk/students/careers-in-the-community/>.

Tous droits réservés, y compris pour la traduction dans d'autres langues. La reproduction photomécanique de cette publication, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil International des Infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2024 – Conseil International des Infirmières (CII),
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

ISBN: 978-92-95124-38-7

DÉCLARATION D'ASTANA

«Les soins de santé primaires seront mis en œuvre conformément à la législation, aux contextes et aux priorités nationales. Nous renforcerons les systèmes de santé en investissant dans les soins de santé primaires. Nous améliorerons les capacités et l'infrastructure pour les soins primaires - le premier contact avec les services de santé - en privilégiant les fonctions de santé publique essentielles. La prévention des maladies et la promotion de la santé seront considérées comme prioritaires et nous aurons pour objectif de satisfaire les besoins en santé de toutes les populations tout au long de la vie moyennant des services complets de promotion de la santé et de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi que des soins palliatifs. Les soins de santé primaires fourniront un ensemble complet de services et de soins, notamment, mais non seulement, des services de vaccination; de dépistage; de prévention, de maîtrise et de prise en charge des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles; des soins et des services qui promeuvent, protègent et améliorent la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la santé mentale, sexuelle et reproductive. Les soins de santé primaires seront aussi accessibles, équitables, sûrs, de grande qualité, complets, efficaces, acceptables, disponibles et abordables, et dispenseront des services continus, intégrés, centrés sur la personne et qui tiennent compte des différences entre les sexes. Nous lutterons pour éviter la fragmentation et disposer d'un système d'orientation opérationnel entre le niveau des soins primaires et les autres niveaux de soins. Nous tirerons parti de soins de santé primaires qui améliorent la résilience des systèmes de santé pour prévenir et détecter les maladies infectieuses et les flambées et y riposter» (OMS 2019b).

TABLE DES MATIÈRES

DÉCLARATION D'ASTANA	3
RÉSUMÉ POUR LES DÉCIDEURS	7
INTRODUCTION	9

CHAPITRE

1

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT..... 11

DES RESSOURCES INSUFFISANTES POUR RÉPONDRE À UNE DEMANDE CROISSANTE12

- Le personnel des SSP est sous pression.....14
- La main-d'œuvre n'est pas utilisée au maximum de sa formation et de son domaine de pratique16
- Le fossé se creuse entre les besoins des systèmes de santé et les systèmes de formation des agents de santé16

DES SOINS DE QUALITÉ ET ABORDABLES: UN ÉLÉMENT ESSENTIEL POUR GARANTIR UNE VIE SAINE ET UN PLUS GRAND BIEN-ÊTRE18

- La sécurité des patients: une préoccupation croissante19
- Optimiser l'utilisation des ressources de santé20
- Discontinuité entre professionnels et secteurs de soins de santé.....21

LES SSP AMÉLIORENT LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA POPULATION ET LA RÉACTIVITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ.....23

- Les SSP sont essentiels pour lutter contre les urgences de santé publique.....23
- Les SSP sont essentiels pour lutter contre les maladies évitables par la vaccination.....25

CHAPITRE

2

REPENSER LE POTENTIEL DES INFIRMIÈRES DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES26

INTERVENTIONS MENÉES PAR DES INFIRMIÈRES27

- La coordination des soins infirmiers: la clef de l'amélioration des soins intégrés27
- Des SSP intégrés et basés sur le travail d'équipe pour prodiguer des soins complets et efficaces..... 30
- Les infirmières de pratique avancée: une solution pour remédier à la pénurie de généralistes.....33
- Optimiser le personnel infirmier des SSP 40
- Renforcer le personnel infirmier des SSP.....42
- Santé numérique et intégration des technologies pour les SSP..... 48

CONCLUSION - SAISIR L'OCCASION 51

ANNEXE 1: TRAVAUX RÉCENTS DU CII DANS LE DOMAINE DES SSP.....52

ANNEXE 2: RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS..... 54

RÉFÉRENCES..... 56

**« Un renouveau
des soins de santé
primaires est
essentiel pour assurer
la santé de tous,
en particulier celle
des personnes les
plus vulnérables. »**

The Lancet (2018)

RÉSUMÉ POUR LES DÉCIDEURS

Le Conseil International des Infirmières (CII) présente ici un rapport complet destiné à exposer une vision transformatrice des soins de santé primaires (SSP), vision essentielle à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Les infirmières, avec leur longue expérience de la prestation des soins au sein des communautés et des foyers, sont en première ligne de cette vision. Le rôle et les responsabilités des infirmières n'ont fait que croître depuis la déclaration décisive d'Alma-Ata en 1978, le CII approuvant et encourageant activement leur participation à de nombreuses initiatives de santé publique. Aujourd'hui, avec une reconnaissance renouvelée, au niveau mondial, par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ensemble de la communauté sanitaire, la réalisation de la couverture sanitaire universelle est intrinsèquement liée aux efforts de la profession infirmière.

Notre rapport souligne que les soins de santé primaires constituent une approche holistique, visant la santé et le bien-être des individus et des communautés, et garantissant que même les plus vulnérables reçoivent des soins de santé sûrs, abordables et accessibles. L'accent est mis sur un engagement proactif vis-à-vis des besoins de santé des individus, couvrant l'ensemble du continuum allant de la promotion de la santé aux soins palliatifs, dispensés aussi près que possible du lieu de vie et de travail des personnes. En particulier, généraliser les interventions de soins de santé primaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire pourrait modifier radicalement les paramètres de la santé mondiale, en sauvant potentiellement soixante millions de vies et en augmentant l'espérance de vie moyenne de 3,7 ans d'ici à 2030 (OMS, 2023a).

Cependant, plusieurs défis se profilent à l'horizon, notamment les contraintes en matière de ressources, la sous-utilisation de la main-d'œuvre, l'écart entre les besoins en soins et la formation des professionnels, des préoccupations concernant la sécurité des patients et une continuité des soins souvent fragmentée. Si ces défis peuvent être surmontés, les soins de santé primaires pourront servir de phare pour améliorer la santé de la population, lutter contre les urgences de santé publique et s'attaquer aux maladies évitables par le biais des vaccinations.

Investir dans les soins infirmiers est une stratégie d'une importance capitale, capable d'optimiser les soins primaires tout en assurant leur résilience lors des crises sanitaires et en maintenant la continuité des soins au profit des populations. Cet investissement implique de repenser le rôle des infirmières dans les soins de santé primaires, une démarche que notre rapport analyse de manière approfondie et réfléchie.

Les recommandations du rapport portent sur plusieurs domaines essentiels :

- **Coordination des soins** : faire de la coordination des soins par les personnels infirmiers une norme dans les soins primaires, de manière à améliorer la sensibilisation et à responsabiliser les patients, compte tenu de la capacité du personnel et des normes professionnelles en matière de coordination des soins.
- **Soins primaires intégrés et fondés sur le travail d'équipe** : opérer une transition vers des soins centrés sur la personne et dispensés par des équipes multidisciplinaires, mettant l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise de décision partagée. En outre, il est impératif de promouvoir la formation interprofessionnelle et les modèles de soins en équipe.
- **Infirmières de pratique avancée (IPA)** : plaider pour le développement des infirmières de pratique avancée et soutenir leur action par une démarche stratégique de planification, de répartition des ressources et d'investissement dans la formation, de manière à ce que ces infirmières travaillent à leur plein potentiel, surtout dans les zones mal desservies.
- **Investir dans les infirmières en soins de santé primaires** : s'engager à augmenter les effectifs d'infirmières en soins primaires, à instaurer des normes de formation, à promouvoir l'investissement dans les soins de santé primaires, à appliquer des plans de main-d'œuvre, à améliorer la collecte de données et enfin à accroître la participation des infirmières en soins primaires à l'élaboration des politiques et à la prise de décision.

- **Santé numérique et intégration des technologies** : encourager l'intégration des technologies de santé numérique pour aider les infirmières à fournir des soins de santé primaires. Il s'agit notamment des services de télésanté, des dossiers médicaux électroniques et des applications de santé mobile, afin d'améliorer l'accès, l'efficacité et la qualité des soins.
- **Engagement et responsabilisation de la communauté** : renforcer les stratégies d'engagement communautaire pour permettre aux individus et aux communautés de jouer un rôle actif dans leur santé. Cela implique de former les infirmières à l'éducation et à la sensibilisation à la santé communautaire.
- **Modèles de financement durables** : plaider en faveur de modèles de financement durables, propices à un investissement à long terme dans les soins primaires et au développement du personnel infirmier.
- **Recherche et pratique basées sur les données probantes** : promouvoir la recherche continue et l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes dans les soins de santé primaires afin d'améliorer continuellement la qualité des soins et les résultats. Encourager les infirmières à mener des activités de recherche et à en appliquer les résultats à leur pratique clinique.
- **Collaboration mondiale et partage des connaissances** : favoriser la collaboration mondiale et le partage des connaissances entre les organisations de soins infirmiers et de santé afin de diffuser les meilleures pratiques, les innovations et les enseignements tirés dans le domaine des soins de santé primaires.

En appliquant ces recommandations, la communauté mondiale de la santé peut révolutionner le rôle des infirmières dans les soins de santé primaires et réaliser des progrès importants dans la réalisation de l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Il est temps d'agir et de tirer parti du potentiel inexploité des infirmières pour mener à bien cette mission essentielle.



SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES VS SOINS PRIMAIRES

« Les soins primaires sont un processus clef dans un système de santé qui fournit des services de promotion, de protection, de prévention, curatifs, de réadaptation et palliatifs tout au long de la vie. Les soins de santé primaires (SSP) sont une approche plus large, sociétale, comportant trois composantes : (a) les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique en tant que noyau de services de santé intégrés ; (b) une politique et une action multisectorielles ; et (c) des personnes et des communautés responsabilisées »

(OMS, s. d.)

INTRODUCTION

Les soins de santé primaires (SSP) sont une approche de la santé qui concerne l'ensemble de la société et qui vise à assurer le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible, ainsi que leur répartition équitable, en se concentrant sur les besoins et les préférences des personnes (en tant qu'individus, familles et communautés) le plus tôt possible tout au long du continuum allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et aussi près que possible de l'environnement quotidien des personnes (d'après OMS & UNICEF, 2018).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2023b), les SSP englobent:

- des services de santé intégrés répondant aux besoins des personnes tout au long de leur vie;
- des politiques et une action multisectorielles visant à remédier aux déterminants généraux de la santé; et
- le fait de donner aux individus, aux familles et aux communautés les moyens de prendre en charge leur propre santé.

Les soins de santé primaires sont ancrés dans un engagement envers les droits de l'homme. Ils reposent sur la reconnaissance du fait que la jouissance du meilleur état de santé possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction (OMS, 2023b).

Un engagement mondial a été pris en 1978 en faveur des soins de santé primaires en tant que moteur de l'amélioration de la santé pour tous. Cet engagement a été réaffirmé en 2018 par la déclaration d'Astana. Malgré l'enthousiasme initial, les soins de santé primaires sont actuellement en crise, de nombreux services étant soit inaccessibles, soit de mauvaise qualité, en raison d'une sous-évaluation, d'un manque de ressources et d'une grave pénurie de main-d'œuvre (*The Lancet*, 2018).

En 2000, le CII a publié une prise de position sur cette question, révisée en 2007 (CII, 2007). Le CII y souligne que l'équité et l'accès aux services de soins de santé primaires, en particulier aux soins infirmiers, sont essentiels pour améliorer la santé et le bien-être de tous. Le CII a approuvé la déclaration d'Alma-Ata et a affirmé ce qui suit:

- Les services de santé sont rendus accessibles à tous de manière égale, en encourageant au maximum la participation des individus et des collectivités à la planification et au fonctionnement des services; la prévention des maladies et la promotion de la santé; des technologies appropriées et abordables; et l'approche multisectorielle nécessaire au bien-être dans une société.
- Les soins de santé sont axés sur l'individu, la famille ou le groupe ayant besoin de services, que ce soit pour la promotion de la santé, la protection contre la maladie et l'invalidité, la guérison et la réadaptation, ou les soins en vue d'une mort paisible et digne.
- L'éducation à la santé est à la fois scientifique et éthique, et reconnaît l'importance des déterminants sociaux de la santé.
- Les agents de santé respectent le droit de l'individu, de la famille et de la communauté de prendre des décisions éclairées sur les soins et les traitements connexes.
- Les résultats de la recherche et l'évaluation des technologies profitent directement aux patients et au public.

Pour soutenir les soins de santé primaires, le CII considère qu'il est essentiel que les concepts y afférents soient intégrés à tous les niveaux de la formation des infirmières, et que le rôle de l'infirmière dans le leadership des soins de santé primaires soit renforcé et précisé à tous les niveaux, sur le plan national aussi bien qu'international.

Les lacunes dans les soins de santé primaires sont apparues au grand jour lors de la pandémie de SRAS-CoV-2 (COVID-19) en 2020-2022. Alors qu'une grande attention était accordée à la riposte à la pandémie, la catastrophe a touché de nombreux patients non atteints par la COVID-19 mais qui n'ont pu accéder aux soins nécessaires. Ainsi, des personnes atteintes de maladies chroniques, particulièrement vulnérables au virus, n'ont pu accéder aux soins de routine et accessibles offerts par les SSP. Les effets indirects sur la santé ont concerné les personnes dont le diagnostic a été retardé et dont les soins ont été retardés ou annulés (OCDE, 2021). Les soins de santé primaires doivent être suffisamment résilients pour répondre à un pic de demande imprévu tout en permettant d'assurer la continuité des soins.

Une autre approche s'impose pour libérer le potentiel des soins de santé primaires. Il faut pour cela modifier les politiques et les modèles de financement afin d'encourager la mise en place d'équipes soignantes multidisciplinaires coordonnées et intégrées, axées sur le service aux personnes. Il s'agit également de changer de paradigme, pour passer d'une approche axée sur le traitement à une approche qui intègre la promotion de la santé et la prévention des maladies, tout en garantissant des soins sûrs et de qualité au moment et à l'endroit où les personnes en ont besoin.

Notre rapport décrit les possibilités offertes par l'investissement dans les soins infirmiers pour optimiser les soins de santé primaires et soutenir leur réponse aux urgences sanitaires, tout en assurant la continuité des soins au profit des communautés et des populations.



© Aida Chetoui



Suisse :
la capacité des IPA à fournir des soins habituellement prodigués par les médecins permet non seulement de soulager les systèmes de santé surchargés, mais aussi d'améliorer l'accès à des soins de qualité, en particulier dans les zones rurales ou mal desservies.

1

CHAPITRE

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

En 1978, la déclaration d'Alma-Ata de l'OMS reconnaissait le potentiel des soins de santé primaires d'améliorer les résultats en matière de santé à tous les niveaux socio-économiques, de renforcer les soins centrés sur la personne, de remédier aux déterminants sociaux de la santé et de mettre en place un système de santé plus efficace. Cependant, les progrès à cet égard ont été lents car «l'accent a été mis sur des maladies individuelles, avec des résultats inégaux» (*The Lancet*, 2018). Or, les soins de santé primaires ont le potentiel de rendre les systèmes de santé plus efficaces, efficaces et équitables, à condition que l'on remédie à cette situation.

En 2008, le thème de la Journée internationale des infirmières, *Servir la collectivité et garantir la qualité: les infirmières à l'avant-garde des soins de santé primaires*, était destiné à commémorer le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et les soins de santé pour tous (CII, 2008a). Le rapport et les ressources publiés à cette occasion par le CII insistaient sur le fait que les infirmières sont toujours les plus proches des gens et qu'elles comprennent les besoins des communautés, et que les soins de santé primaires ont toujours été au premier rang des priorités des infirmières, au niveau national et mondial.

Le rapport soulignait en particulier que «la pratique infirmière est l'essence même des soins de santé primaires. Les infirmières prodiguent des services partout où se trouvent les gens, à la maison, à l'école, au travail, dans les prisons, dans les cliniques de santé et de bien-être et d'autres lieux communautaires, ainsi que dans les hôpitaux et les centres de recherche. Dans

pratiquement tous les pays, les infirmières constituent le groupe le plus important de prestataires de soins. Elles jouent également un rôle essentiel dans la formation et la supervision des autres membres du personnel, ainsi que dans la planification, l'organisation, le suivi et l'évaluation des services de santé primaire. La Journée internationale des infirmières en 2008 célèbre et met en avant le rôle des infirmières dans les soins de santé primaires, proposant une vision de la manière dont les infirmières peuvent façonner l'avenir des soins de santé primaires».

Toujours en 2008, le CII publiait une étude intitulée *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care* (CII, 2008b), traitant de la manière dont les soins infirmiers en santé primaire contribuent aux objectifs de la Déclaration d'Alma-Ata. L'étude conclut que les soins infirmiers façonnent les soins de santé primaires et la réalisation de la santé



« S'il y a une leçon à tirer de l'expérience canadienne de la COVID-19, c'est que notre système de santé universel tant vanté est scandaleusement limité . Mais les soins de santé canadiens sont depuis longtemps en proie à un problème beaucoup plus évident : des millions de personnes ont du mal à accéder aux soins de santé universels parce qu'elles n'ont pas de médecin de premier recours et n'en auront probablement jamais. »

Tristan Hopper (2022)

pour tous grâce à l'adhésion des personnels aux grands principes et valeurs qui sous-tendent les SSP. Les infirmières en soins de santé primaires développent leur pratique en plaçant au cœur de leurs soins les principes d'accessibilité aux services, d'utilisation de technologies appropriées, de participation individuelle et communautaire, de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que de coopération et de collaboration intersectorielles.

En 2018, le CII a participé à la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires à Astana, au Kazakhstan, destinée à célébrer le quarantième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. En tant que membre du Groupe consultatif

international sur les soins de santé primaires pour la CSU, le CII a contribué à la consultation publique de l'OMS sur le projet de déclaration et s'est associé à une déclaration commune qui demandait de compléter le texte pour y mettre en avant le rôle essentiel des infirmières et des sages-femmes dans la prestation des soins primaires.

Le CII et *Nursing Now* ont publié une déclaration commune (CII & Nursing Now, 2019) en réponse au projet de « déclaration de l'OMS sur les soins de santé primaires », par laquelle nos deux organisations affirment leur soutien à un texte qui permettra d'apporter des changements et de réaliser la couverture sanitaire universelle grâce aux soins de santé primaires.

DES RESSOURCES INSUFFISANTES POUR RÉPONDRE À UNE DEMANDE CROISSANTE

La capacité à réaliser la couverture sanitaire universelle dépendra de l'existence de soins de santé primaires appropriés et efficaces. Pour ce faire, il faudra disposer d'un personnel motivé, équitablement réparti et adapté aux besoins sanitaires des populations et des communautés. À cet égard, il faudra renforcer les

capacités afin de répondre à la demande croissante résultant de changements démographiques, épidémiologiques, économiques, sociaux et politiques rapides. Quatre facteurs clefs liés à l'augmentation du personnel devront être pris en compte: la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité.

TABLEAU 1
Quatre facteurs clefs pour renforcer la main-d'œuvre en SSP



Disponibilité

Existence d'effectifs suffisants d'agents de santé appropriés et compétents.

23 %

de tous les médecins des pays de l'OCDE exercent comme généralistes (OCDE, 2021), en forte baisse depuis 2000.

57

pays déclarent disposer de moins de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants (Dussault *et al.*, 2018).

230 000

médecins manquent actuellement dans la région Europe (estimation, OMS & UNICEF, 2018).

15 M

d'agents de santé manqueront d'ici à 2030 (OMS, 2016a).



Accessibilité

Répartition équitable des agents de santé (en particulier dans les régions géographiques telles que les zones urbaines, rurales et éloignées).

80%

des services de santé maternelle et infantile de base ne peuvent pas être fournis dans 57 pays (OMS & UNICEF, 2018).

58 M

de personnes dans les pays à revenu élevé vivent dans des zones souffrant d'une pénurie de personnel en SSP (OMS & UNICEF, 2018).

37%

de réduction des services de santé dans 20 pays en raison de la pandémie. Les diagnostics ont notamment été réduits de 31%. Dans de nombreux pays, les consultations de SSP ont considérablement augmenté pour répondre à la demande croissante. Une grande partie de cette augmentation s'est faite par le biais de consultations numériques (OCDE, 2021).

1 M

de décès prématurés dans les pays de l'UE auraient pu être évités par une meilleure prévention et des interventions en matière de soins préventifs en 2017 (OCDE, 2021).

26%

des patients souffrant de maladies chroniques dans les pays de l'OCDE et d'Europe n'ont bénéficié d'aucun des tests recommandés en 2018 (OCDE, 2020).



Acceptabilité

Les agents de santé sont en mesure de fournir des soins adaptés à la diversité sociale, linguistique et ethnique des patients et des populations.

80%

des consommateurs dans de nombreux pays européens ont déclaré être impliqués dans les décisions relatives aux soins et aux traitements. Dans certains pays, cette participation n'était que de 61% (OCDE/UE, 2020).

36%

des infirmières travaillent dans les zones rurales, où vit 49% de la population (OMS, 2020).

86%

des pays disposent d'un organisme chargé de la réglementation des soins infirmiers (OMS, 2020).



Qualité

Les comportements, compétences, connaissances et attributs des agents de santé répondent à des normes professionnelles.

75%

des médecins et des infirmières ont déclaré être surqualifiés par rapport aux rôles et responsabilités qu'ils assument au quotidien (OCDE, 2020).

77%

des soins préventifs et 47% des soins chroniques pourraient être assurés par des professionnels de santé autres que les médecins, tels que les infirmières et les pharmaciens (OCDE, 2020).

51%

des médecins et 43% des infirmières se déclarent insuffisamment qualifiés pour certaines des responsabilités qu'on leur a demandé d'assumer (OCDE, 2020).

Le personnel des SSP est sous pression

Selon l'OCDE, la réduction de la part des médecins généralistes et l'augmentation de la demande de services mettent à rude épreuve le système de soins de santé primaires. Entre 2000 et 2017, la part des médecins généralistes a chuté de plus de 20% en Australie, au Royaume-Uni, au Danemark, en Israël, en Estonie et en Irlande (OCDE, 2020). Cette tendance est similaire dans la plupart des pays d'Europe et de l'OCDE. Les médecins

généralistes ont donc une charge de travail élevée, «déraisonnable» et «insoutenable». Cette situation risque d'avoir un impact négatif sur les soins prodigués aux individus et à la communauté.

L'OMS (Dussault, 2018) résume ainsi la situation: l'offre actuelle de professionnels de santé aux niveaux mondial, régional, national et infranational ne répond pas aux besoins ni à la demande dans le secteur des soins de santé primaires.

TABLEAU 2
La médecine générale n'a pas progressé au même rythme que la demande

AUSTRALIE		La demande de services de médecins généralistes devrait augmenter de 38% d'ici 2032 (et de 47% dans les villes). Malgré cette augmentation importante, l'offre de médecins généralistes diminuera de 15% dans les villes et de 4% dans l'ensemble. Il en résultera une pénurie de 11 392 médecins généralistes d'ici 2032, soit près d'un médecin généraliste sur trois (28%) (Deloitte Access Economics, 2022).
CANADA		Selon Statistique Canada, en 2019, environ 4,6 millions de Canadiens n'avaient pas d'accès régulier à un prestataire de soins primaires. Un écart préoccupant entre l'offre et la demande apparaît également: en décembre 2021, 2 400 postes de médecins de famille étaient annoncés sur les sites internet de recrutement du gouvernement à travers le Canada (Association médicale canadienne, 2022).
		Le pourcentage de diplômés en médecine choisissant la médecine familiale a chuté de 38,5% (2015) à 31,8% (2021) (Association médicale canadienne, 2022).
ANGLETERRE		On évalue à 4200 postes à équivalent temps plein (ETP) la pénurie de médecins généralistes employés en Angleterre, avec environ 27 000 ETP de médecins généralistes en poste en 2021/22. D'ici 2030, la Health Foundation estime qu'un poste de médecin généraliste sur quatre sera vacant (The Health Foundation, 2022a).
		Le nombre d'infirmières à ETP en médecine générale devrait diminuer de 0,4% par an, soit un déficit de 6400 infirmières à ETP d'ici 2030 (The Health Foundation, 2022b).
		Si l'on n'investit pas dans des rôles tels que les infirmières de pratique avancée (IPA), on estime qu'un poste de médecin généraliste sur deux sera vacant (The Health Foundation, 2022b).
FRANCE		8% de la population (2,5 millions de personnes) vivent dans des zones où il manque de médecins généralistes, une proportion qui devrait passer à 12% ces prochaines années (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2019).
		Le nombre de médecins généralistes recule: depuis 2010, le nombre a diminué de 7%, passant de 94 261 à 87 801, et devrait tomber à 81 804 d'ici 2025 (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2019).
		44% des médecins généralistes déclarent ne pas vouloir prendre de nouveaux patients (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2019).
ITALIE		Depuis vingt ans, l'Italie a connu une baisse constante, d'environ 10%, du nombre de médecins généralistes (Genova & Lombardini 2022).

NOUVELLE-ZÉLANDE		50 % des médecins généralistes prendront leur retraite d'ici 2032. Le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants devrait passer de 74 en 2021 à seulement 70 en 2031 (The Royal New Zealand College of General Practitioners, 2021).
		L'augmentation du nombre de médecins généralistes aura un impact mesurable sur la santé des Néo-Zélandais: 10 médecins généralistes supplémentaires pour 100 000 habitants signifient qu'environ 30 personnes par an ne mourront pas d'un cancer ou de problèmes respiratoires ou cardiovasculaires. Elle devrait aussi permettre de réaliser 139,6 millions de dollars d'économies par an dans le domaine de la santé (150 millions de dollars d'économies par an moins le coût de 10,4 millions de dollars pour former davantage de médecins généralistes) (The Royal New Zealand College of General Practitioners, 2021).
ÉTATS-UNIS		On estime qu'il manquera entre 17 800 et 48 000 médecins généralistes d'ici 2034 (Association of American Medical Colleges, 2021).
		Une grande partie de la main-d'œuvre médicale approche de l'âge normal de la retraite; les projections de l'offre sont sensibles aux décisions des médecins plus âgés en matière d'emploi. Plus de deux médecins actifs sur cinq auront 65 ans ou plus au cours de la prochaine décennie (Association of American Medical Colleges, 2021).
		Si les populations insuffisamment desservies utilisaient autant de soins de santé que les populations mieux desservies, la demande augmenterait de telle sorte qu'il manquerait entre 102 400 (13 %) et 180 400 (22 %) médecins par rapport à l'offre actuelle (Association of American Medical Colleges, 2021).

FAIRE PROGRESSER LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE EN INDE GRÂCE AUX SOINS INFIRMIERS

L'Indian Nursing Council applique plusieurs stratégies pour réaliser la CSU d'ici à 2030, un objectif hautement prioritaire fixé par le gouvernement. Une étape majeure a été la transformation de 150 000 sous-centres en centres de santé et de bien-être, chacun desservant de 5 000 à 10 000 personnes en mettant fortement l'accent sur les soins infirmiers. Ces centres sont dotés d'infirmières diplômées désignées comme agents de santé communautaire. Pour soutenir cette initiative, le programme d'études en sciences infirmières est en cours de révision afin d'intégrer la formation d'agent de santé communautaire dans un programme basé sur les compétences, de manière à améliorer la qualité de la formation. En outre, un centre de simulation ultramoderne a été ouvert pour former les membres du corps enseignant au niveau de la maîtrise à l'enseignement de ce nouveau programme. De plus, en collaboration avec le ministère de la santé, un programme a été approuvé visant la formation d'environ 84 000 infirmières praticiennes. Le renforcement du leadership est un autre aspect essentiel: à cet égard, le Council organise le programme Diriger le changement du CII pour former quarante infirmières indiennes. Enfin, la création de la nouvelle commission des soins infirmiers et obstétricaux devrait permettre prendre des décisions cruciales concernant le domaine de pratique des infirmières en Inde, toujours en vue de renforcer leur rôle dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

(Étude de cas soumise par l'Indian Nursing Council lors du webinaire du CII consacré au rôle des infirmières dans les SSP, novembre 2023.)

75 % des médecins et des infirmières déclarent être surqualifiés pour un grand nombre de responsabilités qu'ils assument au quotidien.

(OCDE, 2021a)

La main-d'œuvre n'est pas utilisée au maximum de sa formation et de son domaine de pratique

En 1998, le CII affirmait que le domaine de pratique devait être «dynamique et sensible à l'évolution des besoins de santé, aux progrès du savoir et de la technique» (CII, 2010). Autrement dit, le domaine de pratique doit faire l'objet d'un examen régulier pour s'assurer qu'il continue à correspondre aux besoins en matière de santé et qu'il favorise l'amélioration des résultats à cet égard.

L'OCDE (2021) a récemment étudié le domaine de pratique des médecins et des infirmières travaillant dans les soins de santé primaires. L'Organisation estime que plus des trois quarts des médecins et des infirmières sont surqualifiés pour certaines de leurs responsabilités dans leur travail quotidien. Cela semble indiquer qu'il existe un décalage entre les connaissances et les compétences des professionnels de la santé et le travail qu'ils effectuent. Cette inadéquation et ce déséquilibre dans les ressources humaines constituent une occasion manquée.

La valorisation des SSP passe par un travail d'équipe coordonné, bénéficiant d'un mélange de compétences approprié et de professionnels de santé travaillant dans leur domaine de pratique optimal. Actuellement, les rôles et les responsabilités des agents de santé ne correspondent pas aux besoins des populations qu'ils servent, ni aux connaissances et compétences qu'ils ont acquises.

Le fossé se creuse entre les besoins des systèmes de santé et les systèmes de formation des agents de santé

En 2010, une commission du *Lancet* (Horton, 2010), appelant de ses vœux «une nouvelle ère pour la formation des professionnels de la santé», s'inquiétait d'une inadéquation entre les compétences par rapport aux besoins des patients et de la population; d'un travail d'équipe insuffisant entre les professions et au sein de celles-ci; d'une stratification persistante du statut professionnel; de rencontres épisodiques plutôt que de soins continus; d'une orientation

La Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique a appelé à l'optimisation des agents de santé afin qu'ils puissent déployer pleinement leur potentiel. Son premier message clef est le suivant : « La transformation et l'expansion de l'offre en personnel de santé et de santé publique, y compris la réforme des compétences et du mélange des compétences parmi ce personnel, ont le potentiel d'accélérer la croissance économique inclusive et les progrès vers l'équité en santé »

(OMS, 2016b)

RÉVOLUTIONNER LES SSP EN ROUMANIE

L'Ordre des infirmières et des sages-femmes de Roumanie a élaboré des stratégies de transformation pour réformer le système national de SSP. L'accent porte d'abord sur le dépistage et la prévention au niveau primaire, en incitant les praticiens de soins primaires, y compris les infirmières, à s'engager activement dans des programmes de prévention. Une autre stratégie importante consiste à améliorer l'infrastructure et les capacités des établissements de SSP, par des investissements dans des équipements modernes pour 3000 cabinets de santé et par l'amélioration des mécanismes de rémunération des prestataires. Axée sur une modification des rôles des professionnels de santé, la stratégie encourage une approche proactive et holistique des soins, en élargissant les rôles et les droits de prescription. En collaboration avec le ministère de la santé, l'accent est mis sur le renforcement du rôle des infirmières et des sages-femmes – qui sont souvent le premier point de contact des patients – dans les soins communautaires. Les efforts portent notamment sur la révision des mécanismes de paiement des infirmières et médecins dans les zones rurales, ainsi que sur l'exploitation des innovations en matière de santé numérique, avec une base de données intégrée à l'appui de politiques du personnel fondées sur des données probantes. Ces réformes de grande portée, soutenues par une conférence régionale de l'OMS, ont permis d'adopter un cadre de résolution politique et marquent une étape importante pour le renforcement du personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS.

(Étude de cas soumise par l'Ordre roumain des infirmières et des sages-femmes lors du webinaire du CII consacré au rôle des infirmières dans les SSP, novembre 2023.)

hospitalière prédominante au détriment des SSP; de déséquilibres quantitatifs et qualitatifs sur le marché du travail; et d'un manque de leadership pour améliorer les performances du système de santé. La vision exprimée par le *Lancet* consiste à faire évoluer la formation aux métiers de santé sur la base du constat que «les agents de santé de tous les pays devraient être formés à mobiliser des connaissances, à appliquer un raisonnement critique et à adopter une conduite éthique afin d'être compétents pour participer à des systèmes de santé centrés sur le patient et la population, en tant que membres d'équipes localement réactives et connectées au niveau mondial» (Frenk *et al.*, 2010).

Dix ans plus tard, la Banque mondiale constatait que les progrès réalisés dans la formation des professionnels de santé étaient insuffisants pour parvenir à des SSP complets. Selon la Banque mondiale, de nombreux professionnels de la santé sont «mal préparés à faire face à des situations qu'ils n'avaient pas rencontrées au cours de leur formation.

Au Japon, la médecine générale n'est pas reconnue comme une spécialité indépendante. Les soins primaires sont généralement dispensés par d'autres spécialistes, tels que les internistes et les pédiatres. La plupart des médecins sont formés en milieu hospitalier en tant que spécialistes appelés à travailler dans le même milieu. De nombreux médecins ont fait des soins primaires leur deuxième carrière, sans avoir suivi de formation de généraliste. La transition d'un spécialiste à un généraliste est facilitée par l'absence de système formel de formation des médecins de famille au Japon, où la médecine générale reste impopulaire : le nombre de médecins généralistes certifiés par la JPCA n'est que de 672 sur 311 205 médecins (soit 0,2 %) en 2018.

(Yoshida *et al.* 2019)

Les prestataires de SSP ont besoin d'une formation qui les prépare à leurs vastes domaines de pratique» (Strasser & Strasser, 2020).

L'OCDE pose un constat similaire: si les médecins et les infirmières sont surqualifiés pour certaines tâches, ils se déclarent, dans le même temps, sous-qualifiés pour d'autres tâches. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 51% des médecins et 43% des infirmières déclarent manquer de compétences pour certaines de leurs responsabilités. L'OCDE constate aussi qu'en moyenne, les cliniciens ont une question relative aux soins pour

deux patients (concernant le traitement médicamenteux, les symptômes ou les résultats du diagnostic), et que près de la moitié de ces questions ne sont pas traitées. En conséquence, l'OCDE conclut que «les équipes de soins primaires semblent mal préparées à répondre aux besoins croissants et complexes en matière de santé, compte tenu des progrès technologiques, des nouveaux modes de prestation des services et du rythme rapide de l'évolution des connaissances médicales» (OCDE, 2020). Il est donc clair qu'il faut modifier la formation des professionnels des SSP.

DES SOINS DE QUALITÉ ET ABORDABLES: UN ÉLÉMENT ESSENTIEL POUR GARANTIR UNE VIE SAIN ET UN PLUS GRAND BIEN-ÊTRE

L'objectif des soins de santé primaires est que les personnes reçoivent des soins complets et de qualité, allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs. Ces soins doivent être dispensés de manière optimale, le plus près possible du lieu de vie. Lorsque les SSP ne sont pas sûrs et efficaces,

il existe un risque d'augmentation de la morbidité, de la mortalité évitable et de l'utilisation inutile de ressources hospitalières et spécialisées. Des soins de santé primaires sûrs sont au cœur des Objectifs de développement durable des Nations Unies, et la clef pour des communautés en bonne santé.

FAIRE PROGRESSER LES SOINS DE SANTÉ À MAURICE GRÂCE AU LEADERSHIP INFIRMIER

Les infirmières et les sages-femmes représentent 40% du personnel de santé à Maurice. Les services de santé publique, qui englobent des dispensaires et des hôpitaux communautaires, y sont conçus pour atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Malgré des réalisations remarquables, l'île Maurice est confrontée à des problèmes tels que le fardeau croissant des maladies non transmissibles, les besoins d'une population vieillissante et les attentes croissantes des patients en matière de qualité des soins. Dans ce contexte, la Mauritius Nursing Association a considérablement influencé les grandes orientations en collaborant avec le gouvernement à l'élaboration du Plan stratégique pour le secteur de la santé, lequel décrit des stratégies pour améliorer la qualité des soins tout au long de la vie, en mettant l'accent sur les soins à la clientèle, l'amélioration des soins primaires, la promotion de la santé, la médecine préventive et les services spécialisés. Les soins infirmiers jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre d'actions stratégiques telles que le dépistage précoce du cancer, l'extension de la vaccination contre le papillomavirus, la création de cliniques de la ménopause et l'amélioration de la convivialité des services. Le Plan aborde également des questions telles que la pénurie de personnel, la nécessité d'une formation spécialisée post-inscription et l'intégration de solutions de santé numériques. L'avenir des soins infirmiers à Maurice repose sur l'utilisation efficace des données démographiques pour la planification des effectifs et sur la résolution de ces problèmes cruciaux.

(Étude de cas soumise par la Mauritius Nursing Association lors du webinaire du CII consacré au rôle des infirmières dans les SSP, novembre 2023.)

Dans le monde entier, une grande partie des avantages des SSP restent inatteignables en raison de l'inaccessibilité, du prix trop élevé, de l'insécurité et du manque de fiabilité des soins. Cette situation entraîne une faible utilisation des soins communautaires et un manque de confiance à leur égard.

La sécurité des patients : une préoccupation croissante

La fourniture de soins de santé primaires sûrs est une composante essentielle de la couverture sanitaire universelle. Malgré l'importance accordée à la sécurité des patients, peu de progrès ont été réalisés dans le suivi des incidents. Historiquement, dans le monde entier, la sécurité des patients s'est surtout concentrée sur les établissements spécialisés et hospitaliers. L'une des raisons en est que les SSP sont souvent perçus comme moins risqués que les soins secondaires. Il s'agit là

d'un raisonnement erroné qui ne tient pas compte des mesures relatives et absolues du risque. La majorité des soins de santé étant prodigués dans le cadre des SSP, il est essentiel de mesurer et d'atténuer les éventuels préjudices subis par les patients dans ce contexte (Cooper *et al.*, 2018).

Il existe de nombreux types d'incidents liés à la sécurité des patients dans les SSP. Tous ont un impact énorme sur la santé et le bien-être des individus ainsi que sur l'économie d'un pays. Outre les « erreurs humaines », telles qu'écart par rapport aux normes et erreurs de jugement ou de diagnostic, on constate aussi des problèmes liés aux médicaments contrefaits ou de qualité inférieure, aux vaccinations dangereuses, aux pratiques peu fiables effectuées dans des environnements mal équipés, et enfin aux mauvaises pratiques de prévention et de contrôle des infections (Donaldson, 2021).

TABLEAU 3 Suivi des préjudices subis par les patients



Ampleur du problème

4 sur 10

patients subissent des préjudices dans les soins de santé primaires et ambulatoires (Kuriakose *et al.*, 2020; Michel *et al.*, 2017; OMS, 2024).

15 %

des dépenses des hôpitaux sont consacrées aux tests et interventions supplémentaires nécessaires pour traiter les effets directs des préjudices (Aurraen, Slawomirski & Klazinga, 2019).

5 M

de décès par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont attribués à la mauvaise qualité des soins. Dans ces pays, la mauvaise qualité est un facteur majeur des décès évitables grâce aux soins, toutes maladies confondues, y compris 84% des décès cardiovasculaires, 81% des maladies évitables par la vaccination, 61% des affections néonatales et la moitié des décès maternels, des accidents de la route, de la tuberculose, du VIH et d'autres maladies infectieuses (Kruk *et al.*, 2018).

12 %

des préjudices évitables entraînent une incapacité permanente ou le décès du patient; ils sont surtout liés à des incidents médicamenteux, à la gestion des soins et à des procédures cliniques invasives (Panagioti *et al.*, 2019).



Gestion des médicaments

77%

du taux d'erreur dans les recommandations ambulatoires est attribué aux médecins généralistes (OMS, 2016c).

De 43% à 60%

de divergences dans la médication à la sortie de l'hôpital, ce qui indique des problèmes de transition des soins (OMS, 2016c).

6-7%

des admissions à l'hôpital semblent être liées aux médicaments, plus des deux tiers étant considérés comme évitables (OMS, 2016c).

9%

de tous les événements de prescription dans les établissements de soins de longue durée ont fait l'objet d'une erreur, 70 % des résidents des soins à domicile étant concernés par les erreurs de médication (OMS, 2016c).

1 sur 10

produits médicaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire ne répondent pas aux normes ou sont falsifiés (OMS, 2018a).

5%

des adultes d'un pays à revenu élevé sont victimes d'erreurs de diagnostic dans le cadre des SSP. Plus de la moitié de ces erreurs étaient susceptibles de causer des dommages graves (OMS, 2016d).

50%

des diagnostics manqués risquent de causer des préjudices modérés à graves. Parmi les diagnostics fréquemment manqués figurent la pneumonie, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale aiguë, le cancer et les infections des voies urinaires (OMS, 2016d).

7%

des tests diagnostiques ne sont pas communiqués aux patients (OMS, 2016d).

Optimiser l'utilisation des ressources de santé

Des soins de santé primaires de qualité réduisent les hospitalisations, évitent les procédures inutiles et diminuent le recours aux urgences, ce qui permet d'améliorer l'efficacité des soins de santé. Grâce à des interventions précoces, les SSP peuvent réduire le risque de complications et empêcher l'apparition ou la progression de maladies plus graves (OMS & UNICEF, 2018).

Les visites évitables ou non urgentes dans les services d'urgence en sont un bon exemple. Alors qu'elles devraient généralement être traitées dans les SSP,

une proportion importante d'entre elles finissent par être traitées dans les services d'urgence. Selon les estimations, les visites « évitables », « inappropriées » ou « non urgentes » représentent environ :

- 9 % de l'activité des services d'urgence en Australie ;
- 12 % aux États-Unis ;
- entre 11,7 % et 15 % en Angleterre ;
- 20 % en Italie ;
- 25 % au Canada ;
- 31 % au Portugal ;
- 56 % en Belgique (OCDE, 2020).



« Les transitions de soins désignent les différents points où un patient se rend ou revient d'un lieu physique donné, ou prend contact avec un professionnel de santé, pour recevoir des soins. Sont concernées les transitions entre le domicile, l'hôpital, les milieux de soins résidentiels et les consultations avec différents prestataires de soins de santé dans les établissements de soins ambulatoires. »

(OMS, 2016e)

Discontinuité entre professionnels et secteurs de soins de santé

On sait que la transition entre les soins aigus et les SSP est un défi important pour le système de santé. Le manque de continuité entraîne de moins bons résultats pour les patients, car des informations vitales et du temps sont souvent perdus. De nombreux événements indésirables, qui peuvent être évités, entraînent des conséquences importantes telles que l'augmentation des visites aux urgences, la réadmission à l'hôpital, l'augmentation des coûts, l'invalidité ou le décès. La gestion des médicaments est un exemple de ce type de problème. La figure 1 montre le nombre de divergences à différents stades de la prise en charge et la fréquence des préjudices y afférents.

Les transitions de patients entre le secteur des soins aigus et celui des SSP sont fréquentes et s'accompagnent généralement d'un nouveau diagnostic, de nouveaux traitements ou médicaments. Plus

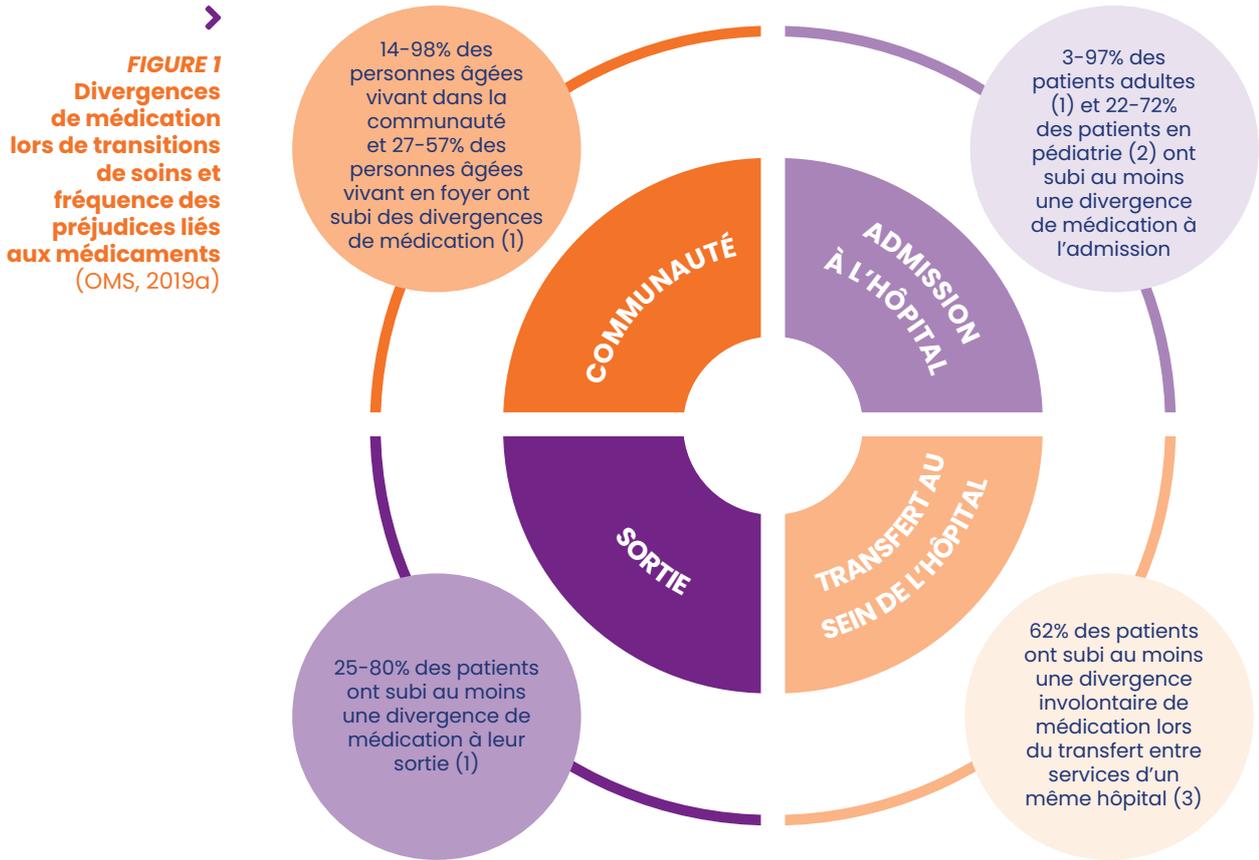
les problèmes de santé sont complexes, plus les transitions entre les deux secteurs sont fréquentes. Ce phénomène est plus prononcé chez les personnes âgées. L'OMS (2016e) indique que les points à améliorer sont notamment « une attention accrue aux besoins des patients et de leurs familles et soignants, une meilleure communication avec les patients et entre les agents de santé dans tous les contextes, et la nécessité de reconnaître la transition comme une composante à part entière de la coordination des soins ».

Il est possible d'améliorer la santé et le bien-être des patients en remédiant aux principaux problèmes liés à la transition des soins. Toute réforme des SSP doit inclure cet élément.



« Dans 11 pays de l'OCDE, entre 29 % et 51 % des personnes interrogées ont rencontré des problèmes de coordination des soins tels que tests médicaux non disponibles au moment du rendez-vous ou tests pratiqués deux fois ; informations de base non transmises au spécialiste par les soins primaires ; fournisseur de soins primaires pas informé des soins non professionnels déjà reçus ; ou communication d'informations contradictoires de la part de différents fournisseurs. »

(OCDE, 2020b)



Sources:
 (1) Lehnborn, *et al.*, 2014
 (2) Huynh, *et al.*, 2013
 (3) Lee, *et al.*, 2010

AMÉLIORER LES SSP À HONG KONG

Le College of Nursing in Hong Kong a appuyé de nombreuses stratégies visant à renforcer les SSP depuis 2018. La stratégie *Towards 2025* du ministère de la santé de Hong Kong mettait l'accent sur l'éducation à la santé et les modes de vie sains. L'ouverture, en 2019, du premier centre de santé de district – modèle visant à réduire les visites à l'hôpital en promouvant les soins communautaires – a été un moment charnière. Cette initiative a conduit à la création d'un bureau et d'un programme d'action global en matière de SSP en 2022. Le College préconise d'inclure les infirmières aux côtés des médecins de famille dans les SSP. L'initiative *Healthy Hong Kong* met l'accent sur la prestation de services de santé à divers segments de la population, tout en soulignant la nécessité de réviser le programme d'études en soins infirmiers afin de mieux préparer les infirmières aux rôles de SSP. Bien qu'il demeure des problèmes tels que la pénurie de personnel et l'adaptation aux progrès technologiques, les changements législatifs récents facilitent l'intégration des infirmières étrangères. Le College of Nursing in Hong Kong considère ces évolutions comme autant d'opportunités d'apprentissage et de collaboration, et invite les infirmières internationales à s'engager et à contribuer à l'évolution du système de SSP de Hong Kong.

(Étude de cas soumise par le College of Nursing in Hong Kong lors du webinaire du CII consacré au rôle des infirmières dans les SSP, novembre 2023.)

LES SSP AMÉLIORENT LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA POPULATION ET LA RÉACTIVITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Il existe une forte corrélation entre des SSP performants et des taux de mortalité plus faibles. Cette relation est également été constatée dans les pays à revenu faible à intermédiaire. Outre la réduction des taux de mortalité, on observe également une amélioration de la qualité de vie, de la prévention des maladies et de l'expérience des patients (OCDE, 2020).

L'intensification des interventions de SSP dans les pays à revenu faible à intermédiaire pourrait sauver 60 millions de vies et augmenter l'espérance de vie moyenne de 3,7 ans d'ici à 2030 (OMS, 2023c).

Les SSP sont essentiels pour lutter contre les urgences de santé publique

Au début de 2020, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités hospitalières pour faire face à la pandémie de COVID-19. Cependant, la plus grande partie de la bataille contre la COVID-19 a été menée dans le cadre des SSP: vaccination, recherche des contacts, détection

en amont et contact avec les patients, soins à domicile, éducation et amélioration des connaissances en matière de santé des individus et du public, de même qu'amélioration de l'accès aux services de soins continus et de routine. Des SSP solides sont essentiels pour faire face aux urgences de santé publique, tant en termes de gestion des pics de demande imprévus que de capacité à maintenir les soins pour tous (OCDE, 2021).

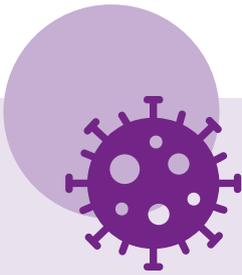
L'existence de soins de santé primaires solides, organisés autour de soins multidisciplinaires, prévoyant des rôles innovants pour les professionnels de santé et des ressources suffisantes, a permis d'améliorer la réponse du système de santé. Une étude portant sur les pays de l'Union européenne a mis en évidence un lien entre la qualité des SSP et les taux de mortalité dus à la COVID-19. Les pays ayant un meilleur accès aux soins primaires, un sous-ensemble des SSP, ont connu un taux de mortalité à la COVID-19 plus faible (Genova & Lombardini, 2022).

➤
**Mexique:
les infirmières ont
une riche histoire
en matière de soins
communautaires
et à domicile.**



© Fausto Armando Duarte Ríos / Martín Díaz Rodríguez

TABLEAU 4
Augmentation
du nombre de
décès non-COVID



La pandémie de COVID-19 a touché non seulement les personnes qui ont contracté le virus, mais aussi celles qui n’ont pu bénéficier des autres soins dont elles avaient besoin, en particulier les personnes atteintes de maladies chroniques, qui doivent recevoir des soins de routine continus et accessibles. Dans de nombreux pays, on a constaté une augmentation importante du nombre de décès non liés à la COVID, ce qui témoigne d’une « urgence sanitaire historique, mais largement méconnue » (Mulligan & Arnott, 2000).

CHINE	ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES	MEXIQUE
<p>14.5%</p> <p>d’augmentation des décès dus à l’hypertension et augmentation de 8,6% des décès dus à l’infarctus du myocarde (Li <i>et al.</i>, 2021)</p>	<p>1 500</p> <p>décès en excès chaque semaine, dont plus de 80 % non liés à la COVID (Craig, 2022)</p>	<p>34%</p> <p>des décès excédentaires ne sont pas directement liés à la COVID. La plus forte augmentation de mortalité est due au diabète, aux infections respiratoires, aux cardiopathies ischémiques et aux maladies hypertensives (Palacio-Mejia <i>et al.</i>, 2022)</p>
ÉTATS-UNIS		
<p>26%</p> <p>d’augmentation de la surmortalité non-COVID parmi les 18-44 ans (Mulligan & Arnott, 2022)</p>	<p>1 trillion de dollars</p> <p>coût de la surmortalité non liée à la COVID (Mulligan & Arnott, 2022)</p>	<p>507 000</p> <p>décès excédentaires en 2020 (Cronin & Evans, 2021)</p>

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES EN NOUVELLE-ZÉLANDE

À la suite de l’impact sans précédent du cyclone Gabriel sur la Nouvelle-Zélande en 2023, la New Zealand Nurses Organization (NZNO) a lancé son plan stratégique Maranga Mai! pour révolutionner les soins de santé primaires et universels. Cette initiative vise à donner aux infirmières les moyens de diriger les décisions politiques et stratégiques, en garantissant leur participation active dans tous les secteurs de la santé, y compris les soins primaires, la santé communautaire et les hôpitaux. L’accent porte sur la santé et le bien-être des aborigènes, moyennant l’intégration d’une perspective culturelle dans l’élaboration des politiques afin de remédier aux disparités auxquelles sont confrontées les communautés Māori et Pacifique. Maranga Mai! représente un changement proactif dans la stratégie des soins de santé, mettant l’accent sur le leadership infirmier, l’implication de la communauté et des pratiques de soins de santé équitables, en particulier en réponse aux défis posés par des catastrophes naturelles telles que le cyclone Gabriel.

(Étude de cas soumise par la New Zealand Nurses Organization lors du webinaire du CII consacré au rôle des infirmières dans les SSP, novembre 2023.)

Cet exemple démontre que le rôle des SSP dans la réponse aux urgences de santé publique est crucial et doit être encore renforcé pour répondre aux crises sanitaires actuelles et futures.

Les SSP sont essentiels pour lutter contre les maladies évitables par la vaccination

En juillet 2022, l'OMS (2022a) signalait que les vaccinations infantiles avaient connu la plus forte baisse depuis trente ans. La couverture contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP3), marqueur de la couverture vaccinale, a reculé de 5 points entre 2019 et 2021 (81% des enfants vaccinés). Autrement dit, 25 millions d'enfants n'ont pas reçu une ou plusieurs doses de DTP. Il a également été constaté que plus d'un quart de la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (HPV) acquise en 2019 a été perdu. Seulement 15% des femmes et des jeunes filles ont reçu la première dose du vaccin contre le papillomavirus, ce qui aura des conséquences graves sur leur santé et leur bien-être futurs.

Ce recul historique des taux de vaccination est imputable, dans une certaine mesure, à la pandémie. On s'attendait à ce qu'en 2021, les programmes de vaccination mis à rude épreuve soient reconstruits et que les taux reviennent aux

niveaux antérieurs à la COVID-19. Or, cela n'a pas été le cas et les taux continuent de baisser. Il y a de nombreuses raisons à cela, notamment:

- Le personnel et les ressources chargés de la vaccination ont été redéployés vers la riposte à la COVID-19.
- Les mesures de contrôle de la COVID-19 ont perturbé les approvisionnements et la fourniture de services.
- L'accès aux services a été réduit.
- L'accent porte en premier lieu sur la COVID-19.
- La méfiance et l'hésitation à l'égard des vaccins (Immunization Agenda 2030, 2022).

Les vaccins sont essentiels pour prévenir de nombreuses maladies infectieuses qui ont eu des conséquences dramatiques tout au long de l'histoire. La stagnation de la couverture vaccinale risque d'entraîner la résurgence de maladies infectieuses évitables par la vaccination, ce qui entraînera la perte de centaines de milliers de vies. Les vaccins réduisent la mortalité et la morbidité, et sont très rentables. Mais leur effet réel ne peut se concrétiser que si tout le monde, partout, est en mesure d'y avoir accès en temps utile.

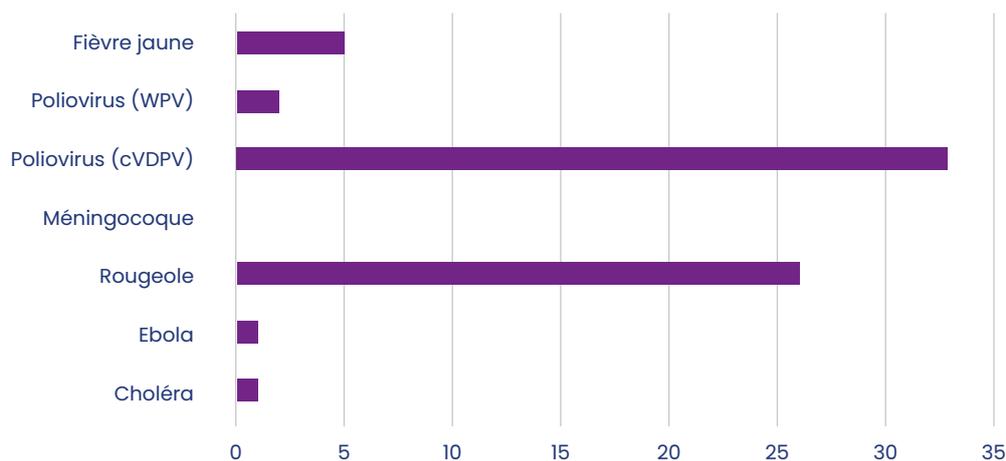


FIGURE 2
Maladies évitables par la vaccination : nombre d'épidémies de grande ampleur ou perturbatrices, 2020

(Immunization Agenda 2030, 2022).

2

CHAPITRE

REPENSER LE POTENTIEL DES INFIRMIÈRES DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Dans le paysage évolutif des SSP, on ne saurait trop insister sur le rôle essentiel des infirmières. La vision traditionnelle doit être élargie au-delà du rôle de soutien auxiliaire dans lequel les infirmières sont souvent cantonnées, afin qu'elles soient reconnues comme des intervenantes centrales et vitales dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins centrés sur la personne. Le présent chapitre de notre rapport traite du potentiel de transformation des interventions infirmières dans les SSP. Ce faisant, nous soulignons la capacité du personnel infirmier non seulement à participer à la fourniture de soins complets et efficaces, mais aussi à prendre l'initiative dans ce domaine.

Une exploration du domaine de la coordination des soins infirmiers permet de dégager des arguments convaincants en faveur de soins de santé primaires intégrés et fondés sur le travail d'équipe. Les infirmières, fortes de leur approche holistique des soins, sont naturellement bien placées pour diriger des équipes multidisciplinaires et coordonner des parcours de soins qui soient à la fois centrés sur le patient et efficaces. Cette approche transcende les frontières traditionnelles de la prestation de soins et permet d'assurer une continuité des soins particulièrement bénéfique pour les patients atteints de maladies chroniques ou ayant des besoins complexes en matière de santé.

En outre, il convient de relever le problème de plus en plus préoccupant que pose la pénurie de médecins généralistes. À cet égard, les infirmières de pratique

avancée (IPA), avec leur haut niveau de formation et leur domaine de pratique élargi, apparaissent comme une solution prometteuse. La capacité des IPA à fournir des soins de santé traditionnellement pris en charge par les médecins permet non seulement de soulager des systèmes surchargés, mais aussi d'améliorer l'accès à des soins de qualité, en particulier dans les zones rurales ou mal desservies. Pour exploiter le potentiel des IPA, il convient de mettre en place des cadres financiers, structurels et réglementaires qui favorisent la pleine utilisation des compétences de ces infirmières, et que les systèmes de santé adoptent des mesures pour reconnaître et récompenser les responsabilités avancées assumées par ces professionnelles, ce qui permettra d'optimiser le personnel infirmier en SSP.

La constitution du personnel infirmier des soins de santé primaires implique une planification stratégique et des investissements dans la formation, dans l'apprentissage tout au long de la vie et dans le renforcement du leadership des infirmières. Cette démarche est essentielle pour former un personnel infirmier capable de diriger des modèles de soins innovants, fondés sur des preuves scientifiques et axés sur l'amélioration des résultats en matière de santé.

Plusieurs modèles de soins gérés par des infirmières ont fait la preuve de leur efficacité et de leur rentabilité. Ces modèles, qui vont des cliniques infirmières aux modèles de soins de transition, montrent que les infirmières peuvent jouer un rôle déterminant si on leur donne les moyens

d'exercer dans toute la mesure de leur formation et de leurs capacités. En pensant à nouveaux frais le rôle des infirmières dans les soins de santé primaires,

les pays ont une occasion sans précédent d'améliorer l'accessibilité, la qualité et le caractère abordable des services de soins de santé.

INTERVENTIONS MENÉES PAR DES INFIRMIÈRES

La coordination des soins infirmiers : la clef de l'amélioration des soins intégrés

Comme indiqué précédemment, l'intégration des soins est une préoccupation majeure pour les systèmes de santé. La complexité des soins, le vieillissement des populations, la comorbidité de maladies chroniques, l'escalade des coûts et une main-d'œuvre sous pression montrent qu'il faut dépasser les soins fragmentés et discontinus au profit d'un système de santé mieux intégré. Les soins intégrés améliorent la continuité, l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que leur rentabilité. Dans ce contexte, les coordonnateurs de soins constituent une approche fondée sur des données probantes grâce à laquelle le patient fait l'expérience de soins de santé primaires dispensés par une équipe intégrée et pluridisciplinaire coordonnée et homogène (Karam et al., 2021).



« Mal gérées, les transitions risquent de nuire à la santé et d'augmenter les coûts. Des chercheurs estiment qu'une coordination inadéquate des soins, en particulier des transitions de soins, entraîne de 25 à 45 milliards de dollars de dépenses inutiles. »

(Burton, 2016)

La coordination dans les SSP implique l'organisation des activités de soins aux patients et le partage d'informations entre tous les professionnels qui participent activement aux soins. Les besoins et préférences du patient sont connus et communiqués aux personnes concernées en temps voulu, d'une manière facilement compréhensible et accessible, afin de garantir que les soins sont sûrs, appropriés et efficaces (d'autres activités sont décrites dans le tableau 5).

Les infirmières sont bien placées pour jouer un rôle central dans la coordination des soins : l'histoire et la pratique des soins infirmiers démontrent en effet que leur rôle consiste, entre autres, à mettre les

gens en relation, à faire le nécessaire pour les patients et à défendre leurs intérêts. La compréhension globale du système de santé et le raisonnement scientifique des infirmières entraînent de nombreux avantages, en particulier l'amélioration des résultats pour les patients, une collaboration interprofessionnelle efficace et la diminution des coûts pour l'ensemble des populations de patients et des systèmes de santé (American Nurses Association, 2012). Le tableau 5 présente d'autres exemples de résultats améliorés par la coordination des soins infirmiers.

Plusieurs rôles de coordination – « infirmières navigatrices » (*nurse navigators*), coordonnatrices de soins, gestionnaires de cas ou planificateurs de soins – sont souvent utilisés pour prodiguer les soins de manière ininterrompue à travers de nombreux secteurs de soins et spécialités. Les responsabilités de ces rôles dépassent généralement le

système sanitaire et impliquent des relations de travail étroites avec les services sociaux et les soins de longue durée. Vu leur complexité, ces rôles doivent être assumés par des personnes hautement qualifiées, expérimentées et compétentes. C'est pourquoi ils sont souvent mieux adaptés aux IPA, telles que les infirmières praticiennes (IP), qui sont en mesure de fournir la gamme de services nécessaires pour diriger la planification et la coordination des soins, l'éducation, la promotion de la santé, ainsi que la prévention et la gestion des maladies. Lorsque ces rôles sont déployés de manière appropriée, les patients peuvent naviguer rapidement dans le système de santé et recevoir des soins au bon moment et au bon endroit.

L'ÉVOLUTION DES SOINS DE SANTÉ AU JAPON ET LE RÔLE DES INFIRMIÈRES

La Japanese Nurses Association (JNA) a mis en lumière les problèmes spécifiques que le Japon rencontre en matière de santé, notamment le vieillissement de la population et la baisse du taux de natalité. Le Japon, connu pour ses réalisations précoces en matière de CSU, est confronté à des problèmes importants, en raison des changements démographiques, en termes tant de quantité que de qualité des services de santé. La JNA a élaboré une « Vision pour l'avenir des soins infirmiers à l'horizon 2025 » pour relever ces défis du point de vue médical et de la vie. Cette vision porte sur l'amélioration de la formation, de la pratique et du leadership dans le domaine des soins infirmiers, et sur l'élargissement des rôles des infirmières dans les communautés locales. La JNA se prépare à des défis encore plus complexes à l'horizon 2040, où l'on s'attend à un pic de vieillissement, ce qui souligne la nécessité de passer de la réaction à la maladie à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. La JNA affirme le rôle crucial des soins infirmiers dans les SSP, arguant que l'utilisation efficace des ressources de soins de santé et le succès de la CSU dépendent fortement de l'implication des infirmières.

(Étude de cas soumise par la Japanese Nurses Association lors du webinaire du CII consacré au rôle du personnel infirmier dans les SSP, novembre 2023.)

Ces rôles permettent de renforcer la qualité et les résultats en matière de santé, d'accroître la satisfaction des patients, d'améliorer l'efficacité et de réduire les coûts (McMurray & Cooper, 2017).

Recommandations:

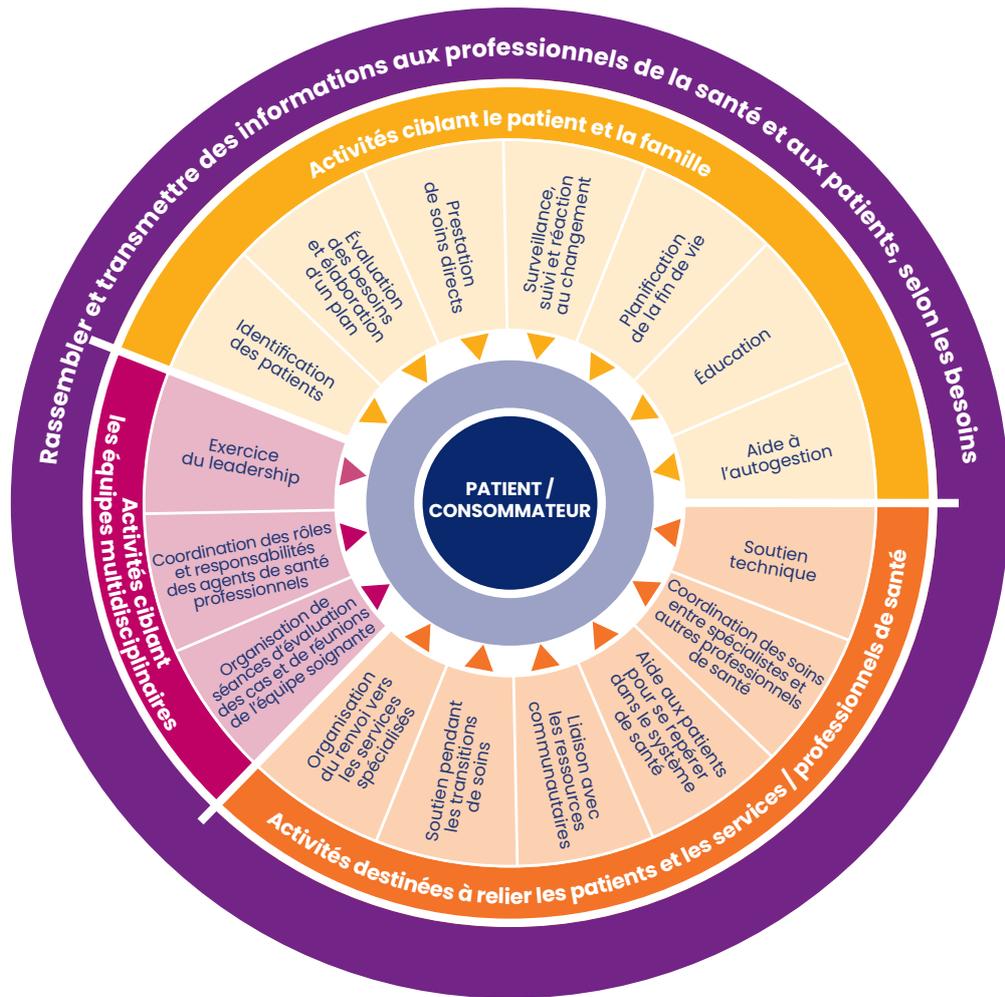
- Mettre en place, dans les SSP, une coordination des soins assurée par des infirmières en tant que solution efficace et fondée sur des données probantes.
- Étudier les possibilités de développer ou d'améliorer des modèles de coordination des soins infirmiers gérés par les agents de santé et les dirigeants des systèmes de santé.
- Améliorer la connaissance et la compréhension qu'ont les individus et les collectivités de la coordination des soins et de la manière dont elle peut influencer sur leur traitement et leur participation aux soins.
- Utiliser des coordonnateurs de soins pour aider les personnes à participer à la planification de leurs propres soins.
- Entreprendre une planification de la main-d'œuvre afin de tenir compte de la capacité de la main-d'œuvre et de l'ensemble des compétences requises pour la coordination des soins.
- Prendre en compte les normes et compétences professionnelles liées à la coordination des soins.
- Promouvoir des expériences d'apprentissage clinique et didactique interprofessionnelles afin de faciliter les SSP en équipe dans les environnements cliniques.

LOCALISATION	INTERVENTION	RÉSULTATS POUR LES PATIENTS	RÉSULTATS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ
Singapour (OMS, 2023d)	Financement par le ministère de la santé du recrutement d'infirmières conseillères et coordonnatrices de soins afin de prodiguer des soins en équipe pour les maladies chroniques	Un niveau de confiance élevé, une meilleure connaissance des traitements et une plus grande adhésion à ceux-ci	
Corée, Canada et États-Unis (Budde <i>et al.</i> , 2021)	Affectation de <i>nurse navigators</i> à des patients atteints de cancer et recevant des soins ambulatoires. Les interventions comprennent la facilitation de la communication avec les prestataires, la sensibilisation, l'aide à la prise de rendez-vous et à la gestion des calendriers, l'éducation, le suivi et le conseil.	Amélioration de la satisfaction des patients	
États-Unis (Budde <i>et al.</i> , 2021)	Affectation de <i>nurse navigators</i> à des patients atteints de cancer vivant dans des zones mal desservies, rurales, régionales ou urbaines, y compris des personnes non anglophones. Le service assiste les patients pour les rendez-vous, le suivi, les connaissances en matière de santé et les barrières linguistiques	Meilleure adhésion au suivi.	Traitement et début de traitement plus rapides Amélioration notable dans la résolution des diagnostics
États-Unis et Australie (Budde <i>et al.</i> , 2021)	Affectation de <i>nurse navigators</i> au diagnostic et au traitement de plusieurs cancers. Les services comprennent le soutien émotionnel, l'éducation, la liaison, la gestion des rendez-vous, entre autres	Résolution des diagnostics améliorée Meilleure adhésion aux rendez-vous de suivi	Amélioration du délai avant diagnostic
Australie, Canada et États-Unis, Autriche, Belgique, Suisse, Chine, Allemagne, Danemark, Espagne, Finlande, Iran, Italie, Japon, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Suède, Slovénie, Royaume-Uni (Budde <i>et al.</i> , 2021)	Des infirmières de pratique avancée chargées de la coordination facilitent les transitions dans les soins, la coordination des soins, l'assistance téléphonique, les visites à domicile et l'éducation à la santé.	Amélioration de l'autogestion Amélioration de la qualité de vie Réduction de la mortalité	Réduction des réadmissions Réduction des coûts d'hospitalisation Réduction des visites aux services d'urgence
États-Unis (Conway, O'Donnell & Yates, 2019)	Affectation de coordonnatrices de soins infirmiers à un programme de transition des soins axé sur des patients gériatriques ayant des difficultés à gérer leurs médicaments	Amélioration de l'adhésion aux médicaments	Réduction des hospitalisations Baisse du coût des soins: rapport coût/efficacité différentiel (RCED) supérieur à 60 000 USD
États-Unis (Consensus Health, 2021)	Des coordonnateurs de soins infirmiers assurent un service centralisé pour plusieurs prestataires de soins primaires. Chaque infirmière travaille avec l'agent de soins non professionnels et le patient pour assurer le transfert des informations appropriées concernant le patient.	Amélioration de la satisfaction des patients Amélioration de la qualité de vie	Baisse du coût du système de santé d'environ 17% Réduction de 12% des réadmissions à l'hôpital à 30 jours Réduction des hospitalisations de 18,8%



TABLEAU 5
Exemples d'interventions de coordination des soins infirmiers et des résultats qui en découlent

FIGURE 3
Activités de
coordination des
soins (d'après
 Karam et al., 2021)



Des SSP intégrés et basés sur le travail d'équipe pour prodiguer des soins complets et efficaces

En 2008, l'OMS (2008) relevait que les soins de santé primaires de mauvaise qualité se caractérisent généralement par :

- des unités individualisées fonctionnant avec un seul médecin ;
- les systèmes de santé qui mettent l'accent de manière disproportionnée sur une offre étroite de soins curatifs spécialisés ;
- les systèmes de santé dans lesquels la lutte contre la maladie, axée sur les résultats à court terme, fragmente la prestation de services ;
- un accès inéquitable et inadéquat aux SSP.

Plus d'une décennie plus tard, l'OCDE (2020) a constaté que cette approche traditionnelle était toujours d'actualité dans la plupart des régions du monde. Ce modèle est dépassé et obsolète, et des changements doivent intervenir si l'on veut que les SSP atteignent leur plein

potentiel. Pour être efficaces et efficaces, les SSP axés sur les personnes nécessitent des équipes multidisciplinaires et une approche basée sur les réseaux. Par cette approche, la Déclaration d'As-tana de 2018 peut être réalisée en fournissant des SSP par : a) la fourniture de services de soins primaires tout au long de la vie, b) la garantie de l'équité pour les soins de santé, c) la prise en compte des déterminants sociaux de la santé et d) l'autonomisation des citoyens et des communautés.

Au sein de la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles, en 2019, la Présidente du CII, Annette Kennedy – unique représentante de la communauté infirmière dans cette instance – a veillé à ce que notre voix soit entendue lors des réunions ainsi que dans le deuxième et dernier rapport de la Commission (Nishtar et al., 2018). Le rapport (Nishtar et al., 2018) souligne le rôle vital des infirmières dans la prestation des services liés aux maladies non transmissibles et à la santé mentale dans les soins primaires, et précise que les infirmières devront être habilitées à

COSTA RICA - SSP À ORIENTATION COMMUNAUTAIRE

Le système de santé du Costa Rica est centré sur les SSP orientés vers la communauté. Chaque service de SSP dispose d'une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, d'agents de santé communautaires et d'assistants administratifs. Des réseaux supplémentaires de nutritionnistes, de psychiatres et de pharmaciens soutiennent cette équipe multidisciplinaire.

Au cours de la première décennie de mise en œuvre de la réforme, on a enregistré une réduction de 8% de la mortalité infantile et de 2% de la mortalité globale des adultes (VanderZanden *et al.*, 2021).



« Les infirmières jouent un rôle de passerelle de communication. Elles sont tenues de communiquer des informations aux patients et aux membres de leur famille d'une manière facile à comprendre après en avoir discuté avec les médecins. Les compétences en communication des infirmières sont particulièrement importantes lorsque la prise de décision partagée doit être mise en œuvre rapidement et lorsque les membres de la famille sont soumis à une pression extrême pour discuter et prendre des décisions dans un laps de temps limité, surtout lorsque le patient est gravement malade »

(Chung *et al.*, 2021)

assumer de nouveaux rôles et responsabilités grâce à une législation habilitante, des politiques efficaces, une éducation accessible, abordable et de haute qualité, l'engagement des employeurs, des modèles de financement favorables, le leadership et la collecte et l'analyse de données et d'informations.

Un modèle de SSP permettant d'atteindre tous ces objectifs se caractérise par :

1. Une équipe multidisciplinaire composée de professionnels des SSP tels que médecins généralistes, infirmières et IPA, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes et personnel auxiliaire non clinique.
2. Des services de santé complets au sein de la communauté, allant de la promotion de la santé, des services de traitement et de la réadaptation jusqu'à la gestion continue des maladies chroniques. La coordination des soins est un élément essentiel pour garantir l'efficacité des services.

3. Une prise de décision partagée, processus coopératif impliquant l'échange d'informations et la communication entre les professionnels de la santé et les patients pour la prise des décisions thérapeutiques. Les cliniciens et les patients partagent les meilleures données disponibles afin que les patients soient en mesure de prendre des décisions éclairées lorsqu'ils examinent les options qui s'offrent à eux.

Ces éléments sont interdépendants et les infirmières jouent un rôle essentiel dans cette interconnexion. Les infirmières contribuent à la formulation des activités prévues par les plans de soins et à l'intégration des processus de soins en collaboration entre les professionnels de la santé et les patients et leur famille.

En 2022, le CII a salué le *Rapport mondial sur la santé mentale: transformer la santé mentale pour tous* publié par l'OMS (OMS, 2022b). Le CII a en outre appelé à renforcer les soins de santé mentale

CANADA – SSP EN ÉQUIPE

L'Équipe de santé familiale (ESF), le plus important modèle de pratique en équipe au Canada, a été introduite pour améliorer l'accès et l'efficacité des services de SSP de l'Ontario. Des infirmières, IPA ou infirmières en santé mentale s'occupent des patients les moins complexes afin que les médecins puissent se concentrer sur les cas plus difficiles. Résultats:

- les soins primaires en équipe augmentent la production de services médicaux;
- la productivité des ESF est supérieure de 26 % à celle des autres équipes;
- l'inscription des patients par les médecins augmente au sein d'une équipe interdisciplinaire;
- les patients suivis par une ESF se rendent moins souvent dans les centres de soins primaires

(Somé *et al.*, 2020)

communautaires et les soins primaires, à désinstitutionnaliser les établissements de soins de santé mentale, à améliorer l'intégration entre les services de santé et à offrir tout l'éventail des services de santé mentale. Avec de tels changements, le travail des infirmières en santé mentale sera optimisé et un meilleur retour sur investissement peut être obtenu.

Recommandations

- Adopter une approche centrée sur le patient pour planifier et dispenser des soins en équipe.
- Passer d'une approche cloisonnée, axée sur le traitement, à des soins dispensés par des équipes pluridisciplinaires mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, tout en veillant à ce que des soins sûrs et de qualité soient dispensés lorsque les personnes en ont besoin.
- Donner aux infirmières le perfectionnement professionnel nécessaire à la prise de décision partagée.

USA – SSP EN ÉQUIPE: TIRER LES ENSEIGNEMENTS DE PRATIQUES AMBULATOIRES EFFICACES

La Fondation Robert Wood Johnson a créé The Primary Care Team: Learning from Effective Ambulatory Practices (PCT-LEAP), un programme national destiné à aider les cabinets de soins primaires à mettre en place des équipes de soins primaires plus efficaces en utilisant les idées et les exemples tirés de l'étude de cabinets innovants et performants. La Fondation a analysé les différences entre les modèles de soins basés sur le travail en équipe et les modèles traditionnels. Elle a constaté que les modèles fondés sur le travail en équipe:

- optimisent l'utilisation des connaissances, compétences et aptitudes;
- améliorent les compétences des patients en matière d'autogestion;
- améliorent la gestion des maladies chroniques dans le respect des directives;
- réduisent les erreurs de médication;
- favorisent la santé mentale et le bien-être; et
- améliorent la collaboration avec la communauté.

(Wagner *et al.*, 2017)

- Introduire dans les programmes d'éducation à la santé les compétences nécessaires pour que les patients deviennent des partenaires dans les soins et dans le processus de prise de décision partagée.
- Promouvoir les modèles de soins en équipe auprès du public.
- Améliorer la cohésion entre les agents de santé travaillant en équipe.
- Promouvoir la formation et l'apprentissage interprofessionnels.

Les infirmières de pratique avancée : une solution pour remédier à la pénurie de généralistes

Dans de nombreux pays, en particulier les pays riches, les SSP sont traditionnellement fournis par des médecins, généralement appelés généralistes, qui fournissent une gamme étendue de services et servent souvent de premier point de contact avec le système de santé, communément appelé soins primaires. Ce modèle devient de plus en plus difficile à appliquer pour plusieurs raisons, principalement l'augmentation de la demande et la pénurie de main-d'œuvre. Les pénuries de main-d'œuvre constituent un problème particulier dû à la pénurie de médecins et à la proportion plus faible de nouveaux médecins qui choisissent les soins primaires comme option de carrière (OCDE, 2020).

Pour résoudre ce problème, les pays disposent d'un nombre limité d'options : augmenter l'offre nationale de médecins ; recruter des médecins généralistes à l'étranger ; réduire la quantité de services de soins primaires disponibles ; étendre le rôle des spécialistes dans les soins primaires ; ou permettre et autoriser d'autres professionnels de la santé à fournir des services de soins primaires (Carter, Moore & Sublette, 2018). Certains pays se sont essayés à ces diverses options avec plus ou moins de succès. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, l'option la plus largement acceptée par la communauté est l'autorisation accordée à d'autres professionnels de santé de prodiguer des soins primaires.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi il s'agit de la solution la plus raisonnable et la plus pratique au problème. En termes de faisabilité, de coûts, d'éthique et de portée des soins dispensés, la meilleure option est de permettre aux professionnels de la santé, en particulier aux infirmières de pratique avancée, d'exercer leur métier. Développer et renforcer les rôles des IPA revient à augmenter l'offre nationale de professionnels des SSP capables de fournir des soins culturellement compétents dans le contexte local. Cette démarche permet également de réduire la dépendance à l'égard du recrutement d'agents de santé à l'étranger, qui se fait souvent en violation du code de pratique adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé concernant le recrutement international des personnels de santé (OMS, 2010).

En 2012, le ministère de la santé de Singapour a créé un groupe de travail (National Nursing Taskforce) chargé d'examiner l'organisation des carrières, l'autonomie, la reconnaissance des titres et la formation des infirmières, et de faire des recommandations à cet égard. Sur cette base, les infirmières cadres se sont vu accorder l'autonomie nécessaire pour poser des diagnostics fondés sur des protocoles, mener des investigations pour certains profils de maladies et ordonner des traitements. Elles ont reçu le pouvoir de prescrire, de réviser et d'interrompre l'administration de médicaments. Une Académie nationale des soins infirmiers a été créée pour soutenir la formation et l'évolution de carrière des infirmières, avec pour objectif de renforcer le personnel infirmier.

(Phua, 2023)

➤
TABLEAU 6
Options pour augmenter le nombre de médecins fournissant des soins primaires

	OPTIONS	RÉSULTATS	RAISON D'ÊTRE
	Augmenter le nombre de médecins de premier recours en augmentant les places de formation pour les étudiants	Échec / succès partiel	L'augmentation du nombre de médecins diplômés n'entraîne pas forcément une augmentation du nombre de médecins pratiquant les soins primaires. Dans de nombreux pays de l'OCDE, le nombre de médecins diplômés qui choisissent de faire carrière dans les soins primaires a diminué (OCDE, 2021).
	Augmenter le recrutement de médecins généralistes à l'étranger	Échec / succès partiel	En raison de la pénurie mondiale de médecins travaillant dans le domaine des soins primaires, cette pratique enfreint généralement le code de pratique adopté par l'AMS en matière de recrutement international (OMS, 2010).
	Rationaliser les services de soins primaires	Échec	La rationalisation des services passe généralement par l'augmentation des paiements publics pour les services. De nombreux patients se retrouvent alors dans l'incapacité de payer les services, ce qui aboutit à un système à deux vitesses dans lequel de nombreuses personnes pauvres n'ont pas les moyens de se faire soigner (Barber, Lorenzoni & Ong, 2019).
	Transfert des soins primaires vers des spécialistes	Échec	On ne trouve pas d'exemples où le renforcement de la spécialisation améliore l'accès à des services complets. Peu de spécialistes seraient prêts à fournir des soins complets pour des affections ne relevant pas de leur spécialité (Friedberg, Hussey & Schneider, 2010).
	Augmenter le nombre de professionnels de santé capables de fournir des SSP complets	Succès	De nombreuses études indiquent que les IPA (telles que les infirmières praticiennes) peuvent améliorer en toute sécurité l'accès aux soins de santé (Caret, Moore & Sublette, 2018; Buerhaus <i>et al.</i> , 2015; CII, 2020; Laurant <i>et al.</i> , 2018). D'autres professionnels de la santé, tels les pharmaciens, contribuent également à élargir l'accès à des soins primaires sûrs.

ÉTATS-UNIS - LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES AMÉLIORENT L'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES

Les États-Unis ont plus de cinquante ans d'expérience avec les infirmières praticiennes en soins primaires. Ces infirmières ont démontré qu'elles pouvaient prodiguer des soins primaires complets et qu'elles étaient bien acceptées par les patients. On estime que 36 000 infirmières praticiennes sont diplômées chaque année, dont près de 90 % préparées et certifiées en soins primaires, et que 70 % (~200 000) de toutes les infirmières praticiennes dispensent des SSP (Fang, Htut & Bednash, 2008; American Association of Nurse Practitioners, 2022). Cette main-d'œuvre devrait doubler au cours des 15 prochaines années.

Actuellement, on compte deux médecins pour une infirmière de pratique avancée (advanced practice registered nurse APRN) ou assistante médicale (physician assistant, PA). Ce rapport de 2:1 devrait passer à 1:1 d'ici à 2032. L'Association of American Medical Colleges indique que si ce ratio n'est pas atteint, la pénurie pourrait atteindre 48 000 médecins généralistes. Dans sa modélisation des effectifs, l'Association estime que 50 % à 77 % du temps consacré par les médecins aux soins préventifs, et 25 % à 47 % du temps consacré par les médecins aux soins chroniques, pourraient être assurés par les APRN et les PA. Cette modélisation suppose que les médecins se concentrent sur les cas complexes (Association of American Medical Colleges, 2021).

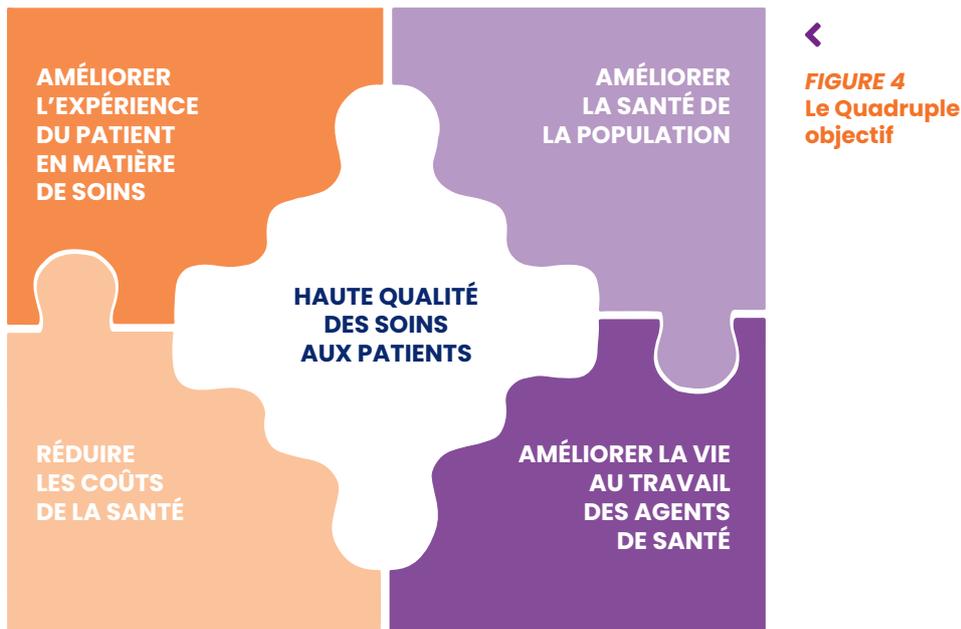


FIGURE 4
Le Quadruple objectif

Exploiter le potentiel des IPA pour atteindre le quadruple objectif en matière de soins de santé

Le Quadruple objectif (Bodenheimer & Sinsky, 2014) est un cadre bien considéré pour optimiser la performance des systèmes de santé et obtenir des soins de haute qualité pour les patients. Ses éléments constitutifs seront utilisés ici pour démontrer que les IPA constituent un bon investissement.

Élément 1: Améliorer l'expérience des personnes en matière de soins

Le premier élément consiste à améliorer la qualité des soins que reçoivent les patients, en mettant davantage l'accent sur les individus et les familles. L'Institute of Medicine (Baker, 2001) a défini six mesures de la qualité des soins de santé: sécurité, efficacité, centrage sur le patient, rapidité, efficacité et équité.

Les infirmières de pratique avancée se sont révélées être une solution efficace pour améliorer l'expérience des patients en matière de soins. Des recherches ont montré qu'il n'y a pas de différence en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité des résultats des SSP prodigués par des médecins ou par des IPA. Dans certains cas, les prestations des infirmières sont jugées de meilleure qualité et conduisent à des taux plus élevés de satisfaction des patients (Laurant *et al.*, 2018; Scanlon *et al.*, 2022; Htay & Whitehead, 2021; Stanik-Hutt *et al.*, 2021). Dans presque toutes les études, y compris les essais contrôlés aléatoires, les résultats démontrent que les soins prodigués par les IPA ont

entraîné des effets positifs sur les soins aux patients et les résultats des services, en particulier s'agissant de la gravité des symptômes, de la fonction physique, de la satisfaction, des temps d'attente et des coûts. L'une des raisons de ce succès est que les IPA font preuve d'une plus grande adhésion aux objectifs recommandés et aux directives pratiques, et qu'elles passent plus de temps avec les patients en mettant davantage l'accent sur l'éducation et le soutien émotionnel (Htay & Whitehead, 2021; Stanik-Hutt *et al.*, 2013; Wilson, 2017; Seale, Anderson & Kinnersley, 2003).

Les rôles d'IPA, en particulier les infirmières praticiennes, sont nés de la volonté d'améliorer l'accès aux soins par les populations vulnérables et mal desservies, un domaine clef dans lequel les IPA continuent de travailler. Leur rôle est essentiel pour répondre aux besoins de santé de diverses catégories de personnes, notamment dans des domaines tels que la santé des femmes, la pédiatrie, les populations rurales, les pauvres, les personnes non assurées et sous-assurées, les personnes sans-abri, les personnes autochtones, les soins aux personnes âgées et les personnes incarcérées (Xue & Intrator, 2016). Les gouvernements qui entendent résoudre les problèmes d'inégalité dans l'accès aux soins doivent envisager de tirer parti des IPA et d'élargir leur champ d'action en matière de prise en charge des populations vulnérables.

TABLEAU 7
Mesures
de la qualité

MESURES DE LA QUALITÉ			RECHERCHE
	Sécurité		<ul style="list-style-type: none"> • L'expérience des patients s'est avérée similaire s'agissant de soins dirigés par des IP (c'est-à-dire lorsque les infirmières praticiennes travaillent en collaboration avec une équipe interprofessionnelle comprenant un médecin consultant) et de soins dirigés par les médecins (Laurant <i>et al.</i>, 2018; Horrocks, Anderson & Salisbury, 2002; Housden <i>et al.</i>, 2017; Hunter <i>et al.</i>, 2016). • La satisfaction des patients est égale ou légèrement supérieure s'agissant des soins primaires dispensés par des infirmières (Hunter <i>et al.</i>, 2006; Martin-Misener, 2010). • Les soins dirigés par des IPA sont davantage centrés sur le patient (Laurant <i>et al.</i>, 2018; Htay & Whitehead, 2021; Caraccio <i>et al.</i>, 2002). • La communication entre les patients et les infirmières praticiennes est meilleure que la communication entre le médecin et le patient (Laurant <i>et al.</i>, 2018). • Les relations patient-prestataire sont plus fortes avec les infirmières praticiennes (Laurant <i>et al.</i>, 2018). • Les IPA passent plus de temps que les médecins avec les patients (Laurant <i>et al.</i>, 2018). • Les patients ont recours au même nombre d'orientations, de visites spécialisées et d'admissions à l'hôpital dans le cadre des soins infirmiers que des soins dirigés par un médecin (Laurant <i>et al.</i>, 2018). • Les IPA sont plus susceptibles que les médecins de s'occuper de groupes de patients plus vulnérables (DesRoches <i>et al.</i>, 2013; Barnes <i>et al.</i>, 2018; Kaplan <i>et al.</i>, 2009).
	Efficacité		
	Centré sur le patient		
	Rapidité d'exécution		
	Efficacité		
	Équité		

IPA AUX ÉTATS-UNIS

Les infirmières praticiennes sont capables de gérer de 80 % à 90 % des soins dispensés par les médecins de premier recours sans renvoi ni consultation (National Nurse-Led Consortium, 2017).

PAYS-BAS - UN BON INVESTISSEMENT POUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE

Les chercheurs ont constaté que les IPA fournissant des soins pour le diabète sucré de type 2 dispensent leurs soins pour un coût inférieur à celui d'autres professionnels de santé comparables (Abraham *et al.*, 2019).

ÉTATS-UNIS

Une clinique d'entreprise gérée par une seule infirmière praticienne a permis d'économiser près de 2,18 millions de dollars en soins directs en deux ans, sans compter les économies indirectes liées à la perte de productivité et aux absences (Chenoweth *et al.*, 2008).

Élément 2: Améliorer le rapport coût-efficacité du système de santé

Pour répondre à la demande de soins exprimée par les patients, de nombreux pays ont élaboré des politiques visant à transférer certaines tâches des médecins vers des IPA travaillant dans les SSP (Maier & Aiken, 2016). Ce changement est en partie dû au fait que les IPA parviennent à améliorer l'expérience des patients en matière de soins. Malgré ce succès, des oppositions demeurent s'agissant du niveau d'autonomie auquel une IPA devrait pratiquer. L'un des éléments centraux de ce débat est la question de savoir si les IPA coûtent plus cher au système de santé que les médecins. Il est donc essentiel de déterminer le rapport coût-efficacité des IPA dans les SSP.

Un certain nombre d'études ont analysé le rapport coût-efficacité des IPA.

Si les résultats sont mitigés, la majorité des conclusions indiquent que les IPA sont rentables, en particulier dans les domaines des consultations, des visites aux patients et de la gestion des médicaments. Un domaine où les IPA entraînent des coûts équivalents ou plus élevés par rapport aux médecins est celui des tests de laboratoire et des procédures de diagnostic (Abraham *et al.*, 2019).

D'autres études (Abraham *et al.*, 2019; Laurant *et al.*, 2018; Donald *et al.*, 2014; Martin-Misener *et al.*, 2015) montrent qu'il est difficile de comparer les coûts directs entre différents professionnels de la santé. Cette difficulté tient en partie au fait qu'à l'échelle mondiale, il est difficile de déterminer avec précision le rapport coût-efficacité des IPA, car les mécanismes de facturation et de paiement spécifiques aux IPA sont peu répandus.

IPA EN SUISSE

L'implication des IPA dans les SSP est relativement récente en Suisse, avec quelques projets-pilotes seulement. Auparavant, la majorité des patients ne connaissaient pas ce rôle, mais étaient satisfaits d'être suivis par une IPA. Une recherche (Schönenberger *et al.*, 2020) menée en utilisant le cadre PEPPA Plus a abouti aux résultats suivants :

« Tous les patients attribuent au rôle d'IPA des caractéristiques telles que l'empathie, l'agrément, la compétence et la confiance.

Les patients soulignent que l'IPA s'intéresse vraiment à leur ressenti et aux effets de la maladie sur leur vie quotidienne.

Ils estiment que l'IPA les a responsabilisés dans leur processus d'autogestion en leur donnant des conseils et en appliquant des interventions et des stratégies individualisées.

Les patients soulignent que les connaissances des IPA leur permettent d'évaluer l'urgence du problème de santé et de déterminer ainsi si un renvoi chez le médecin généraliste, voire une hospitalisation, sont indiqués.

De nombreux patients font état de situations dans lesquelles l'IPA les a orientés vers d'autres groupes professionnels tels que des psychiatres, ou même vers un notaire pour la rédaction d'un testament.

Les patients décrivent l'IPA comme une personne de référence avec laquelle ils se sentent en relation étroite et à qui ils osent poser des questions qu'ils n'auraient pas posées au médecin généraliste. Ils apprécient particulièrement la valeur ajoutée des soins holistiques dispensés par l'IPA.

Les patients apprécient d'être traités par l'IPA et le médecin généraliste en même temps. Selon eux, les deux praticiens ont des points de vue différents mais poursuivent les mêmes objectifs de traitement. »

Dans l'ensemble, l'étude montre que les patients apprécient le rôle de l'IPA.

ROYAUME-UNI - CONSULTATIONS RENTABLES

Un essai contrôlé randomisé portant sur 181 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde a révélé que le coût moyen par patient des consultations en clinique au Royaume-Uni était inférieur de 62,20 \$ dans le groupe des IPA par rapport au groupe des médecins (Abraham *et al.*, 2019).

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ - AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

En 2014, le Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS/PAHO) a adopté un plan stratégique pour atteindre la CSU. À cette époque, le Comité a considéré l'IPA comme une ressource importante en tant que facilitateur de l'amélioration de l'accès aux soins. Pour atteindre cet objectif, l'OPS a recommandé des réformes de la formation pour augmenter les postes de SSP tels que les médecins généralistes et les IPA (de Miranda Neto *et al.*, 2018).

Même s'il est difficile d'évaluer les coûts-bénéfices directs entre les professionnels des soins de santé, on sait que le retour sur investissement est bien plus important lorsque ces postes sont dotés de ressources adéquates, ce qui améliore la rentabilité des soins. Il s'agit notamment de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et de résultats tels que la réduction de la mortalité, des admissions aux urgences et des réadmissions à l'hôpital. Les IPA qui travaillent dans les SSP offrent donc un retour sur investissement important.

Élément 3: Améliorer la santé des populations

L'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de médecins bien répartis. En cas de pénurie de médecins dans une région géographique donnée, les patients peuvent être confrontés à des temps d'attente plus longs ou être contraints de se déplacer plus loin pour recevoir un traitement, voire d'y renoncer complètement. L'OCDE (2019b) a constaté un nombre plus élevé de médecins *per capita* dans les zones urbaines par rapport aux zones régionales et rurales (ainsi, la Slovaquie et la Hongrie ont une densité plus de deux fois supérieure dans les zones urbaines que dans les régions). Dans certains pays, on compte historiquement davantage d'infirmières et d'infirmières praticiennes dans les zones régionales et rurales. Selon des recherches menées aux États-Unis, il ne suffit pas d'augmenter le nombre de médecins pour améliorer l'accès aux SSP par les populations mal desservies. Selon UnitedHealth Group

Center for Health Reform & Modernization (2014), «les médecins de soins communautaires sont plus susceptibles d'exercer dans les zones urbaines, dans les communautés ayant un revenu plus élevé et au profit de personnes assurées». En comparaison, les infirmières praticiennes sont plus susceptibles de travailler dans des zones rurales et de s'occuper de patients plus pauvres. L'accès aux populations pauvres et rurales des États-Unis est mieux assuré par les infirmières praticiennes (Carter, Moore & Sublette, 2018). On estime que cette situation se retrouve probablement dans d'autres pays.

Élément 4: Améliorer la vie au travail des agents de santé

Le «Triple objectif» des soins de santé (améliorer simultanément la santé de la population et l'expérience des patients en matière de soins, et réduire le coût par habitant) était une approche largement acceptée pour améliorer le système de santé. Pourtant, les problèmes d'épuisement professionnel, d'insatisfaction et d'autres défis liés à la main-d'œuvre sont toujours considérés comme un obstacle majeur à la réalisation de ce triple objectif. C'est pourquoi on est actuellement passé à un «quadruple objectif», intégrant un nouvel objectif lié à l'amélioration de la vie au travail des agents de santé.

L'OCDE (2020) constate un décalage entre, d'une part, les connaissances et compétences des professionnels de la santé au sein des SSP et, d'autre part, leurs rôles et responsabilités dans la prise en charge des besoins de la population

NOUVELLE-ZÉLANDE – SOINS EN ÉQUIPE

La Nouvelle-Zélande est confrontée à une pénurie de médecins généralistes. Les infirmières praticiennes (IP) sont une bonne solution pour améliorer l'accès aux SSP. Malgré les prestations qu'elles offrent, de nombreux cabinets de soins primaires hésitent à employer des infirmières praticiennes. Cela s'explique en partie par le fait que les médecins connaissent mal ce type d'infirmières et qu'il n'y a pas de consensus pour admettre que les infirmières praticiennes peuvent améliorer la qualité des soins et constituer une solution viable aux pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Lorsque des infirmières praticiennes travaillent dans des cabinets de soins primaires, le personnel interrogé estime que ces infirmières améliorent la continuité des soins (~90%) et l'accès aux services et aux médicaments (~60%), et apportent une valeur ajoutée aux soins (~70%). Cela démontre qu'une bonne compréhension entre les professions travaillant en équipe peut entraîner des améliorations dans les soins de santé (Mustafa *et al.*, 2021).

et des patients. L'OCDE précise que plus de trois quarts des médecins et des infirmières se disent surqualifiés pour les activités entreprises dans le cadre de leur travail quotidien. Les infirmières titulaires d'un master sont deux fois plus susceptibles de se déclarer surqualifiées que les infirmières titulaires d'une licence. L'OCDE conclut que cette inadéquation représente un gaspillage dramatique de capital humain.

Mais cette situation n'est pas seulement un gaspillage de ressources : elle constitue aussi un facteur important d'insatisfaction au travail et d'intention de quitter la profession. Le problème du recrutement et de la fidélisation des infirmières se pose dans le monde entier, l'insatisfaction au travail étant citée comme un facteur majeur du taux de rotation du personnel (Halcomb, Smyth & McInnes, 2018). Il existe un certain nombre de stratégies importantes pour résoudre ce problème fondamental. L'une d'entre elles, vitale, consiste à offrir des possibilités d'évolution de carrière et à rendre la pratique infirmière plus autonome. À cet égard, la pratique infirmière avancée offre aux infirmières à la fois la possibilité de progresser cliniquement dans une carrière et une autonomie de pratique élargie.

Les IPA ont un rôle essentiel à jouer en tant que membres de l'équipe des SSP pour répondre à la demande accrue en soins de qualité, centrés sur le patient et dispensés en temps voulu. Une approche des soins fondée sur le travail d'équipe favorise l'efficacité et la valeur des SSP et augmente leur capacité. Il est admis que les équipes composées de membres aux caractéristiques, aptitudes et compétences diverses peuvent être efficaces,

Les infirmières praticiennes ne sont pas des médecins et sont formées selon un modèle de soins différent. Les deux groupes diagnostiquent et traitent les patients, y compris en prescrivant des médicaments ; cependant, ces deux professions reposent sur une épistémologie très différente. Elles possèdent toutes deux des forces et des faiblesses, mais elles sont différentes. De manière évidente, certaines différences dans les soins qu'elles prodiguent s'expliquent par l'orientation différente de leurs programmes de formation.

(d'après Carter, Moore & Sublette, 2018)

créatives et productives (Poghosyan *et al.*, 2020). Toutefois, ce potentiel n'est souvent pas exploité en raison d'une mauvaise communication et de conflits qui peuvent réduire la satisfaction au travail. Lorsque la confiance s'installe entre les professionnels de la santé, avec une compréhension claire des rôles et des responsabilités de chacun, les infirmières praticiennes et les médecins déclarent ressentir une amélioration du travail d'équipe, laquelle se traduit par une plus grande satisfaction au travail, moins d'intentions de départ et une meilleure qualité des soins (Poghosyan *et al.*, 2020).

FRANCE – INVESTIR DANS LES STAGES CLINIQUES EN SSP

En France, les ministères de la santé et de l'éducation ont lancé une initiative dans le cadre de laquelle les étudiants en médecine, en soins infirmiers, en pharmacie et en kinésithérapie doivent effectuer un stage en santé publique, soit des stages cliniques dans des établissements publics tels qu'universités et écoles, afin de familiariser avec des activités de prévention: l'accent est mis sur l'activité physique, les dépendances, l'alimentation et la santé sexuelle. Environ 50 000 étudiants par an effectueront ce stage de santé publique (OCDE, 2020b).

Recommandations

- Mettre en place une coalition de responsables des soins infirmiers et d'associations nationales d'infirmières pour soutenir la promotion et le développement des rôles d'IPA dans les SSP.
- Planifier stratégiquement l'élaboration et l'application de modèles de soins innovants, capables d'améliorer l'accès à des soins de santé de haute qualité ainsi que les résultats en matière de santé.
- Soutenir les IPA travaillant dans les SSP, en particulier les infirmières praticiennes, et les doter de ressources, afin d'améliorer l'accès à des soins de santé primaires de qualité, sûrs et abordables. Les IPA peuvent améliorer l'ensemble des soins aux patients et les résultats des services, la satisfaction des patients et les connaissances en matière de santé.
- Augmenter les ressources dans les zones et secteurs mal desservis telles que les zones rurales et isolées, les établissements pénitentiaires, les services à la santé de mère, de l'enfant et de l'adolescent, et le vieillissement.
- Fournir les systèmes de soutien et les ressources nécessaires pour assurer une performance optimale.
- Investir dans l'enseignement supérieur et le perfectionnement professionnel continu, en mettant l'accent sur la préparation des IPA au travail dans les SSP.
- Créer un environnement favorable qui permette aux IPA de travailler dans l'ensemble de leur domaine de pratique. Les facteurs à prendre en compte sont ici la réglementation et l'accréditation, l'environnement culturel, les modèles de financement et la gouvernance clinique.
- Planifier la durabilité des rôles de l'IPA.

Optimiser le personnel infirmier des SSP

L'efficacité et l'efficience des SSP dépendent de l'existence, dans le système de santé et dans d'autres secteurs qui affectent la vie de la communauté, d'une main-d'œuvre disposant d'un large éventail de compétences, de connaissances et d'attributs. En outre, les SSP ont besoin d'équipes de SSP capables de collaborer de manière interprofessionnelle et de soutenir les forces et les faiblesses de chacun. Le nombre et le type de professionnels engagés dépendent des besoins de santé de la communauté locale et de la disponibilité des ressources. Par conséquent, l'ensemble des compétences des membres de l'équipe de SSP est plus important que la désignation de leur cadre. Ainsi, il sera important d'optimiser le domaine de pratique de chaque professionnel, tout en prenant en compte les rôles de la communauté de santé au sens large, y compris par exemple les assistants de soins de santé.

Un personnel infirmier capable de remplir sa mission

Pour la Banque mondiale, un personnel de santé apte à remplir sa mission doit posséder les bonnes compétences, fournir les bons soins au bon endroit et au bon moment, et disposer d'un ensemble de compétences comprenant des qualités d'encadrement, une expertise en matière de communication et la capacité de travailler au sein d'équipes. L'hypothèse sous-jacente est que la prestation des soins de santé devrait être conçue et assurée de manière à fournir des soins optimaux qui répondent aux besoins de santé de la population desservie (Strasser & Strasser, 2020).

L'un des meilleurs moyens d'y parvenir est d'investir dans la formation des infirmières, tant au niveau des études de premier cycle que des études supérieures. Des SSP complets et de haute qualité exigent que les professionnels de

la santé disposent d'un large éventail de connaissances et de compétences pour fournir des soins répondant aux besoins de santé de la population qu'ils desservent. Pour atteindre ce niveau de compétences, il faut investir non seulement dans les connaissances et compétences scientifiques et techniques, mais aussi dans un large éventail de compétences interpersonnelles et de leadership. Il s'agit d'un élément essentiel pour les soins communautaires axés sur la personne, car les professionnels de la santé y sont souvent placés dans des situations incertaines, complexes et nouvelles, et moins bien dotées en ressources que les grands hôpitaux de soins aigus.

La formation de premier cycle des infirmières travaillant dans les SSP pose un certain nombre de problèmes. Dans de nombreux pays, il y a une pénurie de personnel infirmier et il est urgent de combler ce manque. La formation est au cœur de la constitution de l'offre nationale d'infirmières mais, en raison de la pénurie, l'apprentissage théorique didactique et les stages cliniques sont souvent concentrés sur le secteur des soins aigus (Strasser & Strasser, 2020). De ce fait, les diplômés risquent d'être mal préparés à travailler dans des contextes de SSP, en particulier lorsqu'il s'agit de populations rurales ou mal desservies. Mieux préparer les étudiants à travailler dans un large éventail de contextes de SSP peut nécessiter des ajustements des programmes d'études. Il est donc important que les gouvernements continuent à revoir les programmes de formation en soins infirmiers afin qu'ils répondent aux besoins en soins de santé des communautés desservies.

Dans le cadre de l'investissement dans l'enseignement des SSP, d'autres domaines clefs doivent être pris en considération : l'apprentissage clinique intégré, l'enseignement supérieur, le perfectionnement professionnel continu et les filières d'enseignement.

Apprentissage clinique intégré

Pour augmenter le nombre d'étudiants correctement préparés aux SSP à la fin de leurs études, il convient d'envisager un apprentissage clinique intégré, impliquant une équipe de superviseurs cliniques issus d'un éventail de professions de santé enseignant aux étudiants de différents domaines dans des contextes de SSP. L'objectif est de développer des compétences en équipe axées sur l'amélioration de la qualité des soins (Strasser

& Berry, 2021). En outre, le fait de travailler avec des personnes dans la communauté et dans des environnements de SSP favorise les soins centrés sur la personne.

Formation supérieure

Les connaissances en matière de santé évoluent et progressent très vite. En réponse, les soins infirmiers évoluent en tant que profession pour répondre aux besoins changeants de la population en matière de santé. Dans le cadre de cette évolution, les infirmières doivent actualiser leurs connaissances et leurs pratiques afin d'optimiser les résultats pour les patients. Il a été constaté que l'enseignement supérieur permet d'améliorer les connaissances et les compétences et de développer des compétences de niveau supérieur, telles que la résolution de problèmes et la réflexion critique (Abu-Qamar *et al.*, 2020).

Perfectionnement professionnel continu

L'objectif du perfectionnement professionnel continu (PPC) est d'actualiser et de renouveler en permanence les connaissances et compétences scientifiques, sanitaires et infirmières afin de pouvoir assurer une pratique fondée sur des données probantes laquelle, à son tour, garantira de meilleurs résultats pour les patients. L'accès des infirmières au perfectionnement professionnel continu présente des avantages évidents. On recommande :

- que les infirmières puissent facilement accéder à un PPC de qualité, approprié et acceptable dans leur contexte de pratique ;
- de définir une norme minimale d'heures de PPC par an ;
- de mener une réflexion sur la manière dont le PPC améliore les performances professionnelles.

Filières d'enseignement

L'OMS a piloté des recherches visant à élaborer une « liste de contrôle relative aux filières rurales » afin d'orienter l'application pratique de stratégies de formation, de perfectionnement et de soutien à la main-d'œuvre rurale dans les pays à faible et moyen revenu. Cette approche vise à renforcer la main-d'œuvre dans les zones rurales en identifiant des étudiants issus des communautés rurales. La mise en œuvre du cadre a permis de constater que le personnel de santé rural peut être « développé » par le biais d'un processus



© AKU Uganda



Ouganda :
les services de SSP sont essentiels pour répondre aux besoins des femmes, des enfants et des populations rurales, en particulier.

de « stratégie de croissance interne » (O’Sullivan *et al.*, 2020). Il s’agit d’une stratégie importante, susceptible d’être efficace pour constituer le personnel des SSP, en particulier dans les communautés régionales et rurales.

Recommandations

- Prendre des engagements pour augmenter l’offre d’infirmières en SSP dans chaque pays.
- Établir des normes d’accréditation et des compétences de base pour garantir que les éléments essentiels des SSP sont couverts et que les résultats de l’apprentissage sont atteints dans la formation infirmière.

- Renforcer les compétences des infirmières en matière de SSP dans le cadre de la formation universitaire et supérieure. Ces compétences devraient porter sur l’autonomisation et la défense des intérêts des patients; le soutien aux patients; l’éducation à la santé; la communication interprofessionnelle et sanitaire; le travail en équipe et le leadership; les soins et la pratique clinique centrés sur les personnes; l’apprentissage continu et la recherche.
- Établir et appliquer une norme minimale pour les heures de stage pratique dans les SSP.

Renforcer le personnel infirmier des SSP

Dans une étude récente, le *Lancet* (Haakenstad *et al.*, 2022) a quantifié la pénurie de personnels infirmiers nécessaires pour atteindre les exigences minimales de la CSU (soit 80 sur 100 sur l’indice de couverture des services de CSU). Le *Lancet* a constaté qu’il manque environ 30,6 millions d’infirmières et de sages-femmes dans le monde. Il s’agit là d’une perspective extrêmement décourageante: pour atteindre les services minimums nécessaires à la CSU, il faut doubler le personnel infirmier.

Une grande partie de la main-d’œuvre des SSP dans le monde est géographiquement mal répartie, au profit des zones urbaines. L’OMS estime que moins de 55% de la population mondiale vit en dehors des zones urbaines, où vit en revanche plus de 60% du personnel infirmier des SSP.

(Strasser & Strasser, 2020)

Bien que ces pénuries estimées soient énormes, il est difficile de déterminer l'ampleur des pénuries dans les SSP en raison du manque de données ventilées au niveau national. L'OMS a reconnu qu'il s'agissait là d'un obstacle aux SSP et, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2016 (WHA69.19), a prescrit la mise en œuvre progressive de «comptes nationaux des personnels de santé», afin de collecter des données sur la main-d'œuvre dans le domaine des SSP et d'en rendre compte. Au cours des prochaines années, ces informations deviendront déterminantes pour la planification des effectifs en SSP.

Il est important de comprendre la main-d'œuvre des SSP car il s'agit d'un domaine de travail complexe. Les SSP exigent des professionnels de la santé qu'ils comprennent les besoins fondamentaux en matière de soins de santé dans le contexte des déterminants sociaux de la santé des individus et des communautés. Les professionnels devront être formés pour répondre à l'évolution des besoins et aux réalités locales. Par conséquent, la constitution et l'augmentation des effectifs de personnel infirmier en SSP présentent un niveau de complexité supplémentaire.

	PRINCIPAUX PROBLÈMES	SOLUTIONS POSSIBLES
	Absence de personnel infirmier durable dans les SSP, due à des décennies de planification défailtante des effectifs.	Création d'ensembles de données appropriés pour analyser et surveiller la main-d'œuvre en SSP. Élaboration de plans de main-d'œuvre adaptés aux SSP.
	Incitations au paiement mal conçues (par exemple : de nombreuses activités de promotion de la santé et de prévention des maladies ne sont pas financées).	Adoption de modèles de financement axés sur les activités et les résultats en matière de soins aux patients, indépendamment du prestataire.
	Mauvaise répartition géographique aggravant les pénuries dans les zones rurales et urbaines défavorisées.	Incitations à travailler dans les zones rurales. Amélioration de l'accès à la formation pour les personnes vivant en milieu rural. Créer de nouvelles places de stages cliniques dans les zones rurales et au profit des groupes de population vulnérables.
	Problème de l'exode local dû l'émigration d'infirmières.	Adhérer au pacte de l'OMS sur les migrations éthiques. Augmenter l'offre nationale de personnels infirmiers.
	Problèmes de recrutement et de rétention, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - rémunération insuffisante; - longues heures de travail et lourdes charges de travail; - vieillissement de la main-d'œuvre; - fatigue et épuisement professionnel; - insuffisance des ressources, en particulier les équipements de protection individuelle. 	Pour atténuer le risque de pénurie grave de personnel infirmier, il faut adopter une approche globale et multidimensionnelle de la fidélisation de la main-d'œuvre. Cette approche comprend des stratégies portant sur la rémunération, les récompenses, la reconnaissance et le respect. Les incitations financières sont importantes, mais ne suffisent pas à attirer et retenir les infirmières dans les SSP. D'autres considérations importantes sont les incitations professionnelles (par exemple : développement de carrière, réseaux de soutien, mentorat) et le soutien personnel et familial (par exemple : logement et transport).
	Les perceptions dépassées de ce que les SSP peuvent faire ou non limitent leur potentiel à être pleinement utilisées dans les environnements de SSP.	Campagnes pour éduquer le public et les professionnels de la santé aux rôles et responsabilités des infirmières en SSP.
	Les systèmes éducatifs se concentrent souvent sur le secteur des soins aigus, la majorité des stages cliniques se déroulant à l'hôpital. Les étudiants ne sont donc pas exposés aux possibilités offertes par les SSP. Cela réduit la capacité des diplômés à être correctement préparés à travailler dans les SSP.	Offrir des stages de haute qualité en soins infirmiers pour les étudiants de premier et deuxième cycles en SSP, y compris en soins aux personnes âgées, soins primaires, et soins en milieu scolaire et autres structures de santé communautaire. Cela permettra de soutenir et de promouvoir la transition des services du secteur des soins aigus vers les SSP; et aux diplômés de considérer les SSP comme une option de carrière attrayante.



TABLEAU 8
Offre de main-d'œuvre en SSP, problèmes et solutions

La qualité des SSP dépend d'une augmentation des effectifs de personnel infirmier. Une planification doit être entreprise afin d'analyser la situation actuelle, d'avoir une vision claire des besoins futurs en matière de services et de comprendre comment stimuler la croissance du personnel infirmier en SSP. Cela nécessitera un soutien et une collaboration solides et constants de la part des gouvernements, des systèmes de santé, des organismes de réglementation, des éducateurs, des associations professionnelles et des cadres du secteur infirmier.

Plaidoyer du CII pour un renforcement du personnel infirmier

Le rapport 2023 du CII intitulé *Se relever pour reconstruire* (Buchan & Catton, 2023) traite des défis auxquels est confronté le personnel infirmier du fait de la pandémie de COVID-19, une crise sanitaire sans précédent qui a coûté la vie à des millions de personnes et a exercé des pressions extraordinaires sur les infirmières, leurs équipes et les systèmes de santé dans le monde entier. Le rapport insiste sur la perturbation des services de soins primaires, les professionnels infirmiers ayant été redéployés de leurs rôles fondamentaux dans les milieux communautaires vers des environnements de soins aigus, où ils se sont sentis souvent mal préparés aux scénarios complexes qui les attendaient.

Les conclusions du rapport sont catégoriques: «Il est nécessaire de mettre en place immédiatement une réponse politique unifiée, tant au niveau national qu'international, pour remplir les objectifs énoncés dans le Programme d'action 2023, en particulier la formulation d'une stratégie durable et à long terme visant à sauvegarder le personnel infirmier et à faciliter la reconstruction des systèmes de santé».

Lors des débats à la 76e Assemblée mondiale de la Santé (AMS), la délégation du CII a participé activement au point de l'ordre du jour intitulé «Réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires, fondement résilient de la couverture sanitaire universelle». Le Directeur général du CII, Howard Catton, a mis en avant la participation du CII à plusieurs événements parallèles de l'AMS portant sur des enjeux cruciaux tels que les maladies non transmissibles, la couverture sanitaire universelle et les problèmes en matière de main-d'œuvre, qui ont tous été amplifiés par la pandémie.

La Présidente du CII, Pamela Cipriano, a salué la Déclaration adoptée au terme de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, observant que cette Déclaration donnait aux gouvernements «une excellente occasion de lancer des réformes intelligentes et durables qui auront un impact significatif en garantissant un accès équitable aux soins de santé pour tous. Il est impératif que les gouvernements ne se contentent pas de prendre des engagements: ils doivent concrétiser leurs promesses par des investissements substantiels afin d'apporter des changements transformateurs qui serviront les innombrables personnes actuellement mal desservies par les services de soins de santé de base».

Lors de la même réunion, le Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, a estimé que la signature de la Déclaration représentait un engagement des pays en faveur de la CSU. Il a toutefois souligné que cet engagement devait être soutenu par des actions budgétaires et politiques décisives, axées sur l'investissement dans les soins de santé primaires, «Pierre angulaire pour atteindre l'inclusivité, l'équité et l'efficacité sur la voie de la couverture sanitaire universelle».

De même, M. Catton a salué un changement notable dans la position des Nations Unies et a souligné le rôle essentiel des soins infirmiers dans les SSP et leur lien intrinsèque avec la CSU. Il a précisé: «Les soins infirmiers ne se limitent pas aux SSP, mais il est indéniable que les SSP dépendent des soins infirmiers. Les infirmières jouent un rôle déterminant dans la réalisation de la CSU, comme en témoignent les initiatives politiques du CII, adossées à des exemples tangibles illustrant le rôle central des infirmières dans ce domaine, dans l'ensemble du continuum de soins, de la prévention à la réadaptation, du berceau à la tombe».

Recommandations

- Mettre en avant l'importance des investissements dans les SSP, et la priorité qui doit leur être accordée, en tant que moyen de répondre aux besoins de santé de la population.
- Élaborer un plan pour la main-d'œuvre infirmière en SSP, dégager les ressources nécessaires à cet effet et appliquer le plan afin de fournir une orientation stratégique claire et concise en matière de main-d'œuvre au niveau national. Ce plan doit comprendre une analyse, des prévisions et la planification de l'offre et de la demande de personnel infirmier en SSP.

ALLEMAGNE - MODÈLES DE SOINS INFIRMIERS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

En Allemagne, quelque 818 000 personnes vivent à temps plein dans des établissements de soins résidentiels, un nombre qui devrait augmenter rapidement. Le ministère allemand de la santé a proposé des modèles de soins infirmiers innovants pour répondre à la demande croissante dans ce domaine, modèles intégrant une pratique indépendante et une prise de décision autonome renforcées. Des IPA sont ainsi chargées de l'évaluation, de la planification, ainsi que de la gestion et de la coordination des soins aux résidents (Schmüdderich *et al.*, 2023).

- Améliorer la collecte et la communication de données fiables et de qualité concernant la main-d'œuvre, à l'appui de la planification de la main-d'œuvre et de l'investissement dans les ressources.
- Les organisations internationales doivent réaliser des projections relatives au personnel infirmier en SSP.
- Investir pour augmenter les effectifs d'infirmières travaillant dans les soins de santé primaires et dans la communauté.
- S'attaquer à la culture et aux obstacles qui, dans les organisations, restreignent la pratique professionnelle. Aider les infirmières à exploiter pleinement leur potentiel.
- Augmenter l'offre de perfectionnement professionnel continu et les possibilités de progression de carrière.
- Envisager et adopter des stratégies essentielles à la fidélisation, notamment une augmentation de la rémunération, une amélioration du ratio personnel/patients et des conditions de travail meilleures et plus sûres, ainsi que la reconnaissance et l'appréciation de personnels.
- Faire davantage entendre la voix des infirmières en SSP dans l'élaboration des politiques et la prise de décision à haut niveau.
- Appliquer la Charte pour le changement du CII (CII, 2023).

TRANSFORMER LES SSP EN FRANCE GRÂCE À L'INNOVATION DANS LES SOINS INFIRMIERS

Historiquement, les soins de santé en France, influencés par la loi Hôpital, patient, santé et territoire de 2009, sont centrés sur les médecins. Cependant, la pandémie de COVID-19 a catalysé un changement majeur de perspective, en mettant en évidence le rôle crucial des infirmières. Cette prise de conscience a conduit à des réformes juridiques et à une reconnaissance croissante du potentiel des infirmières dans les soins communautaires. L'ANFIIDE, l'association nationale française des infirmières et infirmiers, a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de nouveaux modèles de soins qui permettent aux infirmières d'apporter une contribution plus importante dans tout le pays. Il s'agit notamment de s'adapter aux nouveaux protocoles et aux nouvelles lois de financement, en mettant l'accent sur le rôle des infirmières dans les soins communautaires, la prévention, la gestion des maladies chroniques et les domaines spécialisés tels que les soins anticancéreux. L'organisation collabore étroitement avec le ministère de la santé, en se concentrant sur l'amélioration des compétences infirmières, la promotion des meilleures pratiques et l'alignement sur les besoins des citoyens. En outre, l'ANFIIDE joue un rôle essentiel dans les efforts de prévention primaire, y compris les vaccinations en partenariat avec l'OMS, et défend activement les droits des patients, en favorisant un véritable partenariat avec les associations de patients françaises. Cette approche proactive vise à élargir le champ d'action et l'impact des soins infirmiers dans le système de santé français.

(Étude de cas soumise par l'ANFIIDE lors du webinaire du CII consacré au rôle des infirmières dans les SSP, novembre 2023.)

AUSTRALIE – AMÉLIORER L’ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Dans le Queensland, une analyse de 257 services dirigés par des infirmières a montré que ces services fournissent des services sûrs et de qualité avec des temps d’attente réduits, ainsi que des services accessibles aux patients ayant des besoins de santé complexes, en particulier les patients qui, historiquement, accèdent difficilement aux soins de santé (Douglas *et al.*, 2018).

Modèles de soins dirigés par des infirmières

Les systèmes de santé étant confrontés aux problèmes majeurs que sont la pénurie de main-d’œuvre, l’augmentation de la demande et l’évolution des préférences des patients, les pays sont poussés, par nécessité, à développer les services et à faire preuve d’innovation à cet égard. Les infirmières sont à l’avant-garde de cette transformation en raison de leurs effectifs très nombreux, de leur vaste domaine de pratique et de leur proximité avec le patient. En témoigne pour partie la multiplication des modèles de soins dirigés par des infirmières, des modèles de service qui améliorent l’expérience des patients, comblent les lacunes et améliorent le rapport qualité-prix.

Une certaine confusion règne quant à la définition des « modèles dirigés par des infirmières ». Cela est dû en partie au fait que ces modèles couvrent un champ très vaste, allant du remplacement des modèles de soins traditionnels historiquement dispensés par la profession médicale, jusqu’à des systèmes complets, fondés sur la pratique infirmière avancée. Quoi qu’il en soit, au cœur des modèles de prestation dirigés par les infirmières, on trouve toujours un niveau renforcé d’autonomie professionnelle et de leadership exercé par le personnel infirmier.

Les cliniques dirigées par des infirmières (*nurse-led clinics*) sont un exemple de ce type de modèle: elles comprennent une infirmière en tant que principale prestataire de soins, assumant une charge de travail spécifique relativement aux patients. Cette fonction peut être exercée de manière indépendante, par des IPA, ou en collaboration avec d’autres professionnels de la santé. Souvent, au sein de ces services, l’infirmière assure le dépistage et la détection en amont des maladies, des indicateurs de gestion des maladies chroniques ou du vieillissement en bonne santé, dans les domaines où la population et les patients en ont besoin (Howe, 2016). Une caractéristique commune à toutes les cliniques dirigées par des infirmières est qu’elles prodiguent des soins de santé couvrant les maladies chroniques et complexes, la santé maternelle et infantile, et les populations vulnérables et défavorisées.

Autre exemple, les programmes de vaccination gérés par des infirmières, qui existent dans un certain nombre de pays. La pandémie a montré la fragilité des programmes de vaccination actuels. L’OMS estime que le nombre d’enfants vaccinés a baissé de 5%, ce qui signifie qu’environ 25 millions d’enfants de moins d’un an ne reçoivent pas les vaccins nécessaires pour prévenir des maladies

➤
TABLEAU 9
Prestations attendues des modèles dirigés par des infirmières dans les SSP

	Pour les patients	Réduction des temps d’attente; amélioration de l’accès et de la continuité des soins; niveau élevé de satisfaction.
	Pour les infirmières	Augmentation de la satisfaction au travail.
	Pour les médecins	Travail orienté en priorité vers les patients qui en ont le plus besoin.
	Pour le système de santé	Meilleures intégration, coordination et efficacité des soins. Diminution de la fragmentation des soins.
	Pour les gouvernements	Meilleur rapport qualité-prix.

	Les infirmières sont depuis longtemps impliquées dans tous les aspects de la gestion des vaccinations, y compris l'administration et la formation.
	Les infirmières sont acceptées par les patients comme des personnes compétentes en matière de vaccination.
	Les infirmières travaillent souvent dans des domaines où elles sont en contact étroit avec les enfants, les populations vieillissantes et les groupes communautaires vulnérables.
	Il a été démontré que ces modèles de soins améliorent l'accès aux vaccinations.



TABLEAU 10
Modèles de
vaccination gérés
par des infirmières

potentiellement mortelles et vivre ainsi plus longtemps et en meilleure santé (OMS, 2022c).

Les communautés marginalisées ont souvent du mal à satisfaire leurs besoins de base et la pandémie leur a imposé un fardeau supplémentaire. Dans ce contexte, rapprocher les programmes de vaccination de la communauté de manière innovante peut améliorer l'accès à des programmes sûrs et abordables.

À cet égard, les programmes de vaccination gérés par des infirmières comportent un certain nombre d'éléments essentiels, notamment la prise de rendez-vous, le dépistage et l'évaluation des individus, la mise à disposition d'un environnement sûr et adapté, l'éducation et l'orientation, l'administration de la vaccination proprement dite, l'enregistrement et le suivi des réactions ou effets secondaires potentiels (Murphy, Serowoky & Grant, 2021).

FRANCE – PROGRAMME DE VACCINATION MENÉ PAR DES INFIRMIÈRES

À Paris, un programme de vaccination géré par des infirmières a permis d'améliorer la couverture vaccinale antipneumococcique chez des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques. Ces patients, lorsqu'ils reçoivent un traitement immunosuppresseur, présentent un risque élevé d'infection pneumococcique invasive. Malgré les recommandations nationales concernant la vaccination antipneumococcique, le taux de vaccination est resté faible dans cette population. La mise en œuvre de ce programme a permis une augmentation spectaculaire de la couverture vaccinale antipneumococcique (Serre *et al.*, 2017).

Il ne s'agit là que de deux exemples de modèles de soins infirmiers dans les SSP. Ils démontrent les prestations très intéressantes que leur application peut apporter à la communauté. Toutefois, la mise en place de modèles de services infirmiers de qualité dépend de la disponibilité d'un personnel infirmier hautement qualifié, de modèles de financement appropriés et adéquats, d'un environnement réglementaire favorable, d'une culture positive et solidaire parmi des professionnels de la santé ayant une vision commune du service, ainsi que de la suppression des obstacles inutiles et artificiels.

Les gouvernements, les systèmes de santé, la profession infirmière et le public doivent saisir l'occasion de repenser les

systèmes de soins de santé pour relever les défis de l'avenir. Les modèles de soins infirmiers dans les SSP sont l'une des innovations ayant le potentiel de transformer les systèmes et d'offrir un meilleur accès à des soins sûrs, abordables et accessibles au sein de la communauté.

Recommandations

- Favoriser la formation des infirmières en SSP au niveau du troisième cycle. L'enseignement supérieur est lié à l'amélioration de la réflexion critique, des connaissances et de la compréhension, et à une meilleure application des connaissances, ce qui permet d'améliorer en retour les résultats pour les patients.

- Renforcer les modèles de soins qui utilisent les technologies numériques au profit des SSP. Les technologies numériques peuvent être utilisées pour favoriser la continuité des soins infirmiers et améliorer l'accès aux soins par les consommateurs. Un exemple d'amélioration de l'accès aux soins est l'utilisation de la télésanté, très utile aux consommateurs car elle leur permet de contacter les infirmières en SSP à distance.
- Aider les infirmières à travailler dans l'ensemble de leur domaine de pratique au sein d'une équipe interdisciplinaire. Cette démarche peut favoriser des soins de santé plus intégrés, plus efficaces et plus accessibles.

Santé numérique et intégration des technologies pour les SSP

Les technologies de santé numériques transforment rapidement les SSP en améliorant l'accès, l'efficacité et la qualité des soins. L'intégration des services de télésanté, des dossiers de santé ou médicaux électroniques, des applications de santé mobiles et des dispositifs de surveillance à distance aide les infirmières à prodiguer des soins centrés sur le patient. Les infirmières, qui représentent collectivement le personnel de santé le plus nombreux, jouent un rôle crucial dans la collecte, la saisie et l'utilisation des informations cliniques, ce qui les rend indispensables à la réussite des initiatives de santé numérique.

La santé numérique englobe l'utilisation générale des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la santé, ainsi que les technologies avancées de gestion des données et des informations, telles que l'intelligence artificielle et la génomique (OMS, 2018b). Ces technologies sont des composantes essentielles de tout système de santé moderne et leur adoption est indispensable pour améliorer les résultats des soins aux patients, renforcer l'utilité clinique et accroître la durabilité des systèmes de santé.

L'évolution de la technologie pour les soins de santé nécessite une main-d'œuvre spécialisée qui comprend et apprécie les dimensions sociotechniques des applications de santé numérique. Cette main-d'œuvre doit être habile à intégrer les outils de santé numérique dans sa pratique clinique, en veillant à ce qu'ils soient utilisés de manière efficace et efficiente au bénéfice des patients et des agents de santé.

On examinera ici deux aspects des technologies numériques de santé : la télésanté et les dossiers médicaux électroniques.

Télésanté

Entre 2019 et 2023, des efforts notables ont été déployés à l'échelle mondiale pour utiliser les services de télésanté (Ndabwe, Basu & Mohammed, 2024). La pandémie de COVID-19 a provoqué d'importantes perturbations dans la prestation des

CHINE – TRANSFORMATION NUMÉRIQUE DES SOINS INFIRMIERS GRÂCE À WECHAT

La Chinese Nurses Association (CNA) est un cas d'école pour l'intégration innovante de WeChat, une plateforme de médias sociaux qui compte plus de 1,3 milliard d'utilisateurs en Chine, dans les soins infirmiers et les soins aux patients. Conscients de la popularité de WeChat dans la vie quotidienne des Chinois, les infirmières et les chercheurs de la CNA ont utilisé les fonctionnalités de l'application pour la gestion de la santé et les soins aux patients. Les milliers d'articles publiés sur l'utilisation de WeChat dans les soins infirmiers mettent en évidence sa contribution significative à la CSU en Chine. En particulier, l'application permet aux patients atteints de maladies non transmissibles de surveiller à distance leur état, de signaler leurs symptômes et de bénéficier d'interventions appropriées, ce qui permet de réduire les visites aux urgences, les hospitalisations et les taux de mortalité. La CNA est également le fer de lance des efforts en matière de soins infirmiers numériques améliorés par l'intelligence artificielle, en vue d'accélérer la réalisation de la CSU grâce aux progrès technologiques dans le domaine des soins de santé.

(Étude de cas présentée par la Chinese Nurses Association lors du webinaire du CII consacré au rôle du personnel infirmier dans les SSP, novembre 2023.)

soins de santé essentiels. Pour y remédier, les gouvernements ont rapidement encouragé les soins à distance en introduisant de nouvelles lois et en révisant les lois existantes. Par exemple, tous les pays de l'OCDE qui imposaient auparavant des consultations en personne ont supprimé cette restriction. En outre, de nombreux pays ont adapté leurs systèmes de paiement pour couvrir les consultations par téléconférence (OCDE, 2023a). Depuis lors, la télésanté a considérablement amélioré l'accès des groupes de population vulnérables. Les patients se montrent extrêmement satisfaits des services de télésanté et il est prouvé que la télésanté permet d'économiser du temps et de l'argent. Environ deux patients sur cinq ayant eu recours aux soins à distance pendant la pandémie les ont préférés aux visites en personne.

Malgré l'explosion de l'utilisation de la télésanté, de nombreux changements réglementaires et financiers qui favorisent cette modalité ne sont que temporaires et sont sujets à révision, ce qui pourrait limiter l'accès à l'avenir à la télésanté malgré une forte demande des patients. D'autre part, si la télésanté peut réduire l'utilisation ultérieure et coûteuse des soins de santé de même que les rendez-vous manqués, elle peut aussi conduire à une duplication des soins en personne et à une augmentation des dépenses sans valeur ajoutée dans le cadre de certains systèmes de paiement. Pour pérenniser les avantages de la télésanté et garantir son intégration dans les systèmes de santé, les politiques devraient se concentrer sur les points suivants :

1. Prestation de soins intégrés :

Élaborer des modèles qui coordonnent pleinement les soins à distance et en personne dans le cadre d'un parcours de soins ininterrompu. La fragmentation actuelle et les désaccords entre prestataires sur les mérites de la télémédecine sont sous-optimaux pour les soins aux patients.

2. Incitations économiques :

Encourager les modèles de services de télésanté fournis par des infirmières grâce à des modèles de financement appropriés.

3. Comprendre l'utilisation des services par les patients :

Recueillir et analyser des données sur les personnes qui utilisent les services de télésanté, les raisons pour lesquelles elles les utilisent et leurs besoins

ultérieurs en matière de soins non professionnels, afin d'éclairer l'impact de la télésanté sur la performance du système de santé (OCDE, 2023b).

Améliorer l'usabilité des dossiers médicaux électroniques dans les SSP

Les outils de santé numérique permettent aux infirmières d'accéder aux données des patients en temps réel ainsi qu'à des systèmes avancés d'aide à la décision. Les dossiers électroniques contiennent des anamnèses complètes, des résultats de laboratoire et des informations diagnostiques, ce qui permet aux infirmières de prendre des décisions cliniques éclairées. Les plateformes de dossiers médicaux électroniques (DME) comprennent généralement des directives et des protocoles cliniques qui aident les infirmières à prodiguer des soins précis et opportuns. Ces ressources améliorent le processus de prise de décision clinique, ce qui se traduit par de meilleurs résultats pour les patients (Lloyd *et al.*, 2023).

Cependant, le manque de convivialité des dossiers électroniques médicaux et de santé contribue à la fatigue, aux erreurs et voire à l'épuisement des cliniciens. Malgré ces difficultés, les systèmes de DME peuvent améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des services de santé. Il est essentiel de comprendre l'expérience des cliniciens dans l'utilisation de ces outils, en particulier dans le monde postpandémique où les pressions professionnelles toujours plus fortes nuisent au bien-être et à la rétention du personnel. Pour être efficaces, les systèmes de DME doivent aider les praticiens sans alourdir leur charge de travail. Parmi les principaux problèmes à surmonter, citons les interfaces utilisateur mal conçues, l'échange inadéquat d'informations sur la santé et les exigences excessives en matière de saisie de données. Une base solide en matière de collecte de données de qualité, de prévention des erreurs et de soutien aux praticiens fera progresser la transformation numérique de la santé et les soins préventifs axés sur le patient (Lloyd *et al.*, 2023). Pour y parvenir, il faut :

1. Améliorer la conception de

l'interface utilisateur : Développer des systèmes de DME dotés d'interfaces intuitives et conviviales afin de réduire la fatigue et les erreurs. Donner la priorité aux principes de conception centrés sur l'utilisateur pour garantir que les systèmes s'alignent sur les flux de travail cliniques.

2. Améliorer l'échange d'informations sur la santé :

Faciliter le partage transparent des données entre les prestataires de SSP et les organisations externes afin d'améliorer la continuité des soins et de réduire la saisie redondante de données.

3. Rationalisation des exigences en matière de saisie des données :

Simplifier les processus de saisie des données afin de minimiser la charge administrative pour les infirmières et de leur permettre de se concentrer sur les soins aux patients.

4. Intégrer les avis des infirmières :

Impliquer activement les infirmières dans la conception et la mise en œuvre des systèmes de DME afin de s'assurer que leurs besoins et problèmes spécifiques sont pris en compte.

5. Intégrer l'ICNP dans les dossiers cliniques :

Intégrer la Classification internationale de la pratique infirmière (ICNP) dans les systèmes de DME afin de normaliser la terminologie infirmière, d'améliorer la communication entre les agents de santé et de favoriser la précision et la cohérence des dossiers cliniques.

Soins infirmiers et solutions numériques pour la santé

L'intégration des technologies numériques de santé dans les SSP permet non seulement d'améliorer l'accès aux soins, mais aussi d'autonomiser considérablement le personnel infirmier. En tirant parti des services de télésanté, des DME, des applications de santé mobile et des dispositifs de surveillance à distance, les infirmières peuvent fournir des soins plus efficaces, plus efficaces et davantage centrés sur le patient. Les avantages qui en découlent comprennent l'amélioration de la prise de décision clinique; une meilleure coordination des soins; une plus grande autonomie et l'élargissement du domaine de pratique; le perfectionnement professionnel et la formation; et l'autonomisation des consommateurs par le biais de l'éducation et de la collaboration (Silva *et al.*, 2022). Pour réaliser pleinement le potentiel de l'intégration de la santé numérique dans les SSP et habiliter le personnel infirmier, il faut :

- 1. Investir dans l'infrastructure numérique :** Affecter des fonds à la création et à l'entretien d'une infrastructure numérique solide, garantissant une connectivité

internet fiable et l'accès aux outils de santé numériques dans tous les établissements de soins, y compris dans les zones rurales et mal desservies.

2. Soutenir la formation à la culture numérique :

Mettre en œuvre des programmes de formation complets pour améliorer la culture numérique des infirmières. Il s'agit notamment d'intégrer les compétences en matière de santé numérique dans les programmes d'études en soins infirmiers et d'offrir des possibilités de perfectionnement professionnel continu.

3. Promouvoir la collaboration interprofessionnelle :

Encourager la formation et la collaboration interprofessionnelles par le biais de plateformes numériques. Les responsables politiques devraient soutenir les initiatives qui favorisent le travail d'équipe et la communication entre les agents de santé, améliorant ainsi la coordination des soins et les résultats pour les patients.

4. Élaborer des cadres réglementaires :

Établir des directives réglementaires claires relatives à l'utilisation des technologies numériques de santé dans la pratique infirmière. Ces cadres devraient aborder des questions telles que la confidentialité des données, la sécurité, le remboursement des prestations et le domaine de pratique des infirmières utilisant des outils numériques.

5. Encourager l'utilisation d'outils de santé numériques :

Proposer des incitations financières et mettre en place des modalités de remboursement qui encouragent l'adoption des technologies numériques par les infirmières et les organismes de soins de santé. Il peut s'agir de financer des services de télésanté, des dispositifs de surveillance à distance ou encore la mise en place de DME.

6. Favoriser l'innovation dans le domaine de la santé numérique :

Soutenir la recherche et l'innovation dans les technologies numériques de santé qui améliorent la pratique infirmière. Les décideurs politiques devraient financer des projets pilotes, des subventions et des collaborations entre les agents de santé, les développeurs de technologies et les institutions universitaires (OMS, 2018b).

CONCLUSION – SAISIR L'OCCASION

Des pays du monde entier se sont engagés à renforcer les SSP dans le cadre de la déclaration d'Astana. Cependant, dans de nombreux pays, les SSP sont encore sous-évalués, comme en témoignent les politiques médiocres, la planification inadéquate et le sous-investissement. Pierre angulaire d'un système de santé durable, les SSP devraient constituer une priorité absolue pour les gouvernements.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence de nombreuses faiblesses dans les SSP et a exacerbé beaucoup des problèmes auxquels ils sont confrontés. Bien que les SSP aient été la première ligne de défense contre la pandémie, l'attention s'est largement concentrée sur les hôpitaux et les stratégies d'endiguement. En conséquence, de nombreuses personnes nécessitant des soins de routine et continus et souffrant de problèmes de santé sous-jacents n'ont pas reçu l'attention nécessaire (OCDE, 2021). Cela s'est traduit par des retards de diagnostic ainsi que des retards ou absences de prise en charge. Il faut tirer les leçons de la pandémie et accélérer les investissements et la valorisation des SSP.

Nous ne pouvons plus appliquer la même approche des SSP qu'avant la pandémie. Pour que le monde dispose de SSP plus sûrs, plus accessibles et plus abordables, nous avons besoin d'innovation et de transformation. Cela signifie qu'il faut renforcer les SSP et les organiser autour de soins multidisciplinaires et coordonnés, en mettant l'accent sur la santé et le bien-être. Les SSP doivent non seulement offrir des traitements, mais aussi se concentrer sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, tout en garantissant des soins sûrs et de qualité lorsque les personnes en ont besoin.

Notre étude propose un argumentaire convaincant en faveur du changement. En outre, elle formule des recommandations claires qui peuvent être mises en œuvre pour garantir des SSP de haute qualité, disponibles et accessibles à tous. La qualité et l'efficacité des SSP dépendent de la présence du personnel adéquat, au bon endroit, doté des bonnes compétences, en effectif suffisant et doté des ressources nécessaires. Cet objectif peut être atteint en valorisant le personnel infirmier et en investissant dans celui-ci.

➤
**Hong Kong :
les infirmières
fournissent des
services de SSP
répondant aux
besoins de santé
des personnes tout
au long de leur vie.**



© North Lantau Hospital, Hong Kong

ANNEXE 1: TRAVAUX RÉCENTS DU CII DANS LE DOMAINE DES SSP

ZONE	DÉTAIL	LIEN
Partenariat avec les médias	<p>Produits pour le CII par BBC StoryWorks Commercial Productions, les films et les articles de la série <i>Caring with Courage</i> révèlent le pouvoir des soins et du dévouement dans le travail inspirant des infirmières.</p> <p><i>Caring with Courage</i> présente de nombreuses expériences motivantes d'infirmières du monde entier.</p>	https://www.bbc.com/storyworks/specials/caring-with-courage/
Publications pour la Journée internationale des infirmières	<p>Chaque année, le CII prépare et distribue, à l'occasion de la Journée internationale des infirmières, un ensemble de ressources et de données probantes. Cette boîte à outils comprend du matériel d'information publique, des résultats de recherche, des études de cas et des documents politiques détaillés destinés à informer et à soutenir la communauté infirmière. Ces publications s'articulent autour d'un thème spécifique concernant le monde infirmier, choisi pour mettre en lumière et traiter les questions, les défis et les innovations actuels dans notre domaine d'activité. Les thèmes des années précédentes étaient: <i>Nos infirmières. Notre futur. Le pouvoir économique des soins, et Investir dans les soins infirmiers et respecter les droits pour garantir la santé mondiale.</i></p>	https://www.icn.ch/fr/nos-actions/campagnes/journee-internationale-des-infirmieres
Partenariat avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les sociétés civiles	<p>Le CII collaboré avec CSU2030, plateforme où le secteur privé, la société civile, les organisations internationales, les universités et les organisations gouvernementales se retrouvent pour susciter un mouvement visant à accélérer les progrès équitables et durables vers la couverture sanitaire universelle et le renforcement des systèmes de santé aux niveaux mondial et national. Le rôle du CII à cet égard consiste à faire entendre la voix des soins infirmiers au niveau mondial sur la manière dont les infirmières jouent un rôle essentiel dans la réalisation de la CSU.</p>	https://www.uhc2030.org/fr/nouvelles-et-evenements/nouvelles-csu2030/perspectives-de-partenariat/le-conseil-international-des-infirmieres-pourquoi-les-infirmieres-sont-importantes-pour-la-csu-555327/
Relations officielles avec l'Organisation mondiale de la Santé	<p>En tant qu'acteur non étatique, le CII participe activement chaque année aux réunions du Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS pour représenter la voix des infirmiers et des infirmières en vue de faire progresser la santé mondiale et de promouvoir la santé publique. Depuis plusieurs années, le CII a fait de nombreuses interventions sur les SSP lors de ces réunions.</p>	https://www.icn.ch/fr/nos-actions/organisation-mondiale-de-la-sante/assemblees-mondiale-de-la-sante
	<p>Au fil des ans, le CII a travaillé avec l'OMS sur un certain nombre de produits techniques visant à renforcer les SSP, tels que documents sur la sécurité des patients, orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux, ou encore cadre mondial de compétences et de résultats pour la couverture sanitaire universelle.</p>	https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safer-primary-care https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863 https://www.who.int/publications/i/item/9789240034662
Déclarations	<p>Le CII et la campagne <i>Nursing Now</i> ont élaboré des déclarations conjointes plaidant en faveur du travail des infirmières dans les SSP avant la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Astana, au Kazakhstan, les 25 et 26 octobre 2018, pour célébrer le quarantième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. La Déclaration appelait le monde à reconnaître et à optimiser le travail des infirmières dans les SSP.</p>	https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/SSP%20statement%20ICN-NN.pdf

ZONE	DÉTAIL	LIEN
Représentation à la Commission de haut niveau	Le CII a joué un rôle essentiel au sein de la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles. Le CII a dirigé l'élaboration des stratégies clés approuvées dans le rapport sur la lutte contre les MNT.	https://www.who.int/groups/high-level-commission-on-ncds/synergies-for-beating-ncds
Publications relatives au personnel de santé	Le CII a élaboré de nombreux rapports sur les soins infirmiers et les principales stratégies visant à accroître et à maintenir le personnel infirmier. <i>Récupérer pour reconstruire: Se relever pour reconstruire: investir dans les personnels infirmiers pour des systèmes de santé efficaces</i> , la <i>Charte du CII pour le changement</i> et le rapport de la Journée internationale des infirmières, <i>Nos infirmières. Notre avenir. Le pouvoir économique des soins</i> sont les exemples les plus récents.	https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-09/ICN_Recover-to-Rebuild_report_FR.pdf https://www.icn.ch/fr/ressources/publications-et-rapports/rapport-jii-2024

ANNEXE 2: RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

COORDINATION DES SOINS

Mettre en place, dans les SSP, une coordination des soins assurée par des infirmières en tant que solution efficace et fondée sur des données probantes.

Étudier les possibilités de développer ou d'améliorer des modèles de coordination des soins infirmiers gérés par les agents de santé et les dirigeants des systèmes de santé.

Améliorer la connaissance et la compréhension qu'ont les individus et les collectivités de la coordination des soins et de la manière dont elle peut influencer sur leur traitement et leur participation aux soins.

Utiliser des coordinateurs de soins pour aider les personnes à participer à la planification de leurs propres soins.

Entreprendre une planification de la main-d'œuvre afin de tenir compte de la capacité de la main-d'œuvre et de l'ensemble des compétences requises pour la coordination des soins.

Prendre en compte les normes et compétences professionnelles liées à la coordination des soins.

Promouvoir des expériences d'apprentissage clinique et didactique interprofessionnelles afin de faciliter les SSP en équipe dans les environnements cliniques.

SSP INTÉGRÉS ET EN ÉQUIPE

Adopter une approche centrée sur le patient pour planifier et dispenser des soins en équipe.

Passer d'une approche cloisonnée axée sur le traitement à des soins dispensés par des équipes pluridisciplinaires mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, tout en veillant à ce que des soins sûrs et de qualité soient dispensés lorsque les personnes en ont besoin.

Donner aux infirmières le perfectionnement professionnel nécessaire à la prise de décision partagée.

Introduire dans les programmes d'éducation sanitaire les compétences nécessaires pour que les patients deviennent des partenaires dans les soins et dans le processus de prise de décision partagée.

Promouvoir les modèles de soins en équipe auprès du public.

Améliorer la cohésion entre les agents de santé travaillant en équipe.

Promouvoir la formation et l'apprentissage interprofessionnels.

PRATIQUES INFIRMIÈRES AVANCÉES

Mettre en place une coalition de responsables des soins infirmiers et d'associations nationales d'infirmières pour soutenir la promotion et le développement des rôles d'IPA dans les SSP.

Planifier stratégiquement l'élaboration et l'application de modèles de soins innovants, capables d'améliorer l'accès à des soins de santé de haute qualité ainsi que les résultats en matière de santé.

Soutenir les IPA travaillant dans les SSP, en particulier les infirmières praticiennes, et les doter de ressources, afin d'améliorer l'accès à des soins de santé primaires de qualité, sûrs et abordables. Les IPA peuvent améliorer l'ensemble des soins aux patients ainsi que les résultats des services, la satisfaction des patients et les connaissances en matière de santé.

Augmenter les ressources dans les zones et secteurs mal desservis tels que les zones rurales et isolées, les établissements pénitentiaires, les services à la santé de mère, de l'enfant et de l'adolescent, et le vieillissement.

Fournir les systèmes de soutien et les ressources nécessaires pour assurer une performance optimale.

Investir dans l'enseignement supérieur et le perfectionnement professionnel continu, en mettant l'accent sur la préparation des IPA au travail dans les SSP.

Créer un environnement favorable qui permette aux IPA de travailler dans l'ensemble de leur domaine de pratique. Les facteurs à prendre en compte sont ici la réglementation et l'accréditation, l'environnement culturel, les modèles de financement et la gouvernance clinique.

Planifier la durabilité des rôles de l'IPA.

PERSONNEL INFIRMIER DES SSP

Prendre des engagements pour augmenter l'offre d'infirmières en SSP dans chaque pays.

Établir des normes d'accréditation et des compétences de base pour garantir que les éléments essentiels des SSP sont couverts et que les résultats de l'apprentissage sont atteints dans la formation infirmière.

Renforcer les compétences des infirmières en matière de SSP dans le cadre de la formation universitaire et post-universitaire. Ces compétences devraient porter sur :

- l'autonomisation des patients et le soutien aux patients;
- la défense des droits des patients et l'éducation des patients;
- la communication interprofessionnelle et la communication en matière de santé;
- le travail en équipe et le leadership;
- les soins et la pratique clinique centrés sur la personne;
- l'apprentissage continu et la recherche.

Établir et appliquer une norme minimale pour les heures de stage pratique dans les SSP.

Mettre en avant l'importance des investissements dans les SSP, et la priorité qui doit leur être accordée, en tant que moyen de répondre aux besoins de santé de la population.

Élaborer un plan pour la main-d'œuvre infirmière en SSP, dégager les ressources nécessaires à cet effet et appliquer le plan afin de fournir une orientation stratégique claire et concise en matière de main-d'œuvre au niveau national. Ce plan doit comprendre une analyse, des prévisions et la planification de l'offre et de la demande de personnel infirmier en SSP.

Améliorer la collecte et la communication de données fiables et de qualité concernant la main-d'œuvre, à l'appui de la planification de la main-d'œuvre et de l'investissement dans les ressources.

Les organisations internationales doivent réaliser des projections relatives au personnel infirmier en SSP.

Investir pour augmenter les effectifs d'infirmières travaillant dans les soins de santé primaires et dans la communauté.

S'attaquer à la culture et aux obstacles qui, dans les organisations, restreignent la pratique professionnelle. Aider les infirmières à exploiter pleinement leur potentiel.

Augmenter l'offre de perfectionnement professionnel continu et les possibilités de progression de carrière.

Envisager et adopter des stratégies essentielles à la fidélisation, notamment :

- l'augmentation de la rémunération;
- l'amélioration du ratio personnel/patient et des conditions de travail meilleures et plus sûres;
- la reconnaissance et l'appréciation des personnels.

Faire davantage entendre la voix des infirmières en SSP dans l'élaboration des politiques et la prise de décision à haut niveau.

Favoriser la formation des infirmières en SSP a niveau du troisième cycle. L'enseignement supérieur est lié à l'amélioration de la réflexion critique, des connaissances et de la compréhension, et à une meilleure application des connaissances, ce qui permet d'améliorer en retour les résultats pour les patients.

Renforcer les modèles de soins qui utilisent les technologies numériques au profit des SSP. Les technologies numériques peuvent être utilisées pour favoriser la continuité des soins infirmiers et améliorer l'accès aux soins par les consommateurs. Un exemple d'amélioration de l'accès aux soins est l'utilisation de la télésanté, très utile aux consommateurs car elle leur permet de contacter les infirmières en SSP à distance.

Aider les infirmières à travailler dans l'ensemble de leur domaine de pratique au sein d'une équipe interdisciplinaire. Cette démarche peut favoriser des soins de santé plus intégrés, plus efficaces et plus accessibles.

RÉFÉRENCES

Abraham, C.M. *et al.* (2019). 'Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review'. *Nurs Econ.* 37(6): p. 293-305.

Abu-Qamar, M.Z. *et al.* (2020). 'Postgraduate nurse education and the implications for nurse and patient outcomes: A systematic review'. *Nurse Educ Today.* 92: p. 104489.

American Nurses Association (2012). *The Value of Nursing Care Coordination*. ANA: Maryland. Disponible à l'adresse: <https://www.nursingworld.org/~4afc0d/globalassets/practiceandpolicy/health-policy/care-coordination-white-paper-3.pdf>. (consulté le 10 avril 2024).

American Association of Nurse Practitioners (2022). *NP Fact Sheet*. <https://www.aanp.org/about/all-about-nps/np-fact-sheet> (consulté le 10 avril 2024).

Association of American Medical Colleges (2021). *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2019 to 2034*. AAMC: Washington. <https://digirepo.nlm.nih.gov/master/borndig/9918417887306676/9918417887306676.pdf> (consulté le 10 avril 2024).

Association médicale canadienne (2022). *Il faut répondre à la grave pénurie de médecins de famille, dit l'AMC*. Disponible à l'adresse: <https://www.cma.ca/fr/propos-nous/notre-rolle/salle-presse/il-faut-repondre-grave-penurie-medecins-famille-dit-lamc> (consulté le 10 avril 2024).

Auraaen, A., Slawomirski L. et Klazinga, N. (2018). 'The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind', *OECD Health Working Papers*, n° 106, Éditions de l'OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>.

Baker, A. (2001). 'Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century'. *BMJ.* 2001 Nov 17;323(7322):1192. PMID: PMC1121665.

Barber, S.L., Lorenzoni, L et Ong, P. (2019). Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage. <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-OHS-Price-Setting-Summary-Report.pdf> (consulté le 10 avril 2024).

Barnes, H. *et al.* (2018). 'Rural and nonrural primary care physician practices increasingly rely on nurse practitioners'. *Health Affairs.* 37(6): p. 908-914.

Bodenheimer, T. et Sinsky, C. (2014). 'From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider'. *Ann Fam Med.* 12(6): p. 573-6.

Buchan, J. et Catton, H. (2023). *Se relever pour reconstruire: Investir dans les personnels infirmiers pour des systèmes de santé efficaces*. Conseil International des Infirmières. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-09/ICN_Recover-to-Rebuild_report_FR.pdf (consulté le 10 avril 2024).

Budde, H. *et al.* (2021). 'The role of patient navigators in ambulatory care: overview of systematic reviews' *BMC health services research.* 21(1): p. 1-1166.

Buerhaus, P.I. *et al.* (2015). 'Practice characteristics of primary care nurse practitioners and physicians'. *Nurs Outlook.* 63(2): p. 144-53.

Burton, R.A. (2016). 'Health policy brief: improving care transitions'. *Health Affairs*. Robert Wood Johnson Foundation.

Carraccio, C. *et al.* (2002). 'Shifting paradigms: From Flexner to competencies'. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges.* 77: p. 361-7.

- Carter, M., Moore, P. et Sublette, N. (2018). 'A nursing solution to primary care delivery shortfall'. *Nursing inquiry*. 25(4): p. e12245-n/a.
- Chenoweth, D. et al. (2008). 'Nurse practitioner services: three-year impact on health care costs'. *J Occup Environ Med*. 50(11): p. 1293-8.
- Chung, F.F. et al. (2021). 'Shared clinical decision-making experiences in nursing: a qualitative study'. *BMC Nurs*. 20(1): p. 85.
- Conseil International des Infirmières (2007). *Les infirmières et les soins de santé primaires*. Prise de position. Archives du CII. CII: Genève.
- Conseil International des Infirmières (2008a). *Servir la collectivité et garantir la qualité: les infirmières à l'avant-garde des soins de santé primaires. Rapport pour la Journée internationale des infirmières*. Archives du CII. CII: Genève.
- Conseil International des Infirmières (2008b). 'Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care'. Archives du CII. CII: Genève.
- Conseil International des Infirmières (2010). *Domaine de la pratique infirmière et cadres d'aide à la décision*. CII: Genève.
- Conseil International des Infirmières (2020). *Directives sur la pratique infirmière avancée*, CII: Genève. <https://www.icn.ch/fr/ressources/publications-et-rapports/directives-sur-la-pratique-infirmiere-avancee-2020> (consulté le 10 avril 2024).
- Conseil International des Infirmières (2023). 'Charte pour le changement. Journée internationale des infirmières 2023'. CII: Genève. <https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-04/Charte%20pour%20le%20Changement%202024.pdf> (consulté le 10 avril 2024).
- Conseil International des Infirmières et Nursing Now (2019). *Joint Statement responding to the World Health Organization's draft declaration on Primary Health Care, 2019*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Joint_Statement_on_draft_primary_health_care_declaration_0.pdf.
- Conseil national de l'Ordre des médecins (2019). *GP Shortages in France*. https://www.french-property.com/news/french_health/doctor_shortages (consulté le 7 juillet 2022).
- Consensus Health (2021). *Coordinated Care: Key to Successful Outcomes Best practices in care coordination improve health, lower costs and increase patient satisfaction*. https://www.consensushealth.com/wp-content/uploads/2019/02/Care-Coordination-Best-Practices_CONSENSUS_2019-compressed.pdf (consulté le 9 août 2022).
- Conway, A., O'Donnell, C. et Yates P. (2019). 'The Effectiveness of the Nurse Care Coordinator Role on Patient-Reported and Health Service Outcomes: A Systematic Review'. *Evaluation & the health professions*. 42(3): p. 263-296.
- Cooper, J. et al. (2018). 'Classification of patient-safety incidents in primary care'. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 96 (7), 498 - 505. OMS: Genève. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.199802>
- Craig, E. (2022). 'Collateral damage of lockdowns could be behind 1,000 deaths a week: Non-Covid fatalities rise in England and Wales as experts blame pandemic restrictions and backlogs', *Daily Mail*. 8 juillet. <https://www.dailymail.co.uk/health/article-10994179/Lockdowns-killing-1-000-people-week-Excess-deaths-England-Wales.html> (consulté le 10 avril 2024).
- Cronin, C.J. et Evans, W.N. (2021). 'Excess mortality from COVID and non-COVID causes in minority populations'. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2021. 118(39): p. e2101386118.
- de Miranda Neto, M.V. et al. (2018). 'Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?' *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71: p. 716-721.

- Deloitte Access Economics (2022). *General Practitioner workforce report 2022*.
- DesRoches, C.M. et al. (2013). 'Using Medicare data to assess nurse practitioner-provided care'. *Nursing Outlook*. 61(6): p. 400-407.
- Donald, F. et al. (2014). 'A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: what is the quality of the evidence?' *Nurs Res Pract*. 896587.
- Donaldson, L. (2021). 'Safer Care: Shaping the Future', in Donaldson, L. et al. (éd.) *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*, Springer International Publishing: Suisse. p. 53-66.
- Douglas, C. et al. (2018). 'Nurse-led services in Queensland: A scoping study' *Collegian*, 2018. 25(4): p. 363-370.
- Dussault, G. et al. (2018). *Building the primary health care workforce of the 21st century - Background paper to the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals* OMS: Genève. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/workforce.pdf> (consulté le 10 avril 2024).
- Fang, D. et al. (2008). *Enrollment and Graduations in Baccalaureate and Graduate Programs in Nursing 2007-2008*.
- Frenk, J. et al. (2010). 'Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world'. *The Lancet*. 376(9756): p. 1923-58.
- Friedberg, M.W., Hussey, P.S. et Schneider, E.C. (2010). 'Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care'. *Health Aff (Millwood)*. 29(5): p. 766-72.
- Genova, A. et Lombardini, S. (2022). *General practitioners in front of Covid-19: Italy in European comparative perspective*.
- Haakenstad, A. et al. (2022). 'Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019'. *The Lancet*. 399(10341): p. 2129-2154.
- Halcomb, E., Smyth, E. et McInnes, S. (2018). 'Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: an integrative review'. *BMC family practice*. 19(1): p. 1-14.
- Hanson, K. et al. (2022). 'The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre'. *The Lancet Global Health*. 10(5): p. e715-e772.
- The Health Foundation (2022a). *The GP shortfall in numbers*. <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/the-gp-shortfall-in-numbers> (consulté le 11 avril 2024).
- The Health Foundation (2022b). *REAL Centre Projections: General practice workforce in England. Summary of findings*. https://www.health.org.uk/sites/default/files/2022-07/gp_workforce_projections_july_2022_website_version_updated.pdf (consulté le 11 avril 2024).
- Hopper, T. (2022). 'Why five million Canadians have no hope of getting a family doctor'. 25 janvier. <https://nationalpost.com/opinion/why-five-million-canadians-have-no-hope-of-getting-a-family-doctor> (consulté le 10 avril 2024).
- Horrocks, S., Anderson, E. et Salisbury, C. (2002). 'Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors'. *BMJ*. 324(7341): p. 819-23.

- Horton, R. (2010). 'A new epoch for health professionals' education'. *The Lancet* (édition britannique). 376(9756): p. 1875-1877.
- Housden, L. *et al.* (2017). 'Attending to power differentials: How NP-led group medical visits can influence the management of chronic conditions'. *Health Expect.* 20(5): p. 862-870.
- Howe, S. (2016). *Nursing in Primary Health Care (NiPHC) Program—Enhanced Nurse Clinics: A review of Australian and international models of nurse clinics in primary health care settings*. Australian Primary Health Care Nurses Association (APNA). Melbourne, VIC.
- Htay, M. *et* Whitehead, D. (2021). 'The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review'. *International Journal of Nursing Studies Advances* 3: p. 100034.
- Hunter, K.F. *et al.* (2016). 'Benefits and Challenges Faced by a Nurse Practitioner Working in an Interprofessional Setting in Rural Alberta'. *Nurs Leadersh* (Tor Ont). 29(3): p. 61-70.
- Huynh, C. *et al.* (2013). Medication discrepancies at transitions in pediatrics: a review of the literature. *Paediatr Drugs*. 2013;15(3):203-15.
- Immunization Agenda 2030 (2022). *Immunization Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind*. <https://www.immunizationagenda2030.org/> (consulté le 10 avril 2024).
- Kaplan, L. *et al.* (2009). 'Rural-urban practice patterns of nurse practitioners in Washington state'. *The Journal for Nurse Practitioners*. 5(3): p. 169-175.
- Karam, M. *et al.* (2021). 'Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review'. *Int J Integr Care*. 21(1): p. 16.
- Kruk, M.E. *et al.* (2018). 'Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries'. *The Lancet*. 392(10160): p. 2203-2212.
- Kuriakose, R. *et al.* (2020). 'Patient safety in primary and outpatient health care'. *J Family Med Prim Care*. 9(1): p. 7-11.
- The Lancet (2018). *The Astana Declaration: the future of primary health care?*. 392(10156): p. 1369. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32478-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32478-4/fulltext) (consulté le 11 avril 2024).
- Laurant, M. *et al.* (2018). *Nurses as substitutes for doctors in primary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 7. Art. No.: CD001271.
- Lee, J.Y. *et al.* (2010). Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *Ann Pharmacother*. 2010;44(12):1887-95.
- Lehnborn, E.C. *et al.* (2014). Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother*. 2014;48(10):1298-312.
- Li, L. *et al.* (2021). 'Temporal dynamic in the impact of COVID-19 outbreak on cause-specific mortality in Guangzhou, China'. *BMC Public Health*. 21(1): p. 883.
- Lloyd, S. *et al.* (2023). 'Medical and nursing clinician perspectives on the usability of the hospital electronic medical record: A qualitative analysis'. *Health Information Management Journal*, 0, 18333583231154624.
- Maier, C. *et* Aiken, L. (2016). 'Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study'. *The European Journal of Public Health*. 26: p. ckw098.
- Martin-Misener, R. (2010). 'Will nurse practitioners achieve full integration into the Canadian health-care system?' *Can J Nurs Res*. 42(2): p. 9-16; discussion 17-8.

- Martin-Misener, R. *et al.* (2015). 'Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review'. *BMJ Open*. 5(6): p. e007167.
- McMurray, A. et Cooper, H. (2017). 'The nurse navigator: an evolving model of care'. *Collegian*, 24(2): p. 205-212.
- Michel, P. *et al.* (2017), 'Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey'. *PLoS One*. 12(2): p. e0165455.
- Mulligan, C.B. et Arnott, R.D. (2022). *Non-Covid Excess Deaths, 2020-21: Collateral Damage of Policy Choices?* National Bureau of Economic Research.
- Murphy, M., Serowoky, M.L. et Grant, S.M. (2021). 'Nurse-led model of care that helps a community heal curbside immunizations with assistance in social determinants'. *Nursing administration quarterly*. 45(3): p. 219-225.
- Mustafa, M. *et al.* (2021). 'Employing nurse practitioners in general practice: an exploratory survey of the perspectives of managers'. *Journal of Primary Health Care*. 13(3): p. 274-282.
- Ndwabe, H., Basu, A. et Mohammed, J. (2024). 'Post pandemic analysis on comprehensive utilization of telehealth and telemedicine'. *Clinical eHealth*, 7, 5-14.
- Nishtar, S. *et al.* (2018). 'Time to deliver: report of the OMS Independent High-Level Commission on NCDs'. *The Lancet*. 392(10143): p. 245-252.
- National Nurse-Led Consortium (2017). *Nurse Practitioners: Improving Access to High-Quality, Cost-Effective Health Care*.
- Organisation de coopération et de développement économiques (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. Études de l'OCDE sur la politique de santé, Éditions de l'OCDE, Paris, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en.
- Organisation de coopération et de développement économiques (2021). *Renforcer la première ligne: Comment les soins de santé primaires aident les systèmes de santé à s'adapter pendant la pandémie de COVID-19*. OCDE: Paris. https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/renforcer-la-premiere-ligne-comment-les-soins-primaires-aident-les-systemes-de-sante-a-s-adapter-a-la-pandemie-de-covid-19_ae139cf5-fr.
- Organisation de coopération et de développement économiques (2023a). *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*. *OECD Health Policy Studies*.
- Organisation de coopération et de développement économiques (2023b). *OECD Health Policy Studies The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*, Éditions de l'OCDE.
- Organisation de coopération et de développement économiques/Union européenne (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Éditions OCDE: Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais*. OMS: Genève. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43951/9789242563733_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 11 avril 2024).
- Organisation mondiale de la Santé (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32> (consulté le 11 avril 2024).
- Organisation mondiale de la Santé (2016a). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. OMS: Genève. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131> (consulté le 11 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2016b). *Travailler pour la santé et la croissance: Investir dans le personnel de santé*. Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, OMS: Genève. <https://www.who.int/fr/publications/item/9789241511308> (consulté le 11 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2016c). *Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. OMS: Genève. <https://www.who.int/publications/item/9789241511643> (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2016d). *Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. OMS: Genève. <https://www.who.int/publications/item/9789241511636> (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2016e). *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*. OMS: Genève. <https://www.who.int/publications/item/9789241511599> (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2018a). *Produits médicaux de qualité inférieure ou falsifiés* [en ligne]. Genève: OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/substandard-and-falsified-medical-products> (consulté le 7 juillet 2022).

Organisation mondiale de la Santé (2018b). *Digital technologies: shaping the future of primary health care* [en ligne]. Genève: OMS. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/digital-technologies.pdf> (consulté le 15 juillet 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2019a). *Sécurité des médicaments dans les transitions de soins*. OMS: Genève. <https://www.who.int/publications/item/WHO-UHC-SDS-2019.9> (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2019b). *Déclaration d'Astana*. OMS: Genève. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf> (consulté le 22 juillet 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2020). *Situation du personnel infirmier dans le monde 2020: Investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. OMS: Genève. <https://www.who.int/fr/publications/item/9789240003279> (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2022a). *La pandémie de COVID-19 à l'origine du plus grand recul ininterrompu des vaccinations en trente ans*. <https://www.who.int/fr/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades> (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2022b). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/item/9789240049338> (consulté le 15 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2023a). *La couverture sanitaire universelle (CSU)*. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2023b). *Primary health care*. https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1.20 (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2023c). *Soins de santé primaires*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (consulté le 12 avril 2024).

Organisation mondiale de la Santé (2024). *Global patient safety report 2024*. Genève. Licence: CC BY-NC-S 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 17 juillet 2024).

Organisation mondiale de la Santé (s. d.) *Primary care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>.

- Organisation mondiale de la Santé et UNICEF (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. OMS: Genève. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/OMS-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 12 avril 2024).
- O'Sullivan, B. *et al.* (2020). 'A Checklist for Implementing Rural Pathways to Train, Develop and Support Health Workers in Low and Middle-Income Countries'. *Front Med (Lausanne)*. 7: p. 594728.
- Palacio-Mejía, L.S. *et al.* (2022). 'Leading causes of excess mortality in Mexico during the COVID-19 pandemic 2020–2021: A death certificates study in a middle-income country'. *Lancet Reg Health Am. Sep*;13:100303. doi: 10.1016/j.lana.2022.100303. Epub 24 juin 2022. PMID: 35782204; PMCID: PMC9230439.
- Panagiotti, M. *et al.* (2019). 'Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis'. *BMJ*. 366: p. l4185.
- Phua K.H. (2023). *Singapore: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372736/9789240079793-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 12 avril 2024).
- Poghosyan, L. *et al.* (2020). 'Physician–Nurse Practitioner Teamwork in Primary Care Practices in New York: A Cross-Sectional Survey'. *Journal of General Internal Medicine*. 35(4): p. 1021–1028.
- The Royal New Zealand College of General Practitioners (2021). *2021 GP Future Workforce Requirements Report*. <https://www.rnzcgp.org.nz/gpdocs/new-website/publications/2021-GP-future-workforce-report-FINAL.pdf> (consulté le 11 avril 2024).
- Serre, J. *et al.* (2017). 'Nurse-led vaccination program dramatically improves pneumococcal vaccination coverage among patients with autoimmune inflammatory disorders'. *Eur J Intern Med*. 43: p. e43–e45.
- Scanlon, A. *et al.* (2022). 'United Nations' Sustainable Development Goal 3 Target Indicators: Examples of Advanced Practice Nurses' Actions'. *Journal for nurse practitioners*. Vol. 18, Issue 10. Nov–Dec. p.1067–1070.
- Schmüdderich, K. *et al.* (2023). 'Core elements and potential of nurse-led care models in residential long-term care: A scoping review'. *Journal of Clinical Nursing*. 32(9–10):1858–1884.
- Schönenberger, N. *et al.* (2020). 'Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study'. *BMC Nursing*, 19(1): p. 90.
- Seale, C., Anderson E. et Kinnersley, P. (2006). 'Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. *Journal of advanced nursing*. 54(5): p. 534–541.
- Silva, C. *et al.* (2022) Digital Health Opportunities to Improve Primary Health Care in the Context of COVID-19: Scoping Review. *JMIR Hum Factors*, 9, e35380.
- Somé, N.H. *et al.* (2020). 'Team-based primary care practice and physician's services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada'. *Social science & medicine*. 264: p. 113310–113310.
- Stanik-Hutt, J. *et al.* (2013). 'The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners'. *The Journal for Nurse Practitioners*. 9: p. 492–500.e13.
- Strasser, R. et Berry, S. (2021). 'Integrated clinical learning: team teaching and team learning in primary care'. *Educ Prim Care*. 32(3): p. 130–134.

Strasser, R. et Strasser, S. (2020). *Reimagining primary health care workforce in rural and underserved settings*. Document de travail sur la santé, la nutrition et la population (HNP) Washington, D.C.: Groupe de la Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/304851606975759118/Reimaging-Primary-Health-Care-Workforce-in-Rural-and-Underserved-Settings> (consulté le 12 mars 2024).

UnitedHealth Group (2014). *Advancing Primary Care Delivery: Practical, Proven, and Scalable Approaches*. United Health Center for Health Reform & Modernization. <https://www.unitedhealthgroup.com/content/dam/UHG/PDF/2014/UNH-Primary-Care-Report-Advancing-Primary-Care-Delivery.pdf> (consulté le 11 avril 2024).

VanderZanden, A. et al. (2021). *What Does Community-Oriented Primary Health Care Look Like? Lessons from Costa Rica*. Commonwealth Fund. <https://www.commonwealth-fund.org/publications/case-study/2021/mar/community-oriented-primary-care-lessons-costa-rica> (consulté le 11 avril 2024).

Wagner, E.H. et al. (2017). 'Effective team-based primary care: observations from innovative practices'. *BMC Family Practice*. 18(1): p. 13.

Wilson, T.R. (2017). 'Time and NP practice: Naming, claiming, and explaining the role of nurse practitioners'. *The Journal for Nurse Practitioners*. 13(9): p. 583-589.

Xue, Y. et O. Intrator (2016). 'Cultivating the Role of Nurse Practitioners in Providing Primary Care to Vulnerable Populations in an Era of Health-Care Reform'. *Policy, politics & nursing practice*. 17(1): p. 24-31.

Yoshida, S. et al. (2019). 'Geographical distribution of family physicians in Japan: a nationwide cross-sectional study'. *BMC Family Practice*. 20(1): p. 147.



Conseil International des Infirmières

3, Place Jean-Marteau

1201 Genève, Suisse

+41 22 908 01 00

icn@icn.ch

www.icn.ch

