



# à bas les mythes

UTILISATION DE DONNÉES PROBANTES POUR  
DÉMYSIFIER DE FAUSSES CROYANCES COURANTES  
PAR RAPPORT AUX SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

LA FIN D'UN MYTHE - NOVEMBRE 2002  
IL S'EFFONDRE DE NOUVEAU! - JUIN 2010

## MYTHE : CONSULTER UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE PLUTÔT QU'UN MÉDECIN ÉQUIVAUT À RECEVOIR DES SOINS DE DEUXIÈME CLASSE

Les infirmières praticiennes (IP) deviennent des actrices de plus en plus connues sur la scène des soins de santé au Canada. Maintenant autorisées à travailler dans toutes les provinces et tous les territoires, elles ont vu leur nombre doubler depuis 2004, passant de 800 à 1 626 en 2008<sup>i</sup>. Malgré la croissance et l'évolution de la profession, une certaine confusion subsiste concernant le moment et l'endroit où elles peuvent donner des soins ainsi que sur la qualité de ces mêmes soins. Il existe une perception selon laquelle consulter une infirmière praticienne plutôt qu'un médecin équivaldrait à recevoir des soins de deuxième classe, soins qui seraient plus appropriés en l'absence d'un médecin.

Or, la recherche montre qu'il n'en est rien. Une grande quantité de données indiquent que la qualité des soins donnés par les IP est équivalente et parfois même supérieure à celle de ceux prodigués par leurs collègues médecins. Et s'il est vrai que l'autonomie et le champ d'activité de ces deux professions, qui se recouvrent dans une large mesure, s'avèrent être des sources occasionnelles de tension<sup>ii,iii</sup>, il existe aussi des exemples de pratique collaborative entre les deux groupes<sup>iv,v</sup>.

### INFIRMIÈRES PRATICIENNES AU CANADA

Les IP sont apparues pour la première fois au Canada dans les années 1960 pour répondre à la pénurie de médecins de première ligne dans les régions rurales et éloignées. En 1990, elles suscitaient de nouveau l'intérêt dans le cadre des efforts déployés pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires dans un contexte d'aggravation de la pénurie de médecins et d'augmentation de la demande de soins reliés au vieillissement de la population, aux maladies chroniques et aux problèmes de santé mentale.

Les IP oeuvrent dans les centres de santé communautaire, les agences de soins à domicile, les centres de santé du Nord, les unités de santé publique et les unités de médecine familiale ou les cabinets de médecins et dernièrement, dans les centres de soins de longue durée et les départements d'urgence. Elles sont formées pour effectuer des évaluations de santé, exécuter divers actes médicaux, prescrire des médicaments ainsi que diagnostiquer et traiter maladies et blessures courantes en demandant et en interprétant des tests<sup>vi</sup>. La promotion de la santé et les soins préventifs font aussi partie de leur champ d'expertise.

En raison de leurs compétences approfondies et du fait qu'elles risquent de coûter moins cher au système de santé que les médecins de première ligne<sup>vii, viii</sup> les IP font souvent partie des stratégies de réforme des soins de santé primaires<sup>ix</sup>. À titre d'exemple, des cliniques composées de médecins agissant essentiellement à titre de consultants auprès des IP<sup>x</sup> voient le jour, afin d'améliorer l'accès des patients aux soins de santé primaires.



En Colombie-Britannique, les IP ont été intégrées dans le mode de rémunération à l'acte traditionnel. En Ontario, 26 cliniques dirigées par des IP seront introduites progressivement dans les collectivités qui sont confrontées à une pénurie de médecins.

### DES ÉTUDES QUI ONT FAIT LEURS PREUVES

Depuis une première étude importante sur les IP, menée à Burlington, en Ontario, en 1974<sup>xi</sup>, au moins 28 essais cliniques comparatifs ont été réalisés principalement aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada. Ces études ont indiqué, de façon systématique, que les IP sont efficaces, dignes de confiance et qu'elles peuvent exercer une influence positive sur les résultats, à la fois pour les patients, les prestataires et le système de santé. La revue d'études scientifiques menée en 2002 a comparé les infirmières praticiennes aux médecins qui donnent des soins de premier contact aux patients des centres de soins de santé primaires et en sont arrivés à la conclusion que les résultats pour la santé des patients étaient équivalents<sup>xii</sup>. Les IP avaient tendance à passer plus de temps auprès des patients et à demander un plus grand nombre de tests. Ces études n'ont démontré toutefois aucune différence quant au nombre d'ordonnances, de visites de retour ou d'aiguillages vers des spécialistes.

On dispose de données de plus en plus nombreuses qui montrent que les IP exercent une influence positive sur le système de santé canadien. Dans l'une des études, il est démontré que leur intégration à des équipes de soins de santé primaires, dans quatre différents modèles de ce genre en Ontario, est associée à une meilleure prise en charge des maladies chroniques<sup>xiii</sup>. Une étude canadienne a permis de constater qu'en plus d'améliorer les résultats pour la santé des patients, l'intégration des IP à un département d'urgence faisait en sorte que les patients étaient deux fois plus susceptibles de recevoir des soins dans les délais prescrits, que la durée de leur séjour était réduite de moitié et que la proportion de patients qui quittait sans avoir été vue avait diminué d'un tiers<sup>xiv</sup>.

## LE PATIENT COMME TÉMOIN

Lorsqu'il s'agit de soins de santé, le point de vue du patient demeure essentiel. La revue d'études scientifiques menée en 2002 mentionnée antérieurement a démontré que les patients qui avaient été vus par une IP se disaient davantage satisfaits de la qualité des soins reçus que s'ils avaient été vus par un médecin<sup>xiii</sup>. Des études mettent aussi en évidence que les patients apprécient le style de communication des IP et que ces derniers leur consacrent également plus de temps<sup>xv, xvi</sup>. Les patients ont tendance aussi à être plus satisfaits des conseils reçus<sup>xvii</sup>. À titre d'exemple, les IP posent habituellement plus de questions à leurs patients et leur offrent davantage d'information et d'options que les médecins.

Tout porte à croire que les Canadiens sont extrêmement satisfaits des soins reçus par les IP. Un sondage Harris/Decima effectué en 2009 auprès de 1 000 Canadiens<sup>xviii</sup> fait ressortir ce qui suit :

- Une personne sur cinq a été traitée par une IP;
- Une majorité de personnes aimerait que le rôle des IP soit élargi;
- Plus de trois personnes sur quatre se sentiraient à l'aise de recevoir des soins d'une IP à la place de leur médecin de famille;
- Quatre personnes sur cinq croient que l'élargissement du rôle des IP favoriserait une meilleure gestion des dépenses de santé (bien que l'on doive tenir compte du manque de données quant à leur rentabilité par rapport à celle des médecins canadiens).

Vu la demande de la population pour une amélioration de l'accès aux soins de santé, une diminution des temps d'attente et une augmentation des soins reliés au vieillissement de la population, aux maladies chroniques et aux problèmes de santé mentale, les IP sont celles qui peuvent contribuer grandement à améliorer la prestation des soins de santé au Canada.

- I. Institut canadien d'information sur la santé. (2010). « *Infirmières réglementées : tendances* », 2004 à 2008. Ottawa.
- II. Baerlocher, M.O. et Detsky, A.S. (2009). « Professional monopolies in medicine ». *Journal of the American Medical Association*, 301(8), 858-860.
- III. Closson, T. « Ontario medical association is taking aim at wrong target », *Toronto Star*, 6 octobre 2009
- IV. Association canadienne de protection médicale et Société canadienne de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *Énoncé commun de l'ACPM et de la SPIIC sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative*. Ottawa, ON: Auteur.
- V. Jones, L. et Way, D. (2004). « Delivering primary health care to Canadians: Nurse practitioners and physicians in collaboration ». Ottawa, ON: Association des infirmières et des infirmiers du Canada et Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens.
- VI. vi. Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2009). Énoncé de position : infirmières et infirmiers praticiens. Ottawa, ON: Auteur.
- VII. vii. Dierick-van Daele, A.T., Metsemakers, J.F., Derckx, E.W., Spreeuwenberg, C. et Vrijhoef, H.J. (2010). « Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions ». *British Journal of General Practice*, 60(570), e28-35.
- VIII. Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C. et Leese, B. (2000). « Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care », *British Medical Journal*, 320(7241), 1048-1053.
- IX. DiCenso, A., Auffrey, L., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Martin-Misener, R., Matthews, S. et coll. (2007). « Primary health care nurse practitioners in Canada ». *Contemporary Nurse*, 26(1), 104-115.
- X. DiCenso, A., Bourgeault, I., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kioke, S., Carter, N., Harbman, I., Donald, F., Bryant-Lukosius, D. et Kilpatrick, K. (2010). « Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada - Thinking outside the box ». *Canadian Journal of Nursing Leadership*
- XI. Spitzer, W., Sackett, D., Sibley, J., Roberts, R., Gent, M., Kergin, D. et coll. (1974). « The Burlington randomized trial of the nurse practitioner ». *New England Journal of Medicine*, 290(5), 251-256.
- XII. Horrocks, S., Anderson, E. et Salisbury, C. (2002). « Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors ». *British Medical Journal*, 324(7341), 819-823.
- XIII. Russell, G.M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L. et Tuna, M. (2009). « Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors ». *Annals of Family Medicine* 4(4), 309-318.
- XIV. Ducharme, J., Alder, R., Pelletier, C., Murray, D. et Tepper, J. (2009). « The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments ». *Journal canadien de la médecine d'urgence*, 11(5), 455-461.
- XV. Charlton, C., Dearing, K., Berry, J. et Johnson, M. (2008). « Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review ». *Journal de l'Académie américaine des infirmières et infirmiers praticiens*, 20(7), 382-388.
- XVI. Munding, M., Kane, R., Lenz, E., Totten, A., Tsai, W., Cleary, P. et coll. (2000). « Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial ». *Journal de l'Association médicale américaine*, 283(1), 59-68.
- XVII. Seale, C., Anderson, E. et Kinnerley, P. (2006). « Treatment advice in primary care: A comparative study of nurse practitioners and general practitioners ». *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 534-541.
- XVIII. Harris/Decima. (2009). « *Canadians very comfortable with expanded role for nurse practitioners* ». Communiqué de presse, 13 août 2009. Ottawa, ON: Auteur. <http://sdnpc.ca>

Les articles À bas les mythes sont publiés par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) après avoir été revus par des spécialistes du sujet. La FCASS a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes et est financée selon une entente avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les personnes qui distribuent ce document ne reflètent pas nécessairement celles de la FCASS ou du gouvernement du Canada. © 2010.