

## **Recours dans les soins médicaux de base aux professionnels de la santé non médecins hautement qualifiés : avancement des discussions en Suisse**

Mise à jour du document de travail Obsan n°27  
Rapport final

Réalisé sur mandat de  
l'Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Politique de la santé, division Professions de la santé

Kilian Künzi, Jolanda Jäggi, Laure Dutoit  
Berne, novembre 2013

## Table des matières

<b>Table des matières</b>	<b>I</b>
<b>Résumé</b>	<b>III</b>
<b>1 Situation initiale et problématique</b>	<b>1</b>
1.1 Situation initiale	1
1.2 Problématiques	2
1.3 Structure du rapport	3
<b>2 Méthodologie</b>	<b>4</b>
2.1 Situation actuelle en Suisse	4
2.2 Aperçu de la littérature des pays « expérimentés »	4
2.3 Entretiens avec des experts	5
<b>3 Conditions-cadre de l'évolution des professions de la santé en Suisse</b>	<b>7</b>
3.1 Le terme « pratique avancée »	7
3.2 Politique et bases de l'environnement de l'évolution des professions de la santé	7
3.2.1 Nouveaux modèles de soins	8
3.2.2 Conditions-cadre légales	9
<b>4 Soins</b>	<b>10</b>
4.1 Pratique avancée dans les professions des soins – Examen de la littérature spécialisée	10
4.1.1 Terminologie	10
4.1.2 Réglementation et normes	11
4.1.3 Efficacité et domaines d'intervention	14
4.2 Développements des professions des soins : avancement des discussions en Suisse	21
4.3 IPA en Suisse – appréciation des experts	24
4.3.1 Formation et compétences	24
4.3.2 Rôles et domaines d'intervention	26
4.3.3 Réglementation	28
4.4 Synthèse	28
<b>5 Sages-femmes</b>	<b>30</b>
5.1 Pratique avancée dans la profession de sage-femme – Vue d'ensemble de la littérature	30
5.1.1 Réglementation et normes	30
5.1.2 Rôles, efficacité et domaines d'intervention	33
5.2 Situation et perspectives : appréciation des experts	35
5.2.1 Profil et formation	35
5.2.2 Rôles et domaines d'intervention	36
5.2.3 Réglementation	38
5.3 Synthèse	39

<b>6</b>	<b>Physiothérapeutes</b>	<b>40</b>
6.1	Pratique avancée / champ de pratique élargi dans la physiothérapie – Vue d’ensemble de la littérature	40
6.1.1	Evolution de la PA / ESP en physiothérapie	40
6.1.2	Domaines d’intervention	41
6.2	Situation de la physiothérapie en Suisse	45
6.3	Appréciation des experts concernant la pratique avancée en physiothérapie	46
6.3.1	Profil et formation	46
6.3.2	Rôles et domaines d’intervention	47
6.3.3	Réglementation	49
6.4	Synthèse	50
<b>7</b>	<b>Ergothérapeutes</b>	<b>51</b>
7.1	Ergothérapie – Vue d’ensemble de la littérature	51
7.1.1	Réglementation et normes : PA et ESP en ergothérapie	51
7.1.2	Domaines d’intervention	52
7.2	Situation et perspectives : appréciation des experts concernant la pratique avancée en ergothérapie	54
7.2.1	Profil et formation	54
7.2.2	Rôles et domaines d’intervention	55
7.2.3	Réglementation	57
7.3	Synthèse	58
<b>8</b>	<b>Diététicien</b>	<b>59</b>
8.1	Diététique et nutrition – vue d’ensemble de la littérature	59
8.1.1	Réglementation et normes : PA en diététique	59
8.1.2	Domaines d’intervention	61
8.2	Situation et perspectives : appréciation des experts concernant la pratique avancée en diététique	63
8.2.1	Profil et formation	64
8.2.2	Rôles et domaines d’intervention	65
8.2.3	Réglementation	66
8.3	Synthèse	67
<b>9</b>	<b>Conclusions</b>	<b>69</b>
<b>10</b>	<b>Références</b>	<b>70</b>

## Résumé

### Contexte

Ces dernières années, le futur rôle qu'assumeront les professionnels de la santé dans les soins médicaux de base n'a pas seulement fait l'objet de débats en Suisse mais également à l'échelle internationale. La transformation à venir du système de santé en raison de l'évolution démographique et épidémiologique explique ce phénomène : les médecins de famille, les infirmiers et autres professionnels de la santé risquent de ne plus être assez nombreux pour faire face au besoin croissant en soins (de plus en plus de personnes âgées, nécessitant des soins, patients atteints de maladies multiples ou chroniques).

Le débat politique s'oriente principalement vers le développement de modèles de soins intégrés dont le fonctionnement repose sur la collaboration étroite entre médecins et professionnels de la santé. Après que le peuple a rejeté le projet dit de « Managed Care » en juin 2012, le conseiller national Ignazio Cassis a déposé le postulat « Pour une délégation de tâches dans le système de santé suisse », qui chargeait le Conseil fédéral d'analyser le potentiel qu'offre une nouvelle répartition des tâches entre médecins et professionnels de la santé. Des mesures au niveau de la formation (« tertiarisation ») et le développement de profils professionnels contribueront à rétablir l'équilibre entre les soins à fournir, qui vont croissant, et le personnel soignant, qui tend à manquer.

Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé la mise à jour de l'examen de la littérature spécialisée réalisé en 2007 et intitulé « Prise en charge médicale ambulatoire : possibilités de substitution des médecins de premier recours par d'autres groupes professionnels » (Künzi/Detzel 2007) pour comprendre comment les infirmiers, sages-femmes, physiothérapeutes, ergothérapeutes et diététiciens hautement qualifiés exercent leur profession dans d'autres pays et pour étudier la possibilité de développer des profils professionnels élargis (pratique avancée) en Suisse également.

L'état de la discussion exposé dans cette étude se rapporte au milieu de l'année 2013.

### Procédure

L'étude décrit la situation actuelle, en Suisse, des cinq professions mentionnées ainsi que le cadre légal nécessaire pour définir leurs profils professionnels au niveau tertiaire (pratique avancée). Un tour d'horizon réalisé à l'échelle internationale sur les nouveaux domaines, plus étendus, dans lesquels interviennent les professionnels de la santé montre dans quelle mesure cette dé-

marche est efficace pour la qualité des soins et la sécurité des patients. La possibilité de transposer de tels modèles en Suisse a été évaluée lors d'entretiens (n=12) avec des experts des associations professionnelles, de la formation professionnelle et de la politique de la santé. Il est important de noter qu'étant donné le faible nombre d'interviews menées, une opinion particulière peut influencer grandement la conclusion.

### Pratique avancée

De manière générale (même si la définition diffère légèrement d'une profession à l'autre), le terme « pratique avancée » (PA) désigne la pratique professionnelle élargie de personnes expérimentées qui, grâce à leurs connaissances (scientifiques) approfondies dans leur domaine d'activité, sont à même d'assumer des tâches dépassant le cadre de leurs responsabilités habituelles. Ces personnes sont aptes à prendre des décisions cliniques complexes et contribuent à établir une pratique professionnelle plus basée sur les preuves. Dans de nombreux pays, le master est exigé pour exercer selon la pratique avancée.

### Cadre

Les éléments ci-après sont énoncés dans la stratégie Santé2020, approuvée en janvier 2013 par le Conseil fédéral : promouvoir de nouveaux modèles de soins, prendre des mesures pour promouvoir la santé et la prévention, et pour garantir et augmenter la qualité des soins, notamment en employant plus de personnel dûment qualifié. Ces éléments sont particulièrement importants pour développer le rôle et le profil des professions de la santé.

A l'heure actuelle, aucune révision de loi au niveau national ne prévoit d'ancrer les soins intégrés dans le système de santé. Plusieurs projets ont été lancés dans cette direction et des modules de formation interprofessionnelle ont été mis en place dans les cantons.

Il est indispensable d'adapter le cadre légal pour établir la pratique avancée. Contrairement aux professions médicales et de la psychologie, les professions de la santé ne sont, pour l'heure, réglementées par aucune loi fédérale. La future loi sur les professions de la santé comblera cette lacune en réglementant l'exercice de ces professions (niveau bachelor d'une haute école spécialisée) à l'échelle nationale. La question d'y intégrer le master ou la pratique avancée et d'y fixer les compétences à maîtriser reste ouverte.

### Soins

Les métiers des soins infirmiers sont les plus aboutis en termes de pratique avancée, aussi bien au niveau international qu'en Suisse. Le passage en revue de la littérature spécialisée sur l'efficacité des infirmiers de pratique avancée (IPA) dans les soins hospitaliers et ambulatoires montre que leur intervention permet de maintenir, si ce n'est d'augmenter, la qualité des soins. En Suisse, les infirmiers titulaires d'un master (MSc) contribuent au développement de la pratique professionnelle, encadrent le personnel soignant, prennent en charge des cas complexes et prodiguent des conseils aux proches. Toutefois, leur profil professionnel n'est pas encore clairement défini. Les experts interrogés estiment particulièrement judicieux, pour la Suisse, que les IPA intègrent des équipes interdisciplinaires, qu'ils soient impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques et multiples ou dans les soins de longue durée et palliatifs ; ils assumeraient des tâches relevant de la gestion des cas, ce qui déchargerait les médecins. Par contre, il ne leur semble pas indiqué de les charger de prescrire des médicaments ou d'effectuer d'autres tâches médicales. Selon les experts, il serait vivement souhaitable que la formation en pratique avancée soit réglementée dans la loi sur les professions de la santé ; le niveau master serait exigé pour les soins infirmiers. L'association professionnelle propose en outre de créer un registre des infirmières de pratique avancée (IPA).

### Sage-femme

Pour justifier d'une pratique avancée, les sages-femmes doivent, dans de nombreux pays, être titulaires d'un master, avoir suivi une formation continue dans le domaine clinique et avoir de l'expérience sur le terrain. Le passage en revue de la littérature spécialisée montre que les sages-femmes PA peuvent assumer certaines tâches médicales, à qualité de traitement égale. De nombreuses études tendent également à encourager le renforcement des modèles de soins dirigés par des sages-femmes ; en effet, ces modèles ont un impact positif sur la satisfaction des clientes, sur la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur les coûts de traitement et d'assistance. De l'avis des experts sondés, les sages-femmes indépendantes sont, aujourd'hui déjà, de par leur statut (exercice de la profession sous leur propre responsabilité) et leur profil professionnel, comparables à des sages-femmes PA. Leur potentiel pourrait être exploité dans le suivi physiologique des mères et des nouveau-nés, en milieu hospitalier ou ambulatoire, domaine dans lequel le renforcement du rôle des sages-femmes semble plus prometteur que le

développement de nouveaux profils professionnels. Les professionnels ne sont pas encore unanimes sur le fait d'exiger un master, en Suisse également, pour faire valoir la pratique avancée. La différenciation des profils professionnels (compétences de base versus compétences élargies) doit également être discutée.

### Physiothérapeute

Dans différents pays, en Grande-Bretagne notamment, les physiothérapeutes ont développé leurs compétences. Cette démarche a été couronnée de succès : temps d'attente et coûts de traitement réduits, spécialistes moins sollicités, satisfaction des patients augmentée. Le profil professionnel intégrant la pratique avancée est nettement axé sur la pratique clinique, aussi bien au niveau international qu'en Suisse. Une formation continue conditionne certes l'exercice de cette fonction, mais le master n'est pas requis. Les experts interrogés estiment que le master (MSc) n'est pas obligatoire pour exercer selon la pratique avancée. En revanche, il serait judicieux que les physiothérapeutes PA puissent traiter des patients hors prescription médicale et qu'ils puissent décider eux-mêmes de les adresser à un spécialiste. De leur avis, la réglementation et la rémunération de l'« accès direct » sont prioritaires, et la réglementation légale de la pratique avancée doit être repoussée en vue de savoir plus précisément quelles seront les retombées sur la pratique professionnelle de la « tertiarisation » de la formation et des nouveaux modèles de soins.

### Ergothérapeute

Le recours à des ergothérapeutes PA est évoqué dans la littérature spécialisée surtout dans le domaine hospitalier. Il apparaît que la formation continue dans le domaine clinique et l'expérience sont exigées beaucoup plus souvent que le master. Les experts interrogés pensent également qu'il n'est pas judicieux de lier la pratique avancée en ergothérapie à l'obtention d'un master, bien que l'approfondissement des connaissances scientifiques fasse partie intégrante du profil. Un master of advanced studies (MAS) serait envisageable. Le recours aux ergothérapeutes PA en Suisse pourrait être développé dans la gestion de cas dans les modèles de soins interdisciplinaires, l'accompagnement des malades chroniques, la réadaptation, la réadaptation professionnelle, la gériatrie, la promotion de la santé et la prévention. Il s'agirait alors non seulement de réglementer les droits liés à l'exercice de la profession selon la pratique avancée, mais aussi d'adapter les règles de rémunération et de les étendre au domaine de la prévention.

## Diététicien

Dans les pays développés tels que les Etats-Unis, les diététiciens PA sont la plupart du temps titulaires d'un master, ce qui inclut généralement une spécialisation dans un domaine en particulier. L'intégration plus poussée des diététiciens au sein d'équipes interdisciplinaires (milieu hospitalier et ambulatoire) influe positivement, selon les études à disposition, sur la qualité des soins et le potentiel d'économie. Les experts interrogés considèrent qu'il est nécessaire de mettre sur pied un grade master pour cette profession ; par contre, ils ne jugent pas pertinent de conditionner la pratique avancée à l'obtention de ce diplôme. Les diététiciens ne sont pas unanimes quant au développement des profils professionnels. Les diététiciens PA pourraient intégrer des équipes de soins hospitaliers ou intervenir dans les domaines de la santé publique, de la prévention ou encore de la gérontologie. Deux expertes sont favorables à un élargissement des compétences dès le bachelor (possibilités au traitement initial), les tâches relevant du diagnostic ou de la prescription (p. ex. : nutrition clinique) n'étant effectuées qu'au niveau PA.

## Conclusions

Concernant l'intégration dans les soins médicaux de base des professionnels de la santé, le bilan actuel des discussions est le suivant :

- Aujourd'hui déjà, des professionnels qualifiés du système de santé assument des rôles élargis correspondant à la pratique avancée : les infirmiers titulaires d'un master, mais aussi des professionnels expérimentés rattachés à des équipes interdisciplinaires ou encore les indépendants. Tous les groupes professionnels considèrent qu'il est nécessaire de réglementer le profil professionnel inhérent à la pratique avancée, dans la loi sur les professions de la santé, p. ex., et d'adapter les règles en matière de rémunération. Il leur semble tout aussi important de mieux exploiter et reconnaître les compétences dont disposent déjà les professionnels.

- En renforçant le rôle des professionnels de la santé, on entend améliorer la qualité des soins, notamment au travers d'un système de santé basé sur l'interconnexion et l'interdisciplinarité. En outre, l'élargissement des options de formation et de carrière rend plus attrayants les métiers de la santé. Le degré de professionnalisation et de formation progresse dans toutes les professions de la santé ; le défi à relever, notamment pour les plus petits groupes professionnels, consistera à assurer des programmes de formation de façon à couvrir les coûts. Vu que les nouveaux profils professionnels ne sont pas encore réglementés et vu l'ampleur des

coûts, l'avantage d'une formation initiale et continue reste incertain.

- Certains groupes professionnels ne sont pas encore parvenus à décider si la pratique avancée devait être liée à l'obtention d'un master of science (MSc) ou d'un MAS. Il leur semble toutefois évident que lorsqu'un professionnel justifie d'une expertise pratique approfondie et de connaissances étendues (également fondées d'un point de vue scientifique) dans un domaine, il doit disposer de davantage de compétences décisionnelles. En Suisse, la pratique avancée est centrée sur la (co)-gestion des cas au sein d'une équipe interdisciplinaire. Il pourrait également être judicieux de déléguer d'autres compétences comme la pose d'un diagnostic ou la prescription de moyens auxiliaires ou de médicaments, mais il ne s'agit pas, pour l'heure, d'une priorité en Suisse (contrairement à des pays ayant déjà recours à la pratique avancée).

- L'analyse de la littérature a montré que la pratique avancée peut être exploitée dans des domaines et des modèles de soins très divers, le plus souvent dans de nouvelles offres en matière de prévention, de réadaptation ou lors du passage du domaine ambulatoire au domaine hospitalier. De nombreuses études confirment que les professionnels PA peuvent assumer des tâches médicales et qu'ils obtiennent des résultats comparables à ceux atteints par les médecins. Il est difficile de formuler des affirmations générales concernant les coûts. Les discussions n'ont toutefois conclu à aucune conséquence financière néfaste.

- Les professionnels de la santé non médecins en Suisse espèrent que l'établissement de la pratique avancée permettra de préciser le profil de leur expertise aussi bien vis-à-vis des autres professionnels que de la population en général. Ils souhaitent que ces discussions permettent aux groupes professionnels de s'entendre sur leurs rôles et leurs tâches en amont de la future réglementation. Les plus petits groupes craignent toutefois que la réglementation de la pratique avancée fixe des exigences trop élevées ou trop strictes (p. ex., master requis) qui pénaliseraient les professionnels expérimentés et titulaires d'un ancien diplôme, remettant ainsi en cause leurs droits en matière d'exercice (p. ex., activité indépendante dès le bachelor). D'aucuns ont également souligné que les groupes professionnels souhaitaient clarifier ensemble leurs rôles respectifs tout en se réservant la possibilité de fixer les normes encadrant les nouveaux profils professionnels chacun de leur côté.

## 1 Situation initiale et problématique

### 1.1 Situation initiale

A la fin des années 2010, différentes études ont mis en évidence que la Suisse fait face à une pénurie de personnel de santé (cf. CDS-OdASanté 2009, Jaccard Ruedin et al., 2009), qui touche aussi bien les professions universitaires, en particulier les médecins, que les autres professions de la santé non médicales, notamment les infirmiers.

En 2009, la cheffe du Département fédéral de l'économie (DFE) d'alors, la Conseillère Doris Leuthard, a chargé l'Office fédéral de la formation professionnelle (OFFT) d'élaborer un nouveau rapport sur la formation dans le domaine des soins et de présenter des solutions en la matière. Le rapport (DFE 2010) propose ainsi un Masterplan « Formation aux professions des soins », qui vise à pallier les lacunes entre le besoin en soins prévisionnel et le nombre de diplômés des formations dans le domaine des soins ainsi qu'à limiter la dépendance de la Suisse vis-à-vis d'une main-d'œuvre étrangère. Dans sa réponse à un postulat de la Conseillère nationale Jacqueline Fehr (2011) sur les besoins accrus en professionnels de la santé, le Conseil fédéral reconnaît également les besoins supplémentaires dans les professions médico-thérapeutiques (physiothérapie, ergothérapie, etc.), bien que dans une mesure nettement moindre que s'agissant des professions des soins. Le projet « Du personnel qualifié pour la Suisse » (DEFR 2013, DFE 2011), qui a été lancé en vue de réduire la pénurie de main d'œuvre dans son ensemble, intervient de fait également au niveau personnel de santé.

Dès 2008, la Conseillère nationale Jacqueline Fehr avait déposé une motion dans le but de lutter contre la pénurie de médecins et d'encourager les soins médicaux de base (Fehr 2008). L'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » a vu le jour deux ans plus tard. Elle a ensuite été retirée au profit du contre-projet direct du Conseil fédéral et du Masterplan « Médecine de famille et médecine de base », conçus pour répondre à ces deux exigences (OFSP 2012). Ce Masterplan porte en premier lieu sur la formation médicale ainsi que sur les nouveaux modèles de soins intégrés, qui visent notamment à renforcer les liens entre les médecins et les autres professions médicales.

En réaction au rejet du projet dit de « Managed Care » en juin 2012, le conseiller national Ignazio Cassis a déposé le postulat « Pour une délégation de tâches dans le système de santé suisse », qui chargeait le Conseil fédéral d'analyser le potentiel qu'offre la délégation de tâches (ou « task shifting ») de médecins aux professionnels de la santé dans les soins médicaux de base. Les solutions visant à combler les éventuelles lacunes entre les besoins en soins de la population et les effectifs des professionnels de santé s'articulent autour de deux grands axes, les mesures intervenant d'une part au niveau de la formation (tertiarisation) et d'autre part au niveau de la prise en charge (p. ex., promotion de modèles de soins intégrés).

Au vu des différents développements esquissés, la division Professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est amenée à examiner de manière plus approfondie les problématiques ayant trait aux soins médicaux et à l'évolution continue des professions de la santé non médicales. Il s'agit ainsi de disposer d'une vue d'ensemble actualisée du recours aux **professionnels de santé hautement qualifiés** (formations professionnelles supérieures, bachelor/master, pratique avancée) dans les **soins, pour les sages-femmes, la physiothérapie, l'ergothérapie ainsi que la nutrition et la diététique**.

L'élaboration de cette étude a été confiée au Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS), un organisme indépendant.

Ainsi, la démarche de l'étude doit s'appuyer sur l'examen de la littérature spécialisée intitulé « Prise en charge médicale ambulatoire : possibilités de substitution des médecins de premier recours par d'autres



groupes professionnels » (Künzi/Detzel 2007) et réalisé par le Bureau d'études BASS en 2007 sur mandat de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan, Document de travail 27), et dont elle constitue une mise à jour.

## 1.2 Problématiques

L'étude se doit tout d'abord de dresser un état des lieux des professions de la santé non médicales évoquées précédemment en Suisse et dans les pays voisins (en s'intéressant principalement à la pratique avancée, dans les secteurs hospitalier et ambulatoire), compte tenu essentiellement des nouvelles bases juridiques, du contexte politique et du Masterplan relatif aux professions de la santé. Deuxièmement, l'étude entend proposer une vue d'ensemble de la littérature dans les pays qui disposent déjà, en comparaison avec la Suisse, d'une expérience plus poussée du recours à ces professions. Enfin, il s'agira de recueillir les évaluations d'experts concernant la question d'une possible mise en pratique des solutions proposées dans ces documents.

L'étude doit apporter des réponses aux **problématiques** suivantes :

■ Quelle est la situation actuelle des professionnels de la santé hautement qualifiés (formations professionnelles supérieures, bachelor/master, pratique avancée) dans les soins, l'obstétrique, la physiothérapie, l'ergothérapie et la diététique en Suisse eu égard aux bases juridiques, au contexte politique et à la planification, en particulier concernant la pratique avancée dans les secteurs hospitalier et ambulatoire ?

■ En Suisse, quelles sont les attentes concernant les professions de la santé non médicales universitaires ? Quels sont les nouveaux profils professionnels qui se dessinent ? Quelles sont les impulsions en faveur des hautes écoles et des organisations s'engageant activement dans la définition des profils professionnels et quels sont les défis auxquels ces dernières sont confrontées ? A cet égard, quelle distinction pertinente établir entre les métiers des soins et les rôles dans les soins (en tant que vaste conglomerat de domaines d'intervention) ?

■ Quelle est l'importance d'un diplôme master dans ces professions de la santé non médicales ? S'agit-il d'une catégorie professionnelle entièrement nouvelle ? Ouvrirait-elle de nouveaux domaines d'intervention par rapport au bachelor ou aux anciens diplômes ? Les titulaires d'un master pourraient-ils p. ex. se voir octroyer davantage de compétences sans délégation/prescription médicale ? A ce titre, il est particulièrement intéressant de savoir ce que l'autorisation de pratiquer prévoit concernant le droit en matière de traitement initial, les règles de rémunération, la facturation, le droit d'ordonner un diagnostic (p. ex. examens en laboratoire, radiographie, etc.), le droit de prescrire des thérapies/médicaments et d'établir des certificats d'incapacité de travail pour les patients ainsi que la responsabilité/responsabilité civile.

■ Quelle est l'importance des examens professionnels supérieurs qu'élabore le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI, anciennement Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie, OFFT) en collaboration avec l'organisation faîtière nationale du monde du travail en santé (OdASanté) ? Dans quelle mesure en résulte-t-il une concurrence avec les formations de niveau master ?

■ Quels domaines d'intervention (innovants) de la pratique avancée dans les professions de la santé non médicales apparaissent dans la littérature internationale ? Et de quelle manière l'efficacité (effets sur la santé) et les coûts sont-ils évalués ? Comment les experts évaluent-ils les possibilités de mise en pratique en Suisse (à court, moyen et long termes) ?



### 1.3 Structure du rapport

Le rapport est organisé selon le plan suivant : le chapitre 2 décrit plus en détail l'approche méthodologique et les sources d'information utilisées, et le chapitre 3 propose une vue d'ensemble des conditions-cadre pour l'évolution des professions de la santé en Suisse, compte tenu notamment des conditions légales et des réformes politiques. Pour commencer, on s'efforcera par ailleurs de définir plus précisément le terme de pratique avancée (« Advanced Practice ») en tant qu'extension de la pratique professionnelle traditionnelle. Les chapitres suivants, numérotés de 4 à 8, constituent le cœur de la vue d'ensemble proposée et présentent les résultats tirés de l'analyse de la littérature et des entretiens d'experts pour les différents groupes professionnels. Pour terminer, les auteurs s'attacheront à répondre aux problématiques posées à la lumière des connaissances acquises.

## 2 Méthodologie

La présente étude s'appuie essentiellement sur deux types de sources pour la collecte d'informations :

- d'une part sur des recherches effectuées dans la littérature et sur une analyse des documents, et
- d'autre part sur des entretiens d'experts, réalisés auprès de représentants professionnels et d'acteurs de la politique de la santé.

Les différentes étapes et les sources d'information correspondantes seront décrites brièvement dans la section suivante.

### 2.1 Situation actuelle en Suisse

Dans un premier temps, les interventions de pratique avancée (niveau master) en Suisse dans les soins, l'obstétrique, la physiothérapie, l'ergothérapie et la diététique ont été passées en revue, ainsi que les conditions légales (éventuelles) idoines, la question clé consistant à déterminer dans quelles mesures ces interventions ont lieu à l'heure actuelle et pourraient avoir lieu à l'avenir.

Au préalable, les termes principaux en lien avec la pratique avancée dans les professions de la santé non médicales ont été définis. Les définitions et les profils professionnels se rapportant à chaque groupe professionnel (exigences en termes de formation et d'expérience) ainsi que des informations sur le recours au personnel hautement qualifié en Suisse sont disponibles dans les chapitres 4 à 8.

Dans l'optique de combler les lacunes en matière de couverture des besoins, aussi bien le contexte politique que le Masterplan portant sur la formation aux professions de la santé correspondantes sont analysés ; à cette fin, l'accent est mis sur les conditions dans lesquelles les profils professionnels de type « Advanced Practice » pourraient être amenés à évoluer en Suisse.

L'approche de travail adoptée concernant les recherches documentaires (y c. pour les bases légales) est de type méthodique. Les entretiens d'experts ont également été étudiés pour l'évaluation de la situation actuelle (cf. paragraphe suivant, 2.3).

### 2.2 Aperçu de la littérature des pays « expérimentés »

La deuxième étape de travail avait pour but de documenter plus amplement les innovations portant sur le travail de pratique avancée des professionnels de la santé dans les soins, l'obstétrique, la physiothérapie, l'ergothérapie et la diététique dans les secteurs ambulatoire et hospitalier, et dans les soins généralistes et spécialisés. L'analyse de la littérature est axée sur l'efficacité des interventions, au sens des effets sur la santé, et l'approche adoptée pour la vue d'ensemble de la littérature s'inspire largement de celle déjà employée pour l'étude de l'Obsan (cf. Künzi/Detzel 2007).

L'étude a ainsi porté sur la situation dans les **pays** suivants (outre la Suisse) et sur la littérature correspondante :

- Allemagne (notamment le rapport sur les professions universitaires), Autriche, France ;
- Pays-Bas ;
- Danemark, Finlande, Suède ;
- Etats-Unis ;
- Canada ;
- Australie, Nouvelle-Zélande ;
- ponctuellement, d'autres pays.

A cet égard, il convient de tenir compte de la grande variété que présentent ces pays en termes de taille et de systèmes de santé, ce qui complique souvent les comparaisons.

L'analyse a principalement porté sur des revues scientifiques « peer-reviewed », et a tenu compte de la **littérature parue jusqu'au mois de juin 2013 environ**.

Les **banques de données** suivantes ont été systématiquement consultées (par ordre alphabétique) :

- CINAHL (National League for Nursing et American Nurses' Association) ;
- Cochrane Library (études médicales de premier plan de la Cochrane Collaboration) ;
- Medline / PubMed (National Library of Medicine, Etats-Unis) ;
- NHS Evidence (littérature scientifique du National Health Service (NHS) britannique, gérée par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE)) ;
- Saphir (pour Swiss Automated Public Health Information Resources, réseau de bibliothèques et centres de documentation suisses spécialisés en santé publique) ;
- SpringerLink (bibliographie électronique de la littérature mondiale) ;
- Web Of Science (vaste base de données bibliographiques multidisciplinaires avec références à des articles de journaux, d'ouvrages et de comptes rendus, notamment dans les sciences naturelles et les sciences sociales)<sup>1</sup>.

Les documents obtenus ont été passés en revue, triés et analysés. Pour les articles clés, le texte intégral a été pris en considération (et non le seul résumé).

La **stratégie de recherche** était fondée sur les professions, à savoir les termes soins, obstétrique/sages-femmes, physiothérapie, ergothérapie et diététique, en lien avec l'expression « rôles innovants » (« Advanced Practice », « Extended Scope », spécialiste, expert/-e, innovant). Les **langues** prises en compte pour la recherche étaient l'allemand, l'anglais et le français.

D'un point de vue méthodologique, un premier **classement des études** a été réalisé selon les critères suivants :

- les études comparatives sans répartition aléatoire en groupes de contrôle et de référence sont marquées par [CT], pour « Controlled Trial » (essai contrôlé) ;
- en présence d'une répartition aléatoire entre les différents acteurs, ces études sont signalées par [RCT], pour « Randomized Controlled Trial » (essai contrôlé randomisé) ;
- les études qualitatives sont assorties d'un [Q], pour « Qualitative Study » ;
- aucune mention n'est apportée pour les analyses de la littérature ou les études descriptives.

Il convient de noter que la présente vue d'ensemble de la littérature ne prétend pas constituer une méta-analyse systématique. La qualité des études utilisées n'a pas fait l'objet d'un contrôle approfondi (protocole de recherche, taille des échantillons, etc.) ; il s'agissait en effet davantage de recueillir la littérature ayant trait aux problématiques et d'en proposer une description.

### 2.3 Entretiens avec des experts

Dans le cadre de l'étude, douze entretiens ont pu être menés avec différents acteurs :

- un expert / représentant d'association de chaque branche professionnelle (cinq entretiens),
- un expert du domaine des hautes écoles de chaque branche professionnelle (cinq entretiens),
- deux experts de la politique de la santé (CDS, OFFT ; deux entretiens).

---

<sup>1</sup> Afin d'éliminer toute incertitude, une recherche dans « Google Scholar » a également été réalisée.

## 2 Méthodologie

En particulier, les experts ont également permis d'évaluer la possibilité d'une transposition des connaissances tirées de la littérature à la situation (politique) en Suisse. Les interlocuteurs spécifiques pour les douze entretiens ont été désignés conjointement avec l'organisme mandataire. Il est important de noter qu'étant donné le faible nombre d'interviews menées, une opinion particulière peut influencer grandement la conclusion.

Les entretiens ont été réalisés dans le cadre d'entrevues en face à face, hormis une (par téléphone). Les interviews, qui suivaient un guide d'entretien (instrument de collecte des données), ont été enregistrées puis consignées dans un procès-verbal. Ce dernier a été soumis aux personnes concernées pour validation avant l'analyse de contenu.

### 3 Conditions-cadre de l'évolution des professions de la santé en Suisse

L'un des buts de la vue d'ensemble de la littérature consistait à documenter les « innovations » dans le recours aux professionnels de la santé hautement qualifiés au sens d'un rôle élargi. La littérature comportait différents termes désignant les innovations correspondant à une telle extension de la pratique professionnelle traditionnelle. Le présent chapitre s'intéresse en outre aux conditions légales sous lesquelles la pratique avancée pourrait évoluer en Suisse.

#### 3.1 Le terme « pratique avancée »

De manière générale (même si la définition diffère légèrement d'une profession à l'autre), le terme « **pratique avancée** » (**PA**) (ou « Advanced Practice ») désigne une pratique s'inscrivant dans un continuum dans lequel les praticiens développent leurs connaissances, compétences et comportements professionnels à un niveau élevé. Ils sont ainsi qualifiés pour agir avec davantage de sécurité et d'efficacité, dans des situations plus complexes et avec une autonomie, une responsabilité clinique et une obligation de rendre compte accrues. Ils interviennent dans divers domaines, tant dans la pratique généraliste que dans le cadre de différentes spécialisations (Council for Healthcare Regulatory Excellence, 2009). Il convient de distinguer d'« Advanced Practice » les termes « Extended Scope of Practice » et « Spécialiste ».

**Extended Scope of Practice** (ESP) désigne les spécialistes cliniques qui exercent au-delà du cadre reconnu de la pratique d'un métier dans des rôles innovants ou non traditionnels, c.-à-d. qui assurent des tâches cliniques ou des rôles qui sont généralement dévolus à d'autres professions (Collins et al., 2000).

La question de savoir si le terme « **Spécialiste** » décrit des rôles du même niveau que la pratique avancée ou subordonnés est toutefois débattue (NHS Ecosse 2013, AANPE 2013). Un consensus semble se dégager sur une acception de « spécialiste » par opposition à « généraliste » et non dans le sens d'une opposition « débutant / expert ». Contrairement aux spécialistes, qui exercent dans un contexte spécifique (p. ex. avec certains groupes de patients, avec des connaissances techniques spécifiques ou au sein d'un service défini), les praticiens avancés disposent non seulement d'une vaste expertise dans le champ professionnel, mais aussi des aptitudes requises pour le développement de la pratique professionnelle sur la base des connaissances scientifiques et des nouveaux besoins des patients (SwissANP 2012).

Le terme « **professions de la santé non médicales** », comme on l'entend par exemple dans l'espace francophone, ne se rencontre pas traduit en tant que tel dans la littérature anglophone. Les professions dites « professions soignantes », telles que les sages-femmes, et les « professions thérapeutiques » constituent les grandes sous-catégories de ces professions de la santé non médicales (en partie aussi nommées professions médicales). On retrouve aussi fréquemment dans la littérature anglophone le terme « **Allied Health Professionals** », qui recouvre l'ensemble des professionnels de la santé non médecins, à l'exception des professions soignantes (donc sans les sages-femmes). En Grande-Bretagne, les « **Allied Health Professionals** » incluent p. ex. les professions suivantes : physiothérapeute, ergothérapeute, diététicien, orthoptiste, ambulancier, orthophoniste, assistant en radiologie, podologue, art-thérapeute (Comans et al., 2011).

#### 3.2 Politique et bases de l'environnement de l'évolution des professions de la santé

Une étude du système de santé suisse réalisée par l'OCDE (OECD/OMS 2011) a mis en évidence que celui-ci était encore trop peu préparé à s'adapter aux changements démographiques de demain. La Suisse doit encore renforcer la transition d'une offre axée sur les soins aigus à une offre dans le domaine des soins de longue durée et dans la prévention (développement d'une offre différente dans les hôpitaux, accroisse-

ment de la couverture de base et implication du personnel non médecin). A moins de réformes appropriées, l'augmentation des besoins fera encore grimper le coût du système de santé suisse, qui est d'ores et déjà comparativement élevé. L'objectif sera d'accroître l'efficacité du système, car du fait de l'augmentation des besoins, le personnel de la santé subira une pression accrue. Les soins médicaux de base nécessiteront un personnel plus nombreux (médecins de famille mais aussi professionnels de la santé non médecins spécialisés tels qu'infirmiers, sages-femmes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, etc.), et l'on ne saurait partir du principe que la seule immigration de professionnels de la santé d'origine étrangère peut couvrir les besoins, comme c'est déjà généralement le cas à l'heure actuelle.

Le résumé des différentes évolutions présenté en introduction met en évidence que quelques progrès ont pu être réalisés ces dernières années tant au niveau de la pratique qu'au niveau de la formation, en particulier s'agissant des médecins et des soignants. En revanche, la situation concernant les autres professions de la santé non médicales (sages-femmes, physiothérapie, ergothérapie, diététique, etc.) a bien moins avancé.

Face aux différents défis posés, le Conseil fédéral a formulé pour la politique de la santé des priorités qui seront mises en œuvre de manière échelonnée au cours des prochaines années («**Santé2020**», OFSP 2013). Les mesures et les réformes prévues sont réparties entre les quatre domaines d'action de la qualité de vie, de l'égalité des chances et de la responsabilité individuelle, de la qualité des soins ainsi que de la transparence. Les objectifs visant à promouvoir de nouveaux modèles de soins et à renforcer les mesures dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, puis celui ayant pour but de garantir et de renforcer la qualité des soins revêtent une importance particulière pour le développement des rôles et des profils des professions de la santé non médicales. D'autre part, la modification des conditions-cadre légales est déterminante pour l'évolution et l'établissement des rôles de pratique avancés.

### 3.2.1 Nouveaux modèles de soins

En dépit du rejet du projet de Managed Care le 17 juin 2012, ce cap reste maintenu. De fait, la constitution d'un nouveau groupe de travail de la CDS et de l'OFSP dédié aux nouveaux modèles de soins pour les soins médicaux de base et chargé d'analyser le « skill-mix », autrement dit la répartition des rôles et des attributions entre les différents prestataires, témoigne de la volonté de poursuivre le développement des soins intégrés (Schibli 2012).

Il n'existe à l'heure actuelle aucune réforme de la loi au niveau national qui viserait à incorporer les soins intégrés dans le système de santé. Au niveau cantonal, différentes mesures ont été entreprises en ce sens. Plusieurs institutions de formation ont vu le lancement de projets visant à améliorer la collaboration et la coordination entre les professions de la santé (modules de formation interprofessionnels dans des hautes écoles spécialisées (HES), p. ex., ZHAW ; cours sur les soins intégrés à l'intention des étudiants en médecine à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, cf. Ninane et al., 2010). De tels programmes devraient contribuer à faciliter la mise en œuvre des modèles de soins intégrés dans la pratique, même si la discussion se concentre actuellement, pour l'essentiel, sur les médecins et le personnel soignant. Les sages-femmes, les ergothérapeutes et les autres professionnels de la santé non médecins ne sont encore guère impliqués dans le débat – il ne faudrait pas ici oublier d'intégrer les pharmaciens.

La stratégie nationale en matière de démence et la stratégie soins palliatifs constituent également des domaines dans lesquels le développement de nouveaux modèles de soins pourrait préparer le terrain pour le recours à des praticiens avancés<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Cf. descriptifs de projets publiés via la plate-forme permanente de la Confédération et des cantons (OFSP, CDS) concernant la politique de la santé et Dialogue Politique nationale suisse de la santé sur le site [www.santenationale.ch](http://www.santenationale.ch) (état au 15.8.2013).

### 3.2.2 Conditions-cadre légales

Les conditions-cadre légales déterminantes pour les professions de la santé non médicales sont régies par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et essentiellement par les lois cantonales.

Ce sont les cantons qui délivrent les autorisations pour l'exercice de professions de la santé. Contrairement aux professions médicales (loi fédérale sur les professions médicales universitaires, LPMéd) et aux professions de la psychologie (loi sur les professions de la psychologie, LPsy, en vigueur depuis le 1.4.2013), il n'existe actuellement aucune loi fédérale régissant l'exercice des professions de la santé. Les cantons sont dotés de bases légales différentes, généralement dans le cadre des lois ou des ordonnances sur la santé : p. ex. dans le canton de Zurich dans la LSP, LS 810.1 ou l'ordonnance sur les professions médicales non universitaires (nuMedBV), ou encore dans le canton de Berne, dans l'ordonnance sur les activités professionnelles dans le secteur sanitaire (ordonnance sur la santé publique, OSP ; RSB 811.111). Les différents professionnels de la santé doivent être titulaires d'une autorisation du Service du médecin cantonal compétent ou du Service de la santé publique pour exercer leur métier en tant qu'indépendants.

Aucune loi ne régit la pratique avancée au niveau fédéral. En particulier, la pratique professionnelle standard des sages-femmes indépendantes ou des soignants spécialisés peut déjà être considérée comme relevant de la pratique avancée (cf. paragraphes 4.3 et 5.2). On citera notamment dans ce contexte l'initiative Joder (2011) « LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant », et en particulier la loi sur les professions de la santé (LPSan), en préparation à l'été 2013. D'après Koch (2012), l'objectif visé consiste à créer une loi comparable à la LPMéd et à la LPsy. Il s'agit de régler l'exercice des professions de la santé au niveau HES (Bachelor BSc), à savoir les ergothérapeutes, les diététiciens, les sages-femmes, les infirmiers et les physiothérapeutes. A l'instar de la LPMéd, la LPSan pourrait être structurée de la manière suivante :

- Formation (principes et objectifs de la formation, compétences finales, examens et diplômes, critères d'accréditation, contrôles de la qualité) ;
- Exercice de la profession et formation continue (régime d'autorisation, obligation de déclarer, conditions requises pour l'octroi de l'autorisation, devoirs professionnels).

Koch (2012) explique plus loin que les diplômes du degré tertiaire (des écoles supérieures (ES), des anciennes formations diplômantes et des HES) devraient être intégrés dans la LPSan. La question d'y intégrer le master (MSc) ou la pratique avancée et d'y fixer les compétences finales correspondantes reste ouverte.

Les informations disponibles permettent de conclure qu'il n'existe à l'heure actuelle, outre les soins, aucun projet concret ni « Masterplan » visant à modifier les lois dans le domaine de la formation pour les différentes professions de la santé non médicales. Les professions seront toutefois touchées par la conception et la mise en œuvre définitives de la loi sur les professions de la santé et par l'initiative du DEFR « Du personnel qualifié pour la Suisse », qui en est encore stade de la conceptualisation. Il est encore difficile de savoir dans quelle mesure et à quel moment cette initiative produira des effets sur les professions de la santé et la législation en la matière.



## 4 Soins

### 4.1 Pratique avancée dans les professions des soins – Examen de la littérature spécialisée

Ces dernières années, les discussions sur le développement des professions de la santé non médicales se sont intensifiées dans de nombreux pays ; certains d'entre eux ont introduit des profils professionnels de pratique avancée ou précisé davantage les profils professionnels au moyen de bases légales. Ce travail de réflexion intensif a entraîné la production d'une large palette de publications sur la question, notamment dans le domaine des soins : d'une part, du fait que certains pays recourent depuis longtemps à des « Nurse Practitioners » (infirmiers praticiens) ou à des « Advanced Nurse Practitioners » (infirmiers en pratique avancée, IPA) et d'autre part, en raison du rôle de pionnier que jouent ces groupes professionnels dans de nombreux pays, y c. en Suisse, dans l'introduction de la pratique avancée. Une grande majorité des études scientifiques proviennent une fois encore de pays expérimentés (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni), tandis que le nombre de publications provenant d'autres pays a augmenté.

Les recherches dans la littérature se sont concentrées sur les études d'ensemble ou en essai contrôlé randomisé portant sur l'**efficacité** (en termes de coûts et de résultat thérapeutique) des Advanced Nurse Practitioners ; les recherches ont porté sur les publications parues entre 2006 et juin 2013 environ. Après que les premières évaluations ont mis en évidence l'attention accrue portée à la prescription de médicaments par les Nurse Practitioners, des recherches complémentaires ont été réalisées avec le mot-clé « prescription privilèges » et un état des lieux de la législation nationale a été ponctuellement réalisé. De cette manière, 75 articles et études ont été consultés, parmi lesquels ont été retenus 35 articles, dont les résultats et le contenu présentaient l'efficacité et le champ d'intervention des Nurse Practitioners.

#### 4.1.1 Terminologie

Dans la littérature anglophone, le terme « Advanced Practice » n'est que rarement utilisé dans les dénominations professionnelles. Ainsi, la désignation **Nurse Practitioner (NP)** s'est imposée dans les soins médicaux de base, tandis que l'on parle de **Clinical Nurse Specialists (CNS)** dans le domaine hospitalier. Bien que l'on emploie également la désignation Advanced Nurse Practitioner (ANP), la distinction entre NP et ANP est définie différemment selon le contexte national et le niveau de réglementation. Ainsi, les « Advanced Practice Nurses » (infirmiers en pratique avancée IPA) en Australie sont dotés de compétences moins étendues que les NP, tandis que les termes ANP et NP sont utilisés en tant que synonymes en Grande-Bretagne. D'un niveau hiérarchique supérieur, les **Nurse Consultants** y disposent de plus d'expérience, de compétences et de responsabilités. La définition des compétences professionnelles dites « avancées » dépend par ailleurs du niveau de développement et d'établissement de la pratique avancée dans le contexte national concerné. Dans les pays qui n'ont que récemment entamé les discussions concernant l'extension des profils professionnels traditionnels, certaines compétences sont considérées comme « avancées » alors qu'elles font déjà partie intégrante de la pratique professionnelle dans des pays recourant de longue date aux NP, tels que les Etats-Unis (cf. Delamaire et al., 2010, 24ss.).

Par conséquent, la définition du Conseil international des infirmières (CII) ne précise pas expressément les pratiques professionnelles entraînant la qualification au titre de « Nurse Practitioner » :

A Nurse Practitioner / Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master's degree is recommended for entry level.

La réglementation, les normes professionnelles, les critères de formation et les compétences demandées aux NP dans les différents pays sont traités au chapitre suivant (4.1.2).

Le développement des profils professionnels dans la couverture sanitaire est indissociablement lié à l'évolution des nouveaux modèles de soins. Les pays tels que les Etats-Unis ou la Grande-Bretagne ont vu émerger des modèles dans lesquels les NP occupent une place de premier plan dans la prise en charge des patients et sont responsables de la gestion des cas. Ainsi, il existe dans le domaine hospitalier des services destinés à certains groupes de patients (« **nurse-led clinic** », p. ex. pour les maladies des voies respiratoires, le cancer ou le diabète) ; dans les soins médicaux de base, on désigne par « **nurse-led care** » :

a model of care where nurses who practice at an extended role, assume their own patient case loads and perform nursing interventions which include monitoring of patients' condition, providing patient education, giving psychosocial support and referring appropriately. (Ndosi et al. 2001)

Le suivi complet des patients, qui doit aussi proposer, au-delà du curatif, des mesures en vue de la promotion de la santé et de capacités d'auto-soins par les patients, constitue une caractéristique essentielle de tels concepts de soins, qui de ce fait sont également appelés « **patient-centered models of care** ». Ces modèles de soins axés sur le patient intègrent non seulement les soins et les thérapies aigus en cas de maladie, mais visent aussi à améliorer et/ou à stabiliser durablement l'état de santé des patients. Dans ces modèles, la promotion de la santé et la prévention font partie intégrante de la prise en charge, notamment pour les maladies chroniques ou les personnes atteintes de multimorbidité.

#### 4.1.2 Réglementation et normes

La réglementation en vigueur dans chaque pays concernant les soins médicaux (de base) et les modèles de rémunération exerce une influence déterminante sur l'évolution et l'établissement des rôles de pratique avancée. Ainsi, d'après Delamaire et al. (2010), il est plus simple d'introduire de nouveaux modèles de « task sharing » et de collaboration interprofessionnelle dans les pays où les soins médicaux de base sont assurés principalement par des cabinets de groupe que dans les pays tels que la Belgique ou la France, où les médecins exercent surtout dans des cabinets privés. Delamaire et al. (2010) considèrent généralement que les modèles de rémunération forfaitaires (forfaits par tête ou par cas) et des salaires mensuels fixes favorisent l'emploi de NP, tandis que les rémunérations à l'acte (« fee-for-service ») tendraient plutôt à l'entraver. La section ci-après présente brièvement un état des lieux de l'évolution dans les différents pays. La vue d'ensemble proposée ci-après met en évidence que même dans les pays expérimentés, la proportion de (Advanced) Nurse Practitioners reste relativement modeste en comparaison avec les effectifs totaux du personnel infirmier.

Tableau 1: Réglementation et effectifs des (Advanced) Nurse Practitioners (état : 2012)

	Niveau de formation	Titre	Titre protégé	Effectifs/Part	Réglementation	Droit de prescription
<b>Etats-Unis</b>	Master	APRN	oui	167 000 (6,3 %)	états	oui, dans les 50 états
<b>Nouvelle-Zélande</b>	Master	NP	oui	103 (0,2 %)	national	oui, après une formation complémentaire ; standard à partir de 2014
<b>Australie</b>	Master	NP	oui	736 (0,2 %)	national	oui
<b>Irlande</b>	Master	ANP	oui	112 (0,1 %)	national	oui, après une formation complémentaire
<b>Royaume-Uni</b>	prévu : Master	ANP	non	n.a. /		oui, après une formation complémentaire

Sources : Delamaire et al. (2010), American Bureau of Labor Statistics (Bureau américain des statistiques du travail, [www.bls.gov](http://www.bls.gov)), Nursing Council of New Zealand (Conseil des soins infirmiers de Nouvelle-Zélande ; rapport annuel 2012), AHPRA (Agence australienne de régulation des praticiens de santé ; rapport annuel 2011/12), registre An Bord Altranais (Conseil irlandais des soins infirmiers ; statistiques 2012)

De Geest et al. (2008) [Q] analysent cinq facteurs qui influencent de façon déterminante l'évolution des rôles d'IPA selon les pays : les besoins en soins, les modèles de pratique, la formation, le personnel du secteur de la santé et le cadre légal et politique. Les besoins en soins de la population constituent un élément primordial, et cette dernière est amenée à connaître dans un proche avenir une augmentation du nombre de personnes âgées et atteintes de maladies chroniques ou de multimorbidité. Par un suivi continu et une bonne éducation de ces patients, le personnel infirmier et les experts en soins pourraient renforcer les capacités de prise en charge autonome (auto-soins) de ces derniers ; leur état de santé est en effet étroitement lié à leur aptitude à gérer leurs troubles au quotidien. Du fait de la pénurie qui se profile aussi au niveau du personnel infirmier, les auteurs estiment qu'il n'est pas envisageable de substituer aux médecins les IPA ; au contraire, il s'agira de veiller au maintien d'une offre de soins de qualité grâce à un « skill-mix » approprié des deux groupes professionnels dans un contexte interdisciplinaire et dans le cadre de nouveaux concepts de soins. Outre la formation et l'évolution de nouvelles structures de soins, l'établissement des rôles d'IPA (dont l'efficacité a été documentée par De Geest et al. au moyen de différentes études) nécessite également une réglementation légale et une réglementation du point de vue de la politique de la santé s'agissant des aspects suivants : la formation, les compétences, les domaines de responsabilité et le financement de ces experts.

■ **Etats-Unis** : Aux Etats-Unis, la réglementation de la pratique avancée intervient au niveau des états fédéraux. De ce fait, les définitions et pratiques concernant les rôles correspondants y sont très hétérogènes. Un modèle de consensus (« Consensus Model for APRN Regulation ») a été développé en 2008 pour uniformiser les prescriptions en matière de formation, d'autorisation d'exercer et d'accréditation ainsi que pour protéger le titre d'APRN. Concrètement, les « Advanced Practitioners » sont réglementés et enregistrés par les chambres professionnelles (Boards of Nursing) et exercent dans l'un des rôles suivants : Nurse Practitioner (NP, infirmier praticien), Clinical Nurse Specialist (CNS, infirmier spécialiste clinique), Nurse Anesthetist (NA, infirmier anesthésiste) et Nurse Midwife (NM, sage-femme), avec une spécialisation dans au moins l'une des six catégories de population (« population foci »), telles que les enfants, les femmes ou les personnes âgées. De nouvelles spécialisations pourraient être ajoutées en fonction des besoins (p. ex. oncologie ou orthopédie). Dans les 50 états, les NP sont autorisés à prescrire des médicaments. Moins de 10 % des infirmiers exercent en tant que NP ou CNS – à noter toutefois que plus de 10 000 nouveaux diplômés obtiennent un master chaque année<sup>3</sup>.

■ **Nouvelle-Zélande** : L'amélioration des possibilités de formation dans le troisième cycle et la modification des bases légales ont conduit à la mise en place, en 2001, du « NP Framework ». Le « Nurse Practitioner » constitue le rôle de pratique avancée déterminant : bien que le titre de « Nurse Specialist » soit également répandu dans le domaine clinique, les directives relatives à la pratique n'existent qu'au niveau local ou institutionnel (cf. Raynel et al., 2010). L'autorisation de pratiquer en tant que NP n'est délivrée qu'à des personnes titulaires d'un master et pouvant justifier d'au moins quatre ans d'expérience professionnelle dans un domaine spécifique<sup>4</sup>. A l'heure actuelle, les NP ont la possibilité de suivre, au cours de leur formation de master, des modules leur permettant de se qualifier pour la prescription de médicaments. Suite à la réforme de la loi sur les médicaments (« Medicines Act ») adoptée mi-2013 et qui devrait entrer en vigueur en juin 2014, la prescription de médicaments sera intégrée en tant qu'élément standard du champ d'exercice des NP (« scope of practice »), et les NP déjà en exercice seront tenus d'obtenir les qualifications supplémentaires (formation pratique en pharmacologie, 100 heures de supervision) ou de suivre la formation postgrade standard. Ces compétences seront vérifiées lors du renouvellement régulier de l'autorisation de pratiquer.

<sup>3</sup> Cf. *Perspectives on NP/ANP in the USA, 2012 Update* ([http://international.aanp.org/pdf/USA\\_APN\\_Perspectives2012.pdf](http://international.aanp.org/pdf/USA_APN_Perspectives2012.pdf), état au 08.07.2013) et le factsheet NP, <http://www.aanp.org/all-about-nps/np-fact-sheet> (état au 8.7.2013).

<sup>4</sup> <http://nursingcouncil.org.nz/Nurses/Scopes-of-practice/Nurse-practitioner>.

■ **Australie** : Le rôle de NP existe depuis 2000. Relevant initialement de la compétence des états fédéraux, la réglementation en la matière a été transférée au niveau national en 2010. Le Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA) définit et met à jour les compétences et les profils professionnels<sup>5</sup> et délivre les autorisations de pratiquer. Le titre de « Nurse Practitioner » ne peut être délivré qu'à des personnes titulaires d'un master et pouvant justifier de trois années d'expérience professionnelle (temps plein) dans un rôle de pratique avancée. Le profil de tâches et de rôles des NP australiens prévoit (entre autres) la possibilité de prescrire de manière autonome des tests diagnostiques et des médicaments ainsi que d'adresser un patient à un médecin. Il faut s'attendre à ce que de nouvelles perspectives d'évolution émergent concernant les rôles de pratique avancée dans le cadre du programme d'innovation et de réforme actuellement mis en œuvre dans le domaine des professions de la santé<sup>6</sup>. Depuis l'étude de l'OCDE réalisée en 2010, le nombre de Nurse Practitioners a quasiment doublé ; toutefois, ils ne représentent toujours qu'environ 0,2 % des effectifs du personnel infirmier (cf. également Barry 2013).

■ **Irlande** : Depuis 2010, le titre « Advanced Nurse Practitioner » est protégé. Le National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (NCNM) définit les normes applicables et tient le registre professionnel. L'autorisation ne peut être délivrée qu'à des personnes titulaires d'un master avec une spécialisation clinique et jouissant d'une expérience professionnelle d'au moins sept ans (dont cinq ans au minimum dans le domaine de spécialité choisi)<sup>7</sup>. Depuis 2007, tous les infirmiers peuvent suivre une formation complémentaire les habilitant à prescrire des médicaments. Chacun de ces « nurse prescribers » (infirmiers prescripteurs) est enregistré auprès de l'Irish Nursing Board (Conseil irlandais des soins infirmiers). Il n'a pas été possible d'obtenir des chiffres actualisés sur les ANP ; selon Delamaire et al. seuls quelque 100 ANP et AMP (Advanced Midwife Practitioners) étaient enregistrés en 2010.

■ **Royaume-Uni/Irlande du Nord** : Au Royaume-Uni, le rôle et l'étendue de l'activité des Advanced Practitioners ne sont pas réglementés ; il existe de nombreux titres pas toujours aisés à délimiter. Ainsi, les « nurse consultants » sont généralement classés dans une catégorie supérieure et assument davantage de fonctions de leadership que les NP, les ANP et les CNS. A l'heure actuelle, un diplôme de master n'est pas encore indispensable pour exercer une fonction d'(A)NP ou de CNS : l'expérience professionnelle et les formations sont des critères importants. Les efforts visant à mettre en place une réglementation uniforme et des titres protégés prévoient d'imposer le niveau master comme un prérequis pour exercer un rôle de pratique avancée (RCN, 2012). Les infirmiers ont la possibilité, à l'issue d'une formation complémentaire adaptée, de se faire enregistrer en tant que « nurse prescriber » et de prescrire des médicaments de manière autonome.

■ **France** : Une formation master dans le domaine des soins existe en France depuis 2009. Selon Delamaire et al. (2010), la définition centralisée et très détaillée des compétences des professions de la santé entrave fortement l'évolution des rôles de pratique avancée. Néanmoins, des bases légales ont été créées en vue de promouvoir la collaboration interprofessionnelle, à l'issue d'une phase pilote qui a permis de tester de nouvelles formes de coopération sur la base de directives de traitement élaborées conjointement par des médecins et des soignants et ouvrant aussi des possibilités de task-shifting. Ces directives de traitement doivent être validées par les autorités compétentes. Les projets pilotes sur le recours aux praticiens avancés sont mis en place tant dans le domaine hospitalier que dans les soins médicaux de base (Delamaire et al., 2010).

<sup>5</sup> La nouvelle version des normes professionnelles devrait paraître fin 2013. Cf. « 2013 Australian Update and NP Programme Directory », <http://icn-apnetwork.org/practice> (état au 27.5.2013), <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement/Endorsements-Notations/Endorsement-as-a-nurse-practitioner-registration-standard.aspx> (état au 27.5.2013).

<sup>6</sup> National Health Workforce Innovation and Reform Strategic Framework for Action 2011–2015, <https://www.hwa.gov.au/work-programs/workforce-innovation-and-reform> (état au 27.05.2013).

<sup>7</sup> Cf. bulletin du réseau INP/APN 19/2013, <http://international.aanp.org/pdf/April2013.pdf> (état au 08.07.2013).

### ■ Allemagne :

**Formation:** Les filières d'études pour les professions de la santé existent en Allemagne depuis 25 ans environ. Il s'agit toutefois exclusivement d'offres de formation postgrade aux fins de la qualification des enseignants ou des personnes exerçant des fonctions de gestion. Les nouvelles clauses type de la loi sur la formation professionnelle (Berufsbildungsgesetz, 2003) et de la loi relative aux soins infirmiers (Krankenpflegegesetz, 2007) ont institué des cursus de bachelor professionnalisants. La grande majorité des professionnels des soins continue à être formée dans les écoles professionnelles (21 000 diplômés par an, contre 600 nouveaux bachelors). Le Wissenschaftsrat (Conseil scientifique) estime toutefois qu'il n'est pas justifié d'imposer une qualification bachelor à l'ensemble du personnel des soins (2012), ne serait-ce qu'en égard à la pénurie de personnel qui se dessine ; c'est pourquoi il considère qu'un objectif pertinent serait un taux d'académisation de 10 à 20 % par promotion. Toutefois, le Wissenschaftsrat recommande instamment de mettre en place des cursus de master consécutifs, qui permettent d'acquérir une expertise clinique et liée à la recherche pour le travail directement orienté vers le patient, ainsi que de promouvoir les curricula interprofessionnels pour toutes les professions de la santé (y c. en médecine humaine et dentaire).

**Bases légales :** Depuis 2008, une clause type de la loi sur les professions dans le domaine des soins permet de réaliser des projets pilotes au cours desquels le personnel infirmier est habilité à prescrire de manière autonome des moyens auxiliaires et de déterminer la durée et l'organisation des soins dispensés à domicile. En outre, le personnel infirmier spécialement qualifié est également autorisé à se charger de tâches jusqu'ici réservées aux médecins dans la prise en charge de patients souffrant de plaies chroniques, de diabète ou de démence (DBfK 2013). En termes de responsabilité, certaines activités sont explicitement exclues d'une délégation aux professions de la santé qualifiées (p. ex., diagnostic ou établissement de plans de traitement ou d'opérations), et les professionnels de la santé non médecins peuvent en principe intervenir dans les domaines de compétences qui ne sont pas normés au niveau juridique. Toutefois, dans la pratique, il est souvent difficile de déterminer si l'on est en présence d'une délégation (auquel cas le devoir de diligence incombe toujours au corps médical) ou d'une substitution (la responsabilité est entièrement transférée à un groupe professionnel).

**Pratique :** Lors d'une enquête réalisée en 2007, un peu moins de 20 % des hôpitaux ont indiqué aller au-delà du cadre habituel dans la délégation d'actes dévolus aux médecins et que des professionnels de la santé non médecins assuraient des tâches telles que les anamnèses médicamenteuses, la préparation au bloc opératoire ou les sutures (Wissenschaftsrat, 2012). Des experts en soins exercent à la clinique universitaire de Freiburg en Breisgau depuis le milieu des années 1990; en sus d'une expérience professionnelle de plusieurs années et d'études en sciences ou en pédagogie infirmières, ils bénéficient également d'une expertise dans la spécialité concernée (Mendel et al., 2010 ; Spitz-Köberich et al., 2010). Actuellement, des projets pilotes prévoyant des rôles professionnels élargis pour le personnel soignant sont aussi menés concernant les soins de base ambulatoires (visites à domicile dans des régions où l'offre de soins médicaux est insuffisante) et sur les nouveaux modèles de soins pour les maladies chroniques (diabète, asthme).

### 4.1.3 Efficacité et domaines d'intervention

Les résultats des recherches dans la littérature ont permis de dégager quatre domaines d'intervention/rôles. Viennent en premier lieu les études d'ensemble, puis des blocs thématiques par population de patients ou domaine médical.

Selon certaines études, les intervalles et/ou l'encadrement de suivi dans les soins qui tendent à se rapprocher permettent de réduire l'usage des médicaments, de décharger les services des urgences et les cabinets médicaux et d'améliorer la perception subjective de la qualité de vie des patients.

Certaines études se sont également intéressées à l'efficacité en termes de coûts du recours aux IPA ou aux économies éventuellement réalisées grâce à ces derniers. Il n'est cependant guère possible de formuler des généralités en la matière du fait de l'hétérogénéité des modèles de financement et de rémunération (parfois au sein même des différents pays). A cela s'ajoute le fait qu'outre le type de financement, la forme de l'offre de soins (p. ex., cabinet de groupe) influence aussi les coûts de la santé ; de ce fait, il ne serait pas possible d'établir avec certitude la part d'une éventuelle économie imputable au seul recours aux IPA (ou à toute autre profession de la santé). L'on ne saurait non plus se contenter de l'idée communément admise selon laquelle il serait possible de réaliser des économies si des IPA assumaient des rôles de substitution aux médecins mais pas en cas d'actes complémentaires visant à améliorer la qualité de la prise en charge et des soins. En effet, de telles offres peuvent exercer une action préventive, contribuant ainsi à une réduction des coûts de la santé (Delamaire et al. 2010).

### **Gestion de la pathologie et soins de longue durée**

Dans de nombreux pays, les IPA assument des rôles dans le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples (diabète, asthme, maladies cardio-vasculaires) ainsi que dans le domaine de la gériatrie.

■ Moore et al. (2012) évaluent les résultats de quatorze études en essai contrôlé randomisé (RCT) portant sur l'efficacité des Clinical Nurse Specialists (CNS) dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques (**oncologie, maladies cardio-vasculaires**) et formulent sur la base de leurs conclusions des recommandations concernant le développement des rôles des CNS. Dans l'ensemble, les études réalisées entre 1997 et 2010 en Australie, au Danemark, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en Suède ont mis en évidence, outre une satisfaction plus élevée des patients, une tendance marquée à la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations chez les patients suivis par les CNS, d'où un effet d'atténuation des coûts. A cet égard, tant le moment que la fréquence des interventions se sont révélés déterminants : les patients, de même que leurs proches, ont davantage bénéficié d'un suivi intensif au cours des douze semaines qui ont suivi le diagnostic ou la sortie de l'hôpital. Les auteurs recommandent d'impliquer les proches et les médecins (de famille) dans la planification des soins et de proposer un suivi plus soutenu aux groupes les plus vulnérables (p. ex., les personnes isolées). Eu égard aux cinq composantes clés du rôle des CNS reconnues par l'association des infirmiers canadienne, à savoir en tant que clinicien, consultant, enseignant, chercheur et chef de file, les tâches d'éducation et d'information restent au premier plan dans le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques. Il s'agit d'un travail aussi bien clinique que psychosocial et de coordination, car ces patients ont besoin d'informations sur leur maladie, de conseils sur le contrôle de cette dernière et la prévention secondaire, sur la détection (précoce) des symptômes et sur une prise en charge optimale.

■ Schadewalt et al. (2011) comparent dans un passage en revue de la littérature spécialisée les résultats de sept études en RCT sur l'efficacité des modèles de soins gérés par les IPA pour les **maladies cardio-vasculaires**. Les résultats de ces études, qui provenaient essentiellement d'Australie et de Nouvelle-Zélande, montrent que des interventions telles que l'éducation des patients et la dispense de conseils sur un mode de vie sain entraînent à court terme un recul significatif des facteurs de risques. Sur le long terme, toutefois, les résultats obtenus par les « nurse-led clinics » n'étaient ni meilleurs, ni pires que ceux des cliniques traditionnelles. Les auteurs avancent l'hypothèse que des interventions régulières sur le plus long terme peuvent avoir des effets durables sur l'état de santé et préconisent de procéder à une analyse de l'efficacité en termes de coûts des cliniques dirigées par des IPA.

■ L'examen de la littérature réalisé par Ndosì et al. (2011) se penche également sur l'efficacité des soins dirigés par le personnel infirmier (« nurse-led care »), en s'intéressant pour leur part aux patients atteints de **polyarthrite rhumatoïde**. Ils n'ont pas relevé de différences concluantes entre les soins assurés par



des médecins et par des NP au niveau de la plupart des indicateurs (valeurs cliniques, mais aussi résultats secondaires tels que raideur, acceptation de la maladie, douleurs). En revanche, les résultats des patients suivis par des NP se sont révélés nettement meilleurs concernant la qualité de vie, la transmission des connaissances et les épisodes de fatigue. La qualité des soins semble donc aussi assurée dans la gestion de cas assurée par des Nurse Practitioners ; les auteurs soulignent toutefois la nécessité d'études en RCT complémentaires pour contrôler l'efficacité de ces modèles de soins.

■ Kuethe et al. (2013) comparent les résultats de cinq études en RCT réalisées sur l'efficacité des « nurse-led care » dans la prise en charge ambulatoire et stationnaire des patients souffrant d'**asthme**. Au total, 588 patients ont été suivis soit par des IPA et des infirmiers spécialisés dans l'asthme, soit par des médecins. Aucune des études n'a permis de mettre en évidence de différences statistiquement significatives avec le suivi dirigé par des médecins, que ce soit au niveau de l'état de santé ou des coûts de traitement ; aucune différence non plus n'a été constatée s'agissant de la qualité de vie. Au vu du nombre limité d'études de qualité, les auteurs recommandent de procéder à des analyses complémentaires, qui feraient intervenir d'autres paramètres (patients à différents stades de la maladie). Ils n'en considèrent pas moins qu'une gestion de la pathologie assurée par les infirmiers pour les patients atteints d'un asthme contrôlé constitue un domaine d'intervention approprié pour les IPA.

■ Il existe en Grande-Bretagne des unités de soins spéciales (« follow-up clinics ») pour les enfants atteints de **TDAH** (trouble du déficit de l'attention / hyperactivité). Foreman et al. (2011) [CT] ont cherché à savoir s'il apparaissait des différences en termes de prise en charge et de résultats thérapeutiques lorsque les patients ont été suivis par des IPA et non par des médecins. Après un an et demi, ils n'ont pu constater aucune différence majeure chez les 36 enfants qui avaient été pris en charge par des experts en soins (avec droit de prescription, des « nurse prescribers ») par rapport au groupe de référence (qui comptait 34 enfants) au niveau des résultats des traitements. Les auteurs en concluent qu'il n'existe aucune raison médicale allant à l'encontre d'une gestion autonome des dossiers de patients TDAH par les IPA. Celle-ci permettrait ainsi d'augmenter sensiblement les capacités des unités de soins concernées.

■ Blank et al. (2011) [RCT] ont examiné l'efficacité d'un programme de promotion de la santé et de prévention mis en place aux Etats-Unis à l'intention des **malades psychiques atteints du VIH**. Etant donné que ces personnes se conforment souvent trop peu, voire pas du tout, aux mesures médicales prescrites et présentent ainsi un risque élevé d'aggravation aiguë de l'état de santé, un groupe de 128 participants a été suivi pendant douze mois par un IPA. Celui-ci a effectué des visites hebdomadaires auprès des personnes sélectionnées, dont il a coordonné la prise en charge sanitaire. En comparaison avec le groupe témoin, les participants à ce programme de prévention présentaient après douze mois une réduction nettement plus importante de la charge virale, même si aucune différence significative n'a été constatée au niveau de la numération des cellules CD4. Selon les auteurs, cette forme d'intervention par des IPA convient à la prise en charge sanitaire de ce groupe de patients spécifique.

■ Gambino et al. (2009) [Q] ont évalué une unité de réadaptation et de prévention pour patients atteints de **maladies cardio-vasculaires** aux Etats-Unis, où des Advanced Nurse Practitioners sont en charge de la gestion des dossiers des patients. Ils assurent le triage, coordonnent les examens de suivi et de routine, prescrivent des médicaments et sont habilités à facturer de manière autonome. Cinq ans après l'adoption du système d'« APN-managed clinic », le niveau élevé de satisfaction des patients et l'étude des analyses de laboratoire (cholestérol, lipoprotéine, etc.) montrent que les IPA sont en mesure de contribuer efficacement à la réduction des risques (préventions primaire et secondaire). Les auteurs estiment que par une gestion appropriée des médicaments, la transmission de compétences en matière de santé et des conseils visant à instaurer un changement de style de vie, les IPA sont aptes à assurer la prise en charge de ces patients et à jouer un rôle dans la prévention des risques.



■ L'efficacité d'un modèle de soins multidisciplinaire géré par des NP pour des patients atteints de **diabète** (type 2) a été étudiée par Jesse et al. (2012) [CT]. L'intervention avait pour objectif d'améliorer l'état de santé et les capacités d'auto-soins des patients grâce à des « group visits » dans une région des Etats-Unis où l'offre de soins médicaux est insuffisante. En comparaison avec le groupe de référence, qui bénéficiait d'une prise en charge standard, les participants aux programmes présentaient non seulement de meilleures valeurs cliniques (glycémie et HbA1c), mais aussi de meilleures connaissances et capacités de prise en charge autonome.

■ Vermunt et al. (2012) [CT] se sont penchés sur un programme de prévention du **diabète** (type 2) mis en place aux Pays-Bas. 479 personnes présentant un risque élevé de diabète de type 2 ont été suivies pendant deux ans et demi dans le cadre d'une intervention portant sur le mode de vie par des Nurse Practitioners ou par des médecins de famille et ont assisté à des réunions de groupe ; le groupe témoin (qui comptait 446 personnes) a bénéficié de la prise en charge médicale standard. L'évaluation a mis en évidence que les participants étaient plus satisfaits du suivi assuré par les NP, tandis que de nombreux médecins ont rapporté que le manque de temps pour les consultations et le financement insuffisant constituaient des obstacles majeurs à la bonne mise en œuvre du programme. Aussi Vermunt et al. proposent-ils de poursuivre le développement des programmes de prévention et des interventions axées sur le mode de vie dans lesquels un rôle de premier plan est dévolu aux NP.

■ Klaasen et al. (2009) [Q] décrivent un modèle de soins mis en place dans un **établissement médico-social** canadien, dans lequel les prestations médicales de base sont assurées par des Nurse Practitioners, les médecins n'intervenant que dans les cas complexes. Cette approche a permis de réduire considérablement la consommation de médicaments (63 % de réduction pour les médicaments antipsychotiques, réduction de 55 % de la polypharmacie ; réduction des coûts de 17 %), mais aussi le nombre d'admissions aux services d'urgences (-20 %). Enfin, le niveau de satisfaction quant à la prise en charge était généralement plus élevé.

### Premiers soins et soins de base

Outre les quelques études réalisées sur le rôle des Nurse Practitioners dans la couverture médicale de base, la question d'un élargissement des compétences et d'une prise en charge des fonctions de triage dans les services d'urgence est également abondamment discutée.

■ Dans une méta-analyse des études américaines qui ont examiné l'efficacité et la qualité de l'intervention des APRN<sup>8</sup> entre 1990 et 2008 en comparaison avec les modèles de soins sans APRN, il est apparu que les équipes intégrant des NP réalisaient de bonnes performances dans toutes les catégories de résultats passées en revue (Newhouse et al., 2011). Dans les 37 études, qui comprenaient un large éventail de paramètres et de populations de patients, les deux groupes ont présenté des résultats équivalents au niveau de la satisfaction des patients, de l'évaluation subjective de l'état de santé de ces derniers, des capacités de la vie quotidienne (« functional status / activities of daily living »), du contrôle de la glycémie et de la tension artérielle, du nombre et de la durée des hospitalisations ainsi que des taux de mortalité ; en termes de contrôle des taux de lipides sanguins, les NP ont obtenu de meilleurs résultats que les suivis dirigés par des médecins.

■ Keleher et al. (2009) s'intéressent dans une méta-analyse internationale à l'efficacité des Nurse Practitioners en comparaison avec les médecins dans les soins médicaux **de base**. 31 études classées comme « high level evidence » (constituant des données probantes de haut niveau) ont été analysées. De manière générale, l'évaluation indique que les NP assurent une prise en charge des patients et obtiennent des résultats thérapeutiques d'un niveau de qualité équivalents à ceux des médecins. Plusieurs études ap-

<sup>8</sup> Les quatre rôles d'APRN (Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Certified Nurse Midwife et Certified Registered Nurse Anesthetist) ont été examinés séparément.

puient également l'efficacité des Nurse Practitioners dans la gestion des cas et au niveau de la compliance des patients, et leur aptitude à remplir des rôles dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi que dans la gestion des maladies chroniques.

■ Le rôle de Nurse Practitioner existe aux Pays-Bas depuis 2004. Titulaires d'un master et ayant suivi une formation de deux ans, ces praticiens assurent souvent de manière autonome les examens et les traitements des patients consultant pour des **problèmes médicaux bénins** (« common complaints »). Dans 15 cabinets médicaux, Dierick-van Daele et al. (2009) [RCT] ont analysé la qualité et l'efficacité de l'intervention de Nurse Practitioners (n=12) en comparaison avec une prise en charge par le généraliste. 1500 patients ont été adressés soit à des NP soit à des médecins généralistes ; l'évaluation des dossiers des patients a été complétée par des enquêtes réalisées avant et après le traitement. La qualité de la prise en charge dans les deux groupes était comparable, et aucune différence significative n'a été relevée, que ce soit en termes de résultat thérapeutique, de recours à des ressources médicales ou de satisfaction des patients (à l'exception des malades chroniques – 583 personnes – qui étaient plus satisfaits avec une prise en charge assurée par les NP). La durée des consultations des NP était toutefois sensiblement plus longue (en moyenne, trois minutes de plus que celles des médecins), et ces derniers ont plus fréquemment recommandé un examen de suivi, ce dernier point s'expliquant en partie par le fait les indications incitant à consulter à nouveau en cas de problèmes sont présentées dans la formation des NP comme faisant partie intégrante de l'entretien avec le patient.

■ L'étude américaine de Hannan (2013) [RCT] porte sur l'efficacité d'un programme géré par des ANP d'**accompagnement des jeunes mères** qui, pour des raisons financières ou linguistiques, ont difficilement accès à une couverture sanitaire et qui manquent de soutien dans leur environnement social. Tandis que le groupe témoin (qui comptait 69 personnes) ne bénéficiait que de l'entretien de sortie dispensé de manière standard, 70 femmes ont également été contactées régulièrement par téléphone par un IPA pendant deux mois. Chez ces dernières, non seulement l'évaluation subjective de l'état de santé et des facteurs de stress était meilleure que dans le groupe témoin, mais la prise de poids de leur bébé a été plus importante. En outre, ces mères ont eu moins recours aux services d'urgences et le coût global de leur prise en charge s'est révélé significativement inférieur. L'auteur estime ainsi qu'il est aussi possible d'assurer une prise en charge des populations vulnérables à moindre coût et avec des moyens simples malgré d'importantes restrictions budgétaires dans le domaine de la santé.

■ L'examen de la littérature spécialisée par Free et al. (2009) s'intéresse à l'efficacité des IPA qui accomplissent dans les **services d'urgence** un rôle élargi dans la prescription et l'évaluation d'images de radiographie. Huit études pertinentes ont ainsi été passées au crible, dont la plupart provenaient de Grande-Bretagne. La comparaison montre que les infirmiers ayant suivi une formation spécialisée ad hoc (« advanced specially trained nurses ») sont capables d'exécuter les tâches élargies avec des niveaux d'efficacité et de qualité comparables à ceux du personnel médical. Toutefois, ces études se basaient souvent sur des niveaux professionnels très hétérogènes : ainsi participaient aux études, aux côtés des NP ou des ANP, des infirmiers avec de longues années d'expérience dans les services d'urgence et aux côtés des médecins spécialisés, des médecins assistants. Ainsi, dans l'éventualité d'une telle intervention des IPA dans cette fonction en substitution du personnel médical, il conviendrait non seulement de préciser les qualifications et expériences requises, mais aussi de réaliser des recherches complémentaires sur les résultats thérapeutiques et l'efficacité des IPA.

■ Colligan et al. (2011) [Q] comparent dans une étude néo-zélandaise la performance des NP et des médecins dans les **premiers soins** dispensés à des patients se présentant aux services d'urgence avec des blessures légères. Les critères retenus étaient notamment la durée d'hospitalisation par patient, la durée de l'attente, le nombre de réadmissions (« unexpected returns »), le taux de blessures non reconnues (« missed injury rate ») et la proportion de patients n'ayant reçu aucun traitement. Les patients gérés par

des NP ont dû en moyenne attendre beaucoup moins longtemps ; la durée de traitement et les résultats cliniques étaient à peu près identiques pour les NP et les médecins.

■ Hoskins (2011a) [Q] analyse la relation entre substitution et collaboration interprofessionnelle en lien avec l'évolution des nouveaux rôles dans les services d'urgence en Grande-Bretagne. Du fait de la pénurie de personnel et des contraintes de temps, le chevauchement des rôles de médecin et de soignant est déjà une réalité depuis longtemps, les « **emergency nurse practitioners** » (ENP) se chargeant par exemple du triage, des sutures ou de la pose de canules. Hoskins montre que l'évolution vers une collaboration interprofessionnelle efficace commence fréquemment par une substitution au niveau de tâches individuelles avant l'apparition de nouveaux rôles, puis l'acceptation de ces derniers dans un contexte interprofessionnel. Une documentation et une évaluation continues et la constitution d'une base de données factuelles autonome seront des facteurs déterminants dans l'élargissement des rôles, car le concept même de la collaboration interprofessionnelle repose (paradoxalement) à la fois sur la renonciation à des territoires professionnels étroitement définis et au respect mutuel de l'originalité et de l'autonomie professionnelle. L'analyse systématique de la littérature réalisée par Hoskins (2011b) en vue d'examiner les résultats obtenus par les ENP en Australie, au Canada, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en Irlande montre que le recours aux professionnels de la santé non médecins (ENP comme Extended Scope Physiotherapists) contribue à raccourcir les délais d'attente. Contrairement à ce à quoi l'on pourrait s'attendre, la durée de traitement dans cette configuration n'est pas plus longue qu'en cas de prise en charge par un médecin. La satisfaction des patients est généralement élevée, ce que l'on peut essentiellement attribuer au fait que les ENP effectuent dans ce contexte également un travail d'information et de conseil plus important que les autres professions. Une minorité de patients préfère toutefois bénéficier d'une prise en charge médicale, et différentes études ont par ailleurs montré que les personnes qui étaient vues par du personnel non médecin aux urgences s'adressaient plus fréquemment à leur médecin généraliste pour une visite de contrôle.

### **Clinical Nurse Specialists**

■ L'examen des rôles des CNS dans la méta-analyse de Newhouse et al. (2011), sur onze études au total, a montré que l'intervention de CNS n'a pas eu d'influence directe sur la satisfaction des clients. Toutefois, les durées d'hospitalisation se sont révélées équivalentes ou plus courtes pour les patients suivis par des CNS que pour le groupe témoin, et la prise en charge par des équipes intégrées a tendanciellement permis de réduire le nombre de complications médicales. Dans quatre études en RCT analysant l'efficacité en termes de coûts, il a pu être observé que les équipes intégrant des CNS affichaient des coûts de traitement inférieurs à ceux des groupes témoin.

■ Au Canada, Goldie et al. (2012) [RCT] ont analysé la qualité de la prise en charge s'agissant des soins intensifs post-opératoires en **cardiologie**. Le suivi post-opératoire de 22 patients a été géré par un « acute care nurse practitioner » (ACNP), et 88 patients ont été pris en charge par un médecin. En termes de résultats thérapeutiques, aucune différence majeure n'a pu être observée. En revanche, les patients du groupe témoin ont été plus nombreux à consulter leur médecin de famille une semaine après leur sortie de l'hôpital et le niveau de satisfaction à l'égard de la prise en charge était plus élevé dans le groupe des NP. Pour les auteurs, la forte demande en ACNP au Canada et l'établissement rapide de ce rôle tiennent à la grande pénurie de personnel dans ce domaine. Aucun résultat n'est encore disponible quant à la question de l'efficacité en termes de coûts.

■ L'hôpital universitaire de Fribourg-en-Brigau emploie depuis 2008 des experts en soins IPA en **cardiologie infantile**. Le rapport sur la phase pilote (Spitz-Köberich et al., 2010) [Q] décrit l'évolution et l'organisation des rôles des IPA, qui sont diplômés d'un master en sciences infirmières. Leurs tâches comprennent, outre les soins, la dispense de conseil aux enfants (le plus souvent atteints de maladies chro-

niques) et à leurs proches, dans le but de préparer convenablement les familles pour la période suivant la sortie de l'hôpital. En particulier, il faut apprendre aux parents à reconnaître les changements dans l'état de santé de leur enfant et à réagir aux symptômes de manière appropriée (« compétences de soins aux personnes dépendantes »). Les interventions et les directives basées sur des preuves ont été développées par les IPA eux-mêmes. Au cours de la phase pilote, bien qu'une large place ait été ménagée à la formation des professionnels des soins, les entretiens de conseil et d'éducation avec les parents ont fait d'emblée partie intégrante du rôle d'IPA. L'IPA se révèle une personne de confiance clé pour les familles et sert de lien entre les différents domaines thérapeutiques. L'évolution du rôle n'est pas encore aboutie, mais les premiers retours des patients, des parents et des collègues sont très positifs. Les IPA doivent dorénavant intervenir dans d'autres domaines de la médecine infantile et juvénile ; toutefois, le personnel qualifié fait défaut.

■ En Grande-Bretagne, le rôle de « **Lead Cancer Nurse** » (LCN) a été créé dans le cadre du plan de lutte contre le cancer du NHS (« NHS Cancer Plans »). En collaboration avec le médecin en charge, le LCN est responsable de la planification de la prise en charge des patients atteints d'un cancer conformément aux directives légales. L'article de Vaz et al. (2007) [Q] met en évidence que la position du LCN varie fortement dans la pratique et que ce rôle n'est pas encore clairement ancré ; il traite également de la délimitation du rôle de LCN par rapport aux ANP et aux « nurse consultants ».

■ Gerlach et al. (2009) [Q] se penchent sur le rôle que peuvent jouer les experts en soins IPA dans les **pathologies du sein** en présence d'une spécialisation déjà existante. La collecte de données concernant la situation professionnelle des diplômés montre qu'à peine 60 % d'entre eux ont été employés en tant que spécialiste en pathologies mammaires, pour la plupart à temps partiel. Dans bien des endroits, un environnement adapté faisait encore défaut (salles de consultation, procédures pas encore définies, etc.).

### **Gestion des médicaments/Prescription de médicaments**

■ Carberry et al. (2013) [Q] ont évalué le taux d'erreur des IPA, des médecins assistants et des médecins expérimentés dans la prescription de médicaments dans les **services de soins intensifs** (ICU). Sur une période respective de sept jours, les auteurs ont passé au crible les dossiers des patients de trois services britanniques, à la recherche d'erreurs concernant la prescription de médicaments, les doses, les concentrations, les intervalles et la lisibilité de l'ordonnance. Sur un total de 1418 inscriptions concernant les médicaments portées sur 77 dossiers de patients, les IPA (« advanced nurse practitioners in critical care », ANPCC) ont obtenu les taux d'erreur les plus faibles. Les auteurs en concluent que les IPA sont au moins aussi efficaces que le personnel médical dans la prescription de médicaments, et qu'ils s'acquittent de ce rôle avec soin et diligence.

■ Chen et al. (2009) [Q] ont analysé les données de 1200 patients américains en vue d'évaluer l'efficacité des Nurse Practitioners au niveau de la **gestion des médicaments** en comparaison avec les médecins. La consommation de médicaments des patients qui avaient été suivis par des NP était nettement inférieure, et bien que les NP aient prescrit des antibiotiques plus fréquemment que les médecins, les coûts pharmaceutiques étaient dans l'ensemble plus bas. Les auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle les stratégies de gestion des médicaments employées par les NP, telles que la transition la plus précoce possible d'une admission par intraveineuse à la voie orale, contribuent largement aux bons résultats obtenus, du point de vue tant médical que financier.

■ Hales et al. (2010) [Q] ont interrogé des infirmiers sur un rôle de PA à l'étude en Grande-Bretagne, dans le cadre duquel ces derniers peuvent prescrire des médicaments non de manière autonome, mais en étroite collaboration avec un médecin. Cette forme de prescription dite supplémentaire (« **supplementary prescribing** ») serait soumise à des directives cliniques élaborées conjointement. Le personnel soignant

se montre toutefois généralement sceptique à l'égard de ce rôle et doute que la collaboration partenariale puisse s'imposer et faire ses preuves dans la pratique.

## 4.2 Développements des professions des soins : avancement des discussions en Suisse

Outre les développements intervenus au niveau politico-légal qui concernent l'ensemble des professions de la santé ou le système de santé en général (LPSan, LPMéd, initiative sur le personnel qualifié, Santé2020, rapport du groupe de travail CDS/OFSP « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours », 2012), différentes contributions à la discussion et à la recherche dans les revues spécialisées suisses témoignent de l'intensité du débat concernant les nouveaux profils professionnels et l'avenir de ces derniers.

En Suisse romande, la formation tertiaire dans le domaine des soins est exclusivement dispensée dans les HES depuis 2002 ; en Suisse alémanique et au Tessin, depuis 2006, des filières bachelor sont également proposées en plus des formations dans les écoles supérieures (ES). Depuis, la part des diplômés des HES a atteint environ un tiers. En 2011, seuls 13,7 % des jeunes soignants en Suisse alémanique sortaient d'une HES, un chiffre toutefois déjà supérieur aux objectifs prescrits par la CDS pour la région (10 %). 23 personnes ont obtenu en 2011 un Master of Science en sciences infirmières (cf. Obsan Bulletin 2/2013).

Les **associations professionnelles de prestataires de soins** d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse se sont accordées en 2012, dans un document de positionnement<sup>9</sup>, sur une désignation et une définition communes de la pratique infirmière avancée (s'appuyant sur la définition du CII), et ont établi des objectifs/directives pour le futur profil professionnel :

L'infirmière de pratique avancée IPA<sup>10</sup> est une infirmière qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master en sciences infirmières (Nursing Science) est recommandé comme diplôme d'entrée.

Sont admises aux études de master les personnes titulaires d'un bachelor en soins infirmiers et disposant d'une expérience professionnelle d'au moins deux ans. Les domaines d'intervention sont définis d'après les rôles professionnels qui se sont déjà établis à l'international : en qualité d'expert en soins dans un secteur clinique spécifique, à des fonctions de direction et en tant qu'agents de changement, contribuant à l'évolution des normes professionnelles et prodiguant des conseils aux autres infirmiers. Les experts en soins IPA interviennent dans le cadre d'équipes interprofessionnelles et assurent des fonctions de premier plan dans la promotion de la santé et la prévention. Ils doivent également pouvoir effectuer des actes jusqu'ici dévolus aux seuls médecins (p. ex., prescription et adaptation de médication et de tests diagnostiques). Toutefois, ces activités seraient davantage à considérer comme des « compléments à l'intervention du médecin » que comme une « intervention de soins élargie » ; ces nouveaux rôles ne doivent pas avoir pour vocation de pallier la pénurie de médecins qui se profile. Le titre d'expert/-e en soins APN / IPA doit être protégé ; un registre professionnel permet un contrôle de qualité et d'imposer la présentation régulière de preuves que les professionnels inscrits ont bien suivi des formations continues et qu'ils disposent

<sup>9</sup> A télécharger à l'adresse <http://swiss-anp.ch/w/pages/fr/actualites.php> (état au 05.08.2013).

<sup>10</sup> Cette terminologie ne s'est pas encore imposée ; ainsi, on retrouve plutôt dans les offres d'emplois la désignation « Expert/-e en soins MNS/MScN » (Master of Nursing Science, Master of Science in Nursing).

des compétences nécessaires. Pour les associations, l'adaptation des barèmes de rémunération est une condition sine qua non de l'introduction des rôles d'IPA.

Les **Académies suisses des sciences** préconisent également dans la « Feuille de route pour un système de santé durable » de nouveaux barèmes. Les soignants, mais aussi les physiothérapeutes, pourraient ainsi facturer directement à la charge de l'assurance de base. Face à la pénurie de professionnels de la santé qui se dessine, il est indispensable de développer de « nouveaux modèles de collaboration entre les différents professionnels de la santé, en englobant aussi les professionnels non médecins qui interviennent en fonction de leurs compétences » (bulletin ASSM, janvier 2013, p. 7). Dans le rapport sur les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) s'est clairement exprimée en faveur d'une académisation des métiers des soins (bachelor en qualification de base, master pour la pratique avancée et les fonctions élargies) et de l'intégration de l'activité des médecins dans des équipes partenariales, la collaboration n'étant pas caractérisée par un rapport hiérarchique formel, mais bien par la question de savoir « qui est compétent pour réaliser au mieux une tâche donnée ». Certains suivis, consultations et mesures thérapeutiques peuvent, avec l'accord d'un médecin, être délégués de manière pertinente et autonome à des infirmiers, ce qui permettrait notamment de délester les médecins de certaines tâches, afin que ceux-ci puissent se concentrer sur le contenu essentiel de leur profession (groupe de travail « Profils professionnels » 2007).

Dans des articles parus dans le Bulletin des médecins suisses et dans PrimaryCare, des représentants des deux groupes professionnels discutent de l'éventuel recours aux IPA, notamment dans les soins médicaux de base ambulatoire (Schalch 2011, 2012 ; Spirig 2012 ; Huber 2012). Les contributions des **médecins de famille** tendent à privilégier une fonction élargie des assistants médicaux qui, à leur avis, moyennant une formation idoine (p. ex. examens professionnels supérieurs), pourraient assurer des actes de routine par délégation, telles que le suivi des maladies chroniques. Ils estiment que les domaines d'intervention, les rôles et l'institutionnalisation des IPA sont encore trop flous, que les modifications législatives nécessaires seraient trop coûteuses, que la concurrence à l'égard des médecins de famille se révélerait préjudiciable, et, enfin, qu'il est peu judicieux de remplacer une profession déficitaire par une autre. Par contre, une délégation de compétences à des assistants médicaux formés présenterait une bonne efficacité en termes de coûts et serait rapide à mettre en œuvre du fait de sa compatibilité avec le système actuel (partenariat dualiste médecin de famille/assistant). Si, d'un point de vue des sciences infirmières, un rôle élargi des assistants médicaux est une option intéressante (cf. également Lindpainter 2012), il n'en reste pas moins que les soins médicaux de base nécessitent également des équipes plus étoffées intégrant des IPA, étant donné que les assistants médicaux (formation au niveau secondaire) sont tenus d'intervenir selon un schéma précis pour les tâches qu'ils reprennent, alors que les IPA (niveau tertiaire) disposent de compétences décisionnelles cliniques. Ces compétences sont justement nécessaires dans la gestion de maladies chroniques, dont le déroulement est généralement complexe et qui sont fréquemment associées à des difficultés psychosociales et/ou à des comorbidités. Mais manifestement, le scepticisme reste fréquent envers l'argument selon lequel les modèles de soins visés recourant à des équipes interdisciplinaires n'ont pas pour vocation de remplacer les médecins, mais de proposer un complément-partenariat à ces derniers.

Deux **projets de recherche** en cours s'intéressent aux perspectives professionnelles des infirmiers en général : une étude de l'Obsan s'intéresse, dans le contexte de pénurie du personnel soignant, aux facteurs favorisant un retrait de la carrière d'infirmière (cf. Obsan Bulletin 1/2013), tandis que le projet « Nurses@work », soutenu par le FNS, analyse les trajectoires et les carrières des infirmiers en Suisse. Le Rapport national sur la santé de l'Obsan attendu en 2015 devrait apporter des éléments intéressants en lien avec l'évolution des rôles des IPA ; il mettra notamment l'accent sur les thèmes « Vivre avec une maladie chronique » et « Modèles de soins, apporter des réponses aux maladies chroniques et à la multimor-



bidité ». La revue scientifique dédiée aux professions des soins, *Pflege*, documente dans deux numéros spéciaux les projets pilotes pour l'introduction des IPA en Suisse. De nombreux projets sont consacrés au processus de développement de la pratique, à l'établissement du rôle d'IPA au sein de l'équipe soignante ainsi qu'à l'étroite collaboration avec les chefs de service. Les premières expériences montrent que les IPA peuvent apporter une contribution décisive à l'amélioration et au développement de la qualité des soins et aux compétences en la matière. Des rôles d'IPA ont vu le jour à la Clinique universitaire de gériatrie aiguë de Bâle (Ulrich et al., 2010), à l'Hôpital pédiatrique de Zurich (Ullmann-Bremi et al., 2011), dans les soins de longue durée (Zúñiga et al., 2010), ainsi que dans les contextes présentés ci-dessous, qui seront décrits plus en détail à titre d'exemple :

■ Barandun Schäfer et al. (2011) [Q] reviennent sur les quatre premières années d'existence de la division « Développement des soins », qui emploie 13 experts en soins titulaires d'un master. Chacun d'entre eux consacre au minimum un quart de son temps de travail à la pratique clinique et prodigue aux membres de son équipe des conseils relatifs aux soins. Ils mènent en outre des projets en étroite collaboration avec leurs supérieurs hiérarchiques et les responsables des soins, afin d'en améliorer la qualité générale ; de plus, ils pilotent régulièrement des programmes destinés à faire évoluer la pratique, adaptés spécifiquement aux besoins de certaines catégories de patients (p. ex. dans le but d'appréhender dans toutes leurs nuances les douleurs post-opératoires des malades pris en charge dans les unités chirurgicales, ou d'introduire un instrument permettant d'évaluer et de prévenir le risque de chute en réhabilitation gériatrique, grâce auquel le taux de chutes pour 1000 jours de soins a pu être ramené de 8,2 à 5,5). Selon les auteurs, l'évolution et l'acceptation des rôles IPA dépendent pour l'essentiel de deux facteurs : d'une part, du soutien que la direction hospitalière accorde au dispositif, de l'autre, des mesures prises pour renforcer l'esprit d'équipe qui impliquent l'ensemble des acteurs tant au sein du groupe professionnel qu'au-delà. Ils suggèrent enfin de poursuivre le travail autour des objectifs suivants : continuer de renforcer la collaboration pluridisciplinaire et recueillir systématiquement les données à des fins d'évaluation et de recherche-action.

■ Bläuer et al. (2011) [Q] rendent compte du développement et du lancement d'un programme dirigé par le personnel infirmier de l'hôpital universitaire de Bâle ayant pour objet d'éduquer et de conseiller les patients souffrant d'une insuffisance cardiaque. Soumis à évaluation constante pendant la phase de développement, ce concept n'a eu de cesse d'être adapté sur la base des expériences relatées dans la littérature scientifique. Ce programme, piloté par une équipe pluridisciplinaire composée d'un IPA, d'un médecin et de personnel soignant, s'articule autour d'une analyse approfondie de la situation, d'un module de conseil assorti d'une planification des sorties, d'une éducation à l'auto-gestion et d'un matériel d'information et de documentation. Sa mise en œuvre s'est heurtée principalement au fait que non seulement les formations continues, les coachings et les discussions de cas cliniques étaient régulièrement mis sur le tapis, mais également la répartition des rôles dans ce contexte interdisciplinaire. Les premières observations suggèrent que les directives élaborées et les instruments mis au point sont efficaces ; les résultats et la satisfaction des patients doivent cependant encore être appréciés.

■ Müller et al. (2010) [Q] présentent une évaluation de l'expérience pratique d'un IPA dans le Centre suisse de l'épilepsie une année après l'arrivée de ce professionnel d'un genre nouveau (2008). Alors que celui-ci avait peu d'expérience dans la prise en charge de patients atteints de troubles paroxystiques, après une période d'initiation, il était déjà en mesure de consacrer près de la moitié de son temps d'activité (40 %) à une réflexion sur le développement des méthodes de travail (projets relatifs à l'organisation des tâches, à la rédaction de lignes directrices et de documentation, au coaching, au conseil aux soignants, etc.). Par ailleurs, il a pu enrichir ses interventions auprès des patients et de leurs proches de ses connaissances en matière de vie avec une maladie chronique, de pharmacologie et d'approche centrée sur les patients ou la famille et intégrer les résultats médicaux et (neuro-)psychologiques issus de la littérature



scientifique à son analyse clinique. Au bout d'un an, l'équipe avait acquis des connaissances nouvelles et développé ses compétences opérationnelles tant sur le plan des soins que de la communication, si bien que l'offre proposée aux patients avait pu être étendue (entretien de sortie, exercices). Compte tenu du taux d'activité réduit, la période d'initiation a cependant été relativement longue ; de plus, la réalisation de travaux, en service continu et ne concernant pas directement les patients, a en partie empêché l'équipe de se concentrer sur les réelles compétences-clés de l'IPA.

■ Imhof et al. (2012) [RCT] ont étudié l'efficacité du programme SpitexPlus, placé sous la houlette d'un IPA, qui a été développé dans le but de promouvoir la santé de personnes âgées vivant à domicile. Pendant neuf mois, 231 personnes (âgées de 80 ans et plus) se sont vues offrir quatre visites à domicile et trois entretiens téléphoniques avec un IPA, tandis que le groupe témoin (comptant également 230 personnes) a continué de bénéficier du suivi standard, soit une prise en charge par le médecin de famille, les soins à domicile, etc. (cf. programme d'intervention Imhof et al. 2011). Notons que tous les IPA étaient titulaires d'un diplôme de master, avaient longuement travaillé tant en soins à domicile qu'en gériatrie et avaient été formés spécifiquement à l'expertise en gérontologie. L'évaluation repose sur des questionnaires et des entretiens téléphoniques réalisés à intervalle de trois mois. L'hypothèse selon laquelle la qualité de vie des personnes sélectionnées pour le programme a augmenté n'a pu être confirmée. En revanche, ces dernières ont enregistré un nombre sensiblement moins élevé de cas de maladie (c.-à-d. ayant nécessité une intervention), ou de chute, sans compter qu'elles ont été hospitalisées et ont sollicité les conseils d'un pharmacien moins souvent. Quant à la fréquence à peu près égale à laquelle les deux groupes ont fait appel aux services des médecins de famille, des soins à domicile, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, cela est entre autres imputable au fait que les IPA ne font pas encore partie intégrante de la prise en charge (et ne sont pas remboursables par l'assurance obligatoire). Dans sa forme actuelle, il s'agit d'une offre complémentaire qui dans le pire des scénarios, serait neutre en termes de coûts, puisque les prestations fournies par les IPA permettent d'éviter des frais médicaux et hospitaliers ; cela dit, impossible d'étayer ce postulat avec des chiffres, en raison du manque de données.

### 4.3 IPA en Suisse – appréciation des experts

Comme nous l'avons exposé au chap. 3, les débats relatifs aux pratiques avancées dans les professions de la santé, et plus particulièrement dans les soins infirmiers, se sont multipliés et précisés depuis 2007 (année de publication du document de travail 37 de l'Obsan). D'ailleurs, le sondage mené auprès des diplômés MSc en sciences infirmières révèle que nombre de domaines de prise en charge ont besoin de personnel hautement qualifié, notamment dans les hôpitaux somatiques, mais également dans les cliniques psychiatriques, les établissements médico-sociaux, les soins à domicile et l'enseignement. Les experts en soins sont affectés à des tâches spéciales requérant des compétences cliniques pointues, p. ex. dans le développement des soins, l'assurance qualité ou la recherche. A l'heure actuelle, les effectifs en personnel soignant spécialisé formé au niveau master sont estimés à 400 environ (cf. ASI 2013). Interrogés dans le cadre d'une enquête, des experts ont fait le point sur le développement des IPA en Suisse de même que sur les défis à relever et les conditions à remplir pour que cette fonction mûrisse et s'enracine ; les sections suivantes relatent leur appréciation.

#### 4.3.1 Formation et compétences

Au fil des dernières années, la professionnalisation du métier d'infirmier a progressé, si bien que l'expert des hautes écoles (expert 1) estime qu'en matière de formation, les conditions sont réunies pour que les rôles IPA se développent. Il ajoute que grâce à la formation clinique poussée dont ils disposent et à leur savoir-faire scientifique, les IPA sont en mesure, dans le cadre d'un traitement médical, d'examiner des patients, de procéder à des vérifications et de proposer les soins adaptés. Il fait en outre valoir qu'il s'agit

désormais d'implémenter ces rôles dans la pratique clinique. Dès lors, il faudrait que les structures de soins (hôpitaux, unités, EMS, cabinets) qui ont besoin de personnel possédant ces qualifications offrent des places de formation et de travail. Il précise qu'en parallèle, les spécialistes de la formation s'emploient à étoffer le cursus de master correspondant, en attachant une importance particulière aux discussions que mènent les facultés de médecine de toute la Suisse au sujet de la formation interprofessionnelle. Il souligne encore que, le cursus de perfectionnement « Advanced Nursing-plus » (actuellement en phase pilote) permet d'approfondir l'expertise clinique, matière qui peut être proposée uniquement sous la forme d'une introduction poussée dans les études de master (à caractère générique, essentiellement axée sur les patients adultes, les malades chroniques et leurs proches) en raison des contraintes du programme. Il rapporte par ailleurs que les responsables sont en train d'adapter le cursus étape par étape, si bien que le terme de formation d'infirmier praticien se justifierait réellement au plus tôt dans dix ans. Il indique enfin qu'une expérience clinique de deux ans minimum est requise pour accéder au master et, donc, prétendre au titre d'expert en soins IPA, même si la plupart des candidats ont entre 5 et 15 ans d'expérience et viennent p. ex. de la pédiatrie ou de l'oncologie.

En dépit du développement des rôles IPA, les deux experts jugent nécessaire de professionnaliser et d'académiser le métier d'infirmier compte tenu de la complexité croissante des soins médicaux. Ils relèvent ainsi que pour être en mesure de répondre à des situations délicates et d'assurer la prise en charge d'un plus grand nombre de patients avec un effectif en recul, il convient d'élever le degré d'expertise non seulement au niveau des IPA, mais également du bachelor et du diplôme. La représentante de la fédération professionnelle (experte 2) insiste par ailleurs sur l'importance d'élargir l'éventail des carrières jusqu'aux doctorats si l'on entend améliorer l'attractivité du métier, tant pour le personnel expérimenté que pour les jeunes pousses (ce que démontre le succès considérable remporté par les filières bachelor mises en place en Suisse romande, région où, contrairement à la Suisse alémanique, la formation n'est plus dispensée dans les écoles supérieures). Le premier expert rappelle néanmoins qu'on ne saurait perdre de vue les chiffres lorsqu'on réfléchit aux pratiques avancées. En effet, seule une petite minorité des infirmiers (aujourd'hui, quelque 400, à l'avenir, dans le meilleur des cas, entre trois et quatre fois plus) exercera en qualité d'IPA. Grâce aux différents niveaux professionnels – qui vont de l'ASSC<sup>11</sup> (l'assistant-e en soins et santé communautaire) à l'IPA et les spécialistes, en passant par le personnel de niveau diplôme– les profils pourraient se concentrer sur leurs compétences clés.

Voici les principales compétences-clés que les experts attribuent aux IPA : une expertise scientifique approfondie, la capacité de prendre des décisions, la résolution systématique de problèmes et une vue d'ensemble de la spécialité clinique, puisqu'ils ne se contentent pas d'exécuter des tâches complexes, mais fournissent des conseils, planifient les mesures destinées à garantir la qualité et assurent le développement de la pratique des soins. Ils ajoutent que leurs compétences scientifiques vont au-delà de la participation à des projets de recherche, l'élément déterminant étant qu'un IPA soit en mesure de comprendre la littérature spécialisée et d'évaluer sa qualité méthodologique et sa pertinence pour la pratique. C'est d'ailleurs avant tout cela, selon les deux experts interrogés, qui les distinguent des spécialistes (en soins intensifs p. ex.), mais également des experts en soins de niveau II (HöFa II). La deuxième experte déclare au reste que chez les IPA, à la différence des spécialistes, la fonction de développement et de conseil est en première ligne. Aussi juge-t-elle qu'au vu de la pénurie de personnel qui se profile, un des défis majeurs en matière de formation des IPA sera de trouver des solutions pour les professionnels qui remplissent aujourd'hui déjà certaines fonctions étendues. A cet égard, il faudra également tenir compte du fait que

<sup>11</sup> La représentante de la fédération professionnelle note cependant que le métier exercé par les ASSC et les titulaires d'une attestation professionnelle n'est pas une profession des soins, mais un métier auxiliaire (important et précieux) qui permet à de nombreux jeunes d'y accéder.

tous les experts en soins de niveau II (HöFa II) n'ont pas acquis la formation initiale nécessaire (connaissances en anglais, mathématiques, statistique, etc.) pour s'approprier les compétences scientifiques et que suivant les cas, un module ne suffira pas à leur permettre à tous de les rattraper. Une certitude néanmoins : il faudra comptabiliser l'expérience dans le cadre du cursus.

### 4.3.2 Rôles et domaines d'intervention

Les deux experts soulignent que les domaines d'intervention spécifiques, les rôles et les champs d'action se dégagent à partir des besoins et s'inscrivent dans un contexte interdisciplinaire, tout en gardant la qualité des soins pour les patients comme cap. Selon eux, le besoin le plus flagrant et le principal potentiel de développement résident dans la prise en charge de patients à pathologies multiples ou chroniques ainsi que dans le domaine de la gériatrie (soins prodigués aux personnes très âgées, soins palliatifs). Dans la littérature scientifique se trouvent exposés différents rôles et compétences ; voici la prise de position des experts à ce sujet :

#### ■ Adaptation autonome de la médication et prescription de médicaments :

Les deux experts estiment que donner aux IPA le droit de prescrire des médicaments n'est pas une priorité. Selon la deuxième experte, cela pourrait résulter d'autres évolutions, p. ex. si dans certains contextes (à l'instar des soins palliatifs), les experts en soins sont les professionnels les plus compétents à cet égard. Ils ajoutent qu'au vu de la densité de médecins que connaît la Suisse, il n'est pas nécessaire d'adopter un système similaire à celui de la France, en vertu duquel les infirmiers titulaires d'une formation de base peuvent prescrire eux-mêmes des médicaments après avoir suivi un cours ad hoc. A leur sens, le plus judicieux est d'habiliter la personne la plus compétente dans un domaine donné à accomplir cette tâche. D'ailleurs, dans bien des endroits, les infirmiers sont aujourd'hui déjà autorisés à adapter le dosage des médicaments, dans le respect du règlement-cadre édicté par les médecins et sur la base de directives cliniques.

#### ■ Traitement initial et gestion des cas, p. ex. des groupes de patients vulnérables ou souffrant de maladies chroniques, dans les « nurse-led clinics » ou pour les interventions relevant du suivi :

Les deux experts s'accordent à dire que la gestion des cas - notamment chez les patients souffrant de maladies chroniques - est un des volets importants du développement des rôles IPA. Ils arguent en effet que dans des équipes interdisciplinaires, la gestion du cas ne devait pas être systématiquement réservée au médecin et que, compte tenu du fractionnement du système de soins, les IPA pourraient avantageusement remplir la fonction de service d'accueil et de conseil. Le premier expert attire néanmoins l'attention sur le fait que placer la gestion des cas sous la houlette des infirmiers ne représentent pas uniquement un basculement d'ordre technique et organisationnel, mais dépend également de facteurs comme le libre choix du médecin ou du lien actuellement fort au médecin-conseil. D'ailleurs, les deux experts connaissent des offres pilotées par des infirmiers en Suisse. Ce type de modèle est particulièrement adapté au soutien des patients dont certains des problèmes peuvent être résolus sans le concours d'un médecin et permettraient de combler de sérieuses lacunes, en particulier pour l'accompagnement de patients à leur sortie de l'hôpital ou en soins palliatifs. La deuxième experte n'en relève pas moins que le financement de ces dispositifs (Maison des soins, Consultations spécialisées de la plaie, etc.) n'a pas encore été tiré au clair.

#### ■ Infirmier praticien : traitement initial et gestion des cas dans les soins de base :

A l'heure actuelle, ce rôle est rarement exercé en Suisse, un des seuls exemples étant un cabinet de groupe implanté dans le canton de Berne. La deuxième experte estime que dans des régions rurales reculées, où l'offre médicale est insuffisante, les IPA pourraient fournir certaines des prestations de base, en collaboration avec les médecins, d'autant que l'on va de toute façon vers une formule où ces services ne sont plus l'apanage des médecins de famille, mais de réseaux pluridisciplinaires. Ils notent encore que ces

modèles sont nécessaires dans la mesure où ils présentent un double avantage : non seulement, ce travail en équipe permet aux différents professionnels de la santé d'apprendre les uns des autres, mais ils assurent également un contrôle qualité informel. A cela s'ajoute que la médecine a gagné en complexité, si bien qu'il faut pouvoir conjuguer les compétences de ces différents professionnels. Selon la première experte, un des autres domaines d'intervention adaptés aux IPA sont les cabinets réunissant de multiples disciplines ; en effet, ils pourraient par exemple assumer l'examen d'entrée, au cours duquel ils feraient le point sur la situation du patient et, suivant le résultat, l'aiguiller vers un spécialiste ou dispenser eux-mêmes les soins.

■ Dans les services d'urgence, prescription autonome de radiographies et interprétation de ces dernières : Selon les deux experts, ces fonctions ne sont pas dans le viseur, celles-ci impliquant d'être formé en conséquence et d'avoir de l'expérience. Ici aussi, la deuxième experte fait valoir qu'au vu de la densité de médecins, il est plus judicieux de confier ces tâches aux internes et aux radiologues, mieux armés à cet égard. Elle ajoute que dans cette configuration, les IPA pourraient en revanche se charger du triage des patients.

■ Recherche appliquée, développement de la pratique des soins infirmiers :

Les deux experts soulignent que ces activités font partie intégrante des rôles IPA, le premier insistant sur le fait que la Suisse ne compte pas suffisamment d'IPA à même de mener des études d'intervention mesurant les résultats cliniques et économiques pour former des pôles pertinents. Ils relèvent néanmoins que si l'on entend investiguer sur les soins et l'évaluation et garder une vue d'ensemble systématique de la pratique des IPA en Suisse, il convient de saisir des données initiales sur leurs rôles et champs d'activité dans les projets modèles.

■ Rôles dans la réorientation du système de santé (abandon de l'approche strictement curative au profit d'un modèle s'articulant autour de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation à santé) : La deuxième experte estime qu'on ne saurait faire l'économie de cette réorientation, mais qu'après le rejet de la loi sur la prévention, le flou règne sur le financement futur de ce type de prestations. Le premier fait, lui, valoir qu'en leur qualité d'« agents de changement », les IPA doivent non seulement disposer d'une expertise clinique, mais également afficher une compréhension aiguisée des interdépendances du système, maîtriser l'art de la communication et être capables de travailler dans une équipe pluridisciplinaire. Dès lors, il est déterminant d'enseigner dans le cadre de la formation comment activement concevoir et mettre en œuvre des projets visant à améliorer la qualité des soins.

■ Collaboration au sein d'équipes pluridisciplinaires :

Selon le premier expert, si la qualité et l'efficacité de la collaboration peut faire l'objet d'appréciations divergentes, dans les hôpitaux notamment, les équipes pluridisciplinaires sont la règle ; d'ailleurs, dans les soins de base aussi, les médecins de premier recours travaillent avec des assistantes médicales, des physiothérapeutes, etc. Dans les équipes pluridisciplinaires appelées à traiter un certain groupe de patients, les IPA pourraient décharger les médecins en accomplissant certaines tâches relevant de la prise en charge et du conseil, permettant à ceux-ci de se concentrer sur leurs domaines-clés (la pose du diagnostic notamment). La deuxième experte a repéré là un potentiel important, regrettant néanmoins qu'en Suisse, le travail interprofessionnel dépende encore très largement de certaines personnes spécifiques. Elle juge pour sa part que certains domaines comme les soins intensifs ou palliatifs, dans lesquels plusieurs groupes professionnels se sont rassemblés pour défendre ensemble leurs intérêts, recèlent de nombreuses opportunités.

■ Substitution / Reprise d'activités médicales :

Les deux experts s'accordent à dire qu'il n'est pas à l'ordre du jour de confier aux IPA des tâches médicales à proprement parler, contrairement à ce qui se fait au Canada entre autres. Ils préconisent davantage une collaboration qui s'inscrive dans le cadre d'un partenariat et qui permettrait aux IPA de déléster les méde-

cins de certaines tâches, afin que ceux-ci puissent se concentrer sur leurs missions-clés. On ne saurait toutefois abuser des experts en soins en les appréhendant comme des médecins « au rabais », ajoutent-ils, ce qui serait injuste tant vis-à-vis d’eux que des patients. La deuxième experte souligne en outre que les atouts et les compétences de ces deux catégories de professionnels diffèrent et que cela n’a pas vocation à changer. Il n’en reste pas moins que les défis que posent les soins appellent à une nouvelle répartition des tâches qui exploite au mieux les compétences des différents acteurs. Compte tenu de la formation qui est la leur, le premier expert imagine pour sa part volontiers les IPA assumer des tâches comme l’anamnèse systématique, traditionnellement dévolue au médecin, rappelant que de tout temps, l’attribution des tâches entre les groupes professionnels et au sein de ceux-ci a fait l’objet d’un processus de négociation constant et n’a cessé d’évoluer. En guise de conclusion, la deuxième experte fait valoir que ces réflexions de politique corporative ne sauraient prendre le pas sur les trois impératifs devant présider à cette répartition, à savoir les besoins des patients, la qualité des soins et les compétences disponibles.

### 4.3.3 Réglementation

Les experts jugent indispensable d’ancrer dans la loi les devoirs liés à l’exercice de la profession et d’y définir le profil et les compétences-clés nécessaires, tant pour protéger les patients que les experts en soins IPA. Le premier expert appelle en outre à régler dans la loi le volet accréditation et certification de la formation, afin de garantir l’uniformité des compétences exigées et des diplômes décernés, proposant à ce titre d’introduire un examen fédéral au niveau master.

La représentante de la fédération souhaite pour sa part qu’on distingue deux niveaux : l’un, que viennent sanctionner les diplômes ES / HES (bachelor) et un autre qui serait celui des experts en soins IPA. Quant aux niveaux professionnels intermédiaires (les spécialisations en soins d’anesthésie p. ex.), ils pourraient être établis au même niveau législatif que les diplômes ES / HES et, au besoin, être réglementés plus avant au sein de cette structure. Elle précise qu’il n’est pas nécessaire que tout cela figure dans la loi, mais qu’il lui importe que les différentes spécialisations et les indépendants puissent bénéficier d’un cadre réglementaire distinct.

La deuxième experte plaide par ailleurs pour la création d’un registre commun pour tous les infirmiers, qui soit doté d’une section spéciale pour les experts en soins IPA et d’un organe de régulation, composé à parité de représentants des autorités et des fédérations professionnelles. Ainsi, des réglementations nuancées pourraient être édictées pour chacun des domaines de spécialité et des professions.

Elle relève encore que l’absence de cadre financier et juridique entrave actuellement lourdement le développement des IPA en Suisse. En effet, si les hôpitaux (et l’association H+) soutiennent l’engagement d’IPA, ces derniers ne sont pas rémunérés de manière adéquate, puisque leur profil professionnel n’est pas officiel.

## 4.4 Synthèse

Tous les acteurs du monde infirmier s’accordent à dire que les Advanced Practitioners ont besoin d’une formation de niveau master (MSc) et d’une expérience clinique approfondie : c’est le constat qui s’impose dans les pays ayant déjà introduit des rôles IPA et l’avis unanime des experts suisses. Parmi les pays expérimentés, seule la Grande-Bretagne n’a pas réglementé les pratiques avancées dans les professions médicales, ce qui génère néanmoins des confusions (supplémentaires) dans la pratique, tant au niveau des droits d’exercice que des compétences et des rôles. Nombre de pays ont par ailleurs conçu un registre pour les infirmiers praticiens/IPA, certains ont même veillé ces dernières années à protéger le titre, deux exigences que porte la fédération des infirmiers en Suisse.

#### 4 Soins

L'examen de la littérature spécialisée relative aux rôles de pratique avancée dans les soins (IPA) – connus sous le nom d'infirmier de pratique avancée, d'infirmier praticien (NP) ou d'infirmier spécialiste clinique (CNS) – révèle que ces experts, grâce à leurs compétences élargies, peuvent maintenir la qualité des soins, voire l'augmenter. Notons que les résultats les plus probants ont été repérés dans les équipes pluridisciplinaires, où ils ont tendanciellement permis de réduire la durée des hospitalisations et le nombre de complications. Plusieurs études ont par ailleurs démontré que le succès des interventions relevant de ces CNS – avant et après le séjour – dépendent largement du moment où elles ont lieu et de leur fréquence. Les premières études suggèrent en outre que l'efficacité des IPA ne se dément pas davantage pour les nouveaux modèles de soins (pour les patients polymorbides ou hébergés dans des EMS) et les nouveaux rôles (prescription de médicaments).

D'après les experts, en Suisse, les IPA peuvent se profiler dans différents domaines d'intervention : d'une part, ils pourraient compléter, grâce à leurs compétences étendues, des équipes pluridisciplinaires, de l'autre développer la pratique des soins en se fondant sur des preuves, diriger et conseiller les équipes soignantes, les patients et leurs proches. C'est toutefois dans la prise en charge des patients à pathologies multiples ou chroniques et dans les soins palliatifs ou de longue durée qu'ils identifient le besoin le plus flagrant et le principal potentiel de développement. Dans ce contexte, les IPA pourraient assumer des rôles importants dans la gestion des cas et décharger les médecins, afin de leur permettre de se concentrer sur leurs compétences-clés. Ils soulignent cependant que les IPA n'ont ni vocation à remplacer les médecins – ni d'ailleurs la possibilité de le faire, d'autant qu'en Suisse, contrairement à d'autres pays, ce n'est pas nécessaire. De même, autoriser les IPA à prescrire des médicaments, thématique au centre des débats dans certains pays, n'est pour l'heure pas à l'ordre du jour chez nous.

Les experts notent encore que l'absence de cadre financier et juridique entrave actuellement lourdement le développement des IPA, raison pour laquelle ils appellent de leurs vœux une réglementation de ce métier dans la loi sur les professions de la santé. Enfin, ils rappellent que les institutions doivent opérer une prise de conscience et être davantage prêtes à reconnaître les compétences des titulaires d'un MSc et à élaborer des projets modèles, afin de développer et d'asseoir des rôles IPA adaptés au contexte suisse.

## 5 Sages-femmes

### 5.1 Pratique avancée dans la profession de sage-femme – Vue d'ensemble de la littérature

Pour les sages-femmes comme pour les infirmiers, le profil professionnel de pratique avancée n'a pas été défini avec précision et ne jouit pas d'une reconnaissance internationale. Chaque pays circonscrit donc le rôle en se fondant sur l'éventail des tâches, la responsabilité, la formation et l'expérience requis pour assumer pareille fonction. D'une manière générale, les sages-femmes PA (parfois désignées comme « Advanced Midwife Practitioners », AMP) ont des compétences cliniques élargies, qui leur permettent de prendre des décisions de leur propre chef.

Pour la revue de la littérature, nous avons pris en considération les articles portant sur le rôle étendu des sages-femmes PA et sur des contextes interprofessionnels innovants. En appliquant la méthode de recherche décrite au ch. 2.2, nous avons abouti à un total de 68 articles et études, dont nous avons ensuite écarté ceux qui ne cadraient pas avec l'angle thématique retenu. Le présent chapitre porte donc sur 26 papiers.

#### 5.1.1 Réglementation et normes

Dans certains pays (principalement anglophones), le métier de sage-femme est étroitement lié aux soins infirmiers, puisque la majorité des personnes optant pour cette profession suivent d'abord des études dans ce domaine avant d'entreprendre la formation postgrade ou la spécialisation ad hoc. Cependant, dans la plupart des Etats, les deux filières sont possibles, si bien qu'il existe tant des sages-femmes dites « **direct-entry** » – soit sans formation préalable en soins – et des infirmiers dont un certificat atteste de leur spécialisation de sage-femme. On trouve essentiellement dans des pays anglophones des organes de régulation communs aux sages-femmes, aux infirmiers et aux professionnels de ces deux métiers exerçant une pratique avancée.

■ En **Grande-Bretagne**, les sages-femmes PA doivent être titulaires d'un titre de master et d'une formation postgrade clinique (Department of Health, 2010). On distingue par ailleurs différents profils de pratique avancée : d'abord, les sages-femmes qui consacrent une partie de leur temps de travail à la pratique clinique, l'autre, à la recherche ou à l'enseignement, ensuite, les sages-femmes qui assurent des tâches de direction et de gestion (p. ex. dans le monde de la santé ou les institutions de formation) et les Consultant Midwives, qui jouent un rôle stratégique au sein de champ d'activité et influent sur la pratique professionnelle (notamment en œuvrant à la promotion des naissances par voie naturelle, des projets de recherche propres à leur discipline et de la pratique fondée sur l'expérience clinique). A noter qu'en plus de la prise en charge de leurs clientes, ces expertes assument un rôle important, à savoir fournir conseils et soutien à des collègues sages-femmes.

■ En **Irlande**, la première Advanced Midwife Practitioner (AMP) a été accréditée en 2007. Décrocher ce titre suppose d'avoir obtenu un diplôme de master et d'avoir à son actif au minimum mille heures de pratique clinique sous supervision ainsi que sept années d'expérience professionnelle. Les sages-femmes PA doivent en outre renouveler leur affiliation tous les cinq ans auprès de l'autorité de contrôle (Irish Nursing Board/An Bord Altranais) et suivre régulièrement des séminaires de formation continue. Parallèlement au développement des rôles de pratique avancée, les sages-femmes se sont vues confier davantage de tâches et de responsabilités : elles ont acquis le droit de prescrire des médicaments, des institutions placées sous la houlette de ces professionnelles ont vu le jour et elles ont été associées à la coordination de missions à la croisée entre soins aigus et établissements communautaires (An Bord Altranais 2011). Lorsqu'il s'agissait de concevoir les rôles de pratique avancée et les cursus de master, les fédé-



rations des sages-femmes ont appelé à éviter le cloisonnement et la spécialisation à outrance, afin de ne pas renforcer la tendance qui veut faire de la grossesse et de la naissance des pathologies. En effet, selon elles, la sage-femme PA doit défendre une approche holistique de son métier qui englobe les soins du début à la fin du cycle de la naissance et favoriser les accouchements naturels (Begley et al. 2007).

En 2008, le Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (NCNM) a mis à jour les concepts sous-tendant les rôles de pratique avancée pour les infirmiers et les sages-femmes et redéfini les conditions à remplir, de même que les compétences nécessaires et la procédure d'accréditation. En vertu de ceux-ci, la sage-femme PA se caractérise notamment par son expertise et l'autonomie dont elle jouit dans l'exercice de son métier, ses compétences qui lui permettent de prendre des décisions complexes ainsi que par son activité de recherche et les fonctions de cadre qu'elle occupe, qui lui permettent d'encourager l'évolution des soins (NCNM 2008).

■ En **Australie**, il existe deux titres pour les sages-femmes : d'une part, celui de sage-femme « direct-entry » (auquel on peut prétendre après une formation de bachelor d'une durée de trois ans), de l'autre celui de « Registered Nurse Midwife », c.-à-d. des infirmiers ayant suivi des études supplémentaires de sage-femme. Quant à la pratique avancée, elle suppose une expérience professionnelle et une formation postgrade. Enfin, on peut devenir spécialiste pour pouvoir exercer dans un domaine spécifique (QNC 2005). C'est dans ce contexte que Smith et al. (2010) se sont interrogés sur la nécessité de moduler les droits liés à l'exercice de la profession en fonction des profils de formation et de définir les compétences exigibles en pratique avancée. Si le ministère de la santé a formulé des principes présidant à l'élargissement des rôles en pratique avancée, tant pour les infirmiers que pour les sages-femmes (QNC 2005), cette évolution et cette différenciation des droits sont restreintes du fait même des différents modèles obstétricaux (Smith et al. 2010, Masterson 2010).

■ Aux **Etats-Unis**, on trouve certes des sages-femmes « direct-entry », qui ont fait un apprentissage ou une formation, mais l'écrasante majorité ont suivi après leur formation de base en soins infirmiers un programme accrédité ou un « Master in Midwifery » qui leur permet de porter le titre de « Certified nurse-midwives » (CNM). A noter que l'option du master est de loin la plus répandue, puisqu'environ 70 % des sages-femmes en sont titulaires (MacDonald et al. 2005). Cependant, celui-ci correspond à une pratique avancée en soins infirmiers et ne saurait être mis sur le même plan qu'une formation axée uniquement sur le métier de sage-femme, sanctionnée par un master. Ont été intégrées à la revue de la littérature scientifique des études s'attachant à comparer les soins prodigués par les CNM, les sages-femmes « direct-entry » et les médecins.

■ Au **Canada**, les sages-femmes sont formées selon le modèle « direct-entry » au niveau du bachelor ; il n'existe donc pas de diplôme similaire au CNM états-unien (MacDonald et al. 2005, ACSF 2013). Un consortium national a mis au point un cadre pour les compétences des sages-femmes au Canada et décrit le profil professionnel des sages-femmes PA. Celui-ci, reconnu dans certaines provinces uniquement, comprend entre autres les tâches suivantes : surveillance de l'anesthésie péridurale, application d'électrodes sur le cuir chevelu, application de la ventouse et suture des déchirures du périnée du troisième degré (Smith et al. 2010).

■ L'**Allemagne** a pour sa part introduit en 2009 une clause type dans la loi encadrant la profession de sage-femme, qui permet d'étendre le choix de formation postgrade<sup>12</sup>. Contrairement à l'option retenue pour les soins, cette clause ne prévoit cependant pas d'élargissement de l'éventail des tâches des professionnels, même lorsqu'ils sont titulaires d'un diplôme d'une haute école. Selon le Wissenschaftsrat (2012), ce projet pilote a pour but d'examiner dans quelle mesure la formation supérieure est pertinente du point de vue la pratique et permet de gagner en qualité. Notons que les sages-femmes au bénéfice d'un master étaient en première ligne dans l'élaboration de nouveaux modèles de soins pilotés par des consœurs.

<sup>12</sup> On trouve une clause analogue dans les actes réglementant l'exercice de la physiothérapie, de l'ergothérapie et de la logopédie.

Depuis 2003, les sages-femmes gèrent 14 salles de travail où elles accueillent, dans les cliniques, les femmes désireuses d'être prises en charge pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Signalons que les sages-femmes dirigent elles-mêmes les accouchements et en portent la responsabilité ; en cas de complications, elles font appel aux médecins de la salle de travail ordinaire, qui se trouve dans les mêmes locaux (cf. Bauer et al. 2010).

■ En **Suède**, les sages-femmes sont les premières interlocutrices des femmes, tant pour la grossesse et l'accouchement, que pour le planning familial et d'autres questions relevant de la santé sexuelle et reproductive (UNFPA, 2011). Dans ce pays, c'est elles qui portent la responsabilité de la prise en charge des femmes enceintes, des parents et des nouveau-nés. Régulièrement, ce sont elles qui accompagnent les naissances, procèdent à des interventions obstétricales (forceps, ventouse) et prescrivent des moyens de contraception (Ny 2007, Kateman et al. 2005). Quant aux médecins, ils n'auscultent les femmes enceintes qu'en cas d'anomalie, confiant les soins aux sages-femmes. Pour leur part, celles-ci n'adressent leurs patientes à un confrère médecin qu'en cas de complication. La quasi-totalité des accouchements ont lieu à l'hôpital. D'ailleurs, mêmes si la responsabilité des parturientes à risque incombe aux gynécologues-obstétriciens, c'est en général les sages-femmes qui se chargent également de ces naissances. Selon Kateman et al. (2005), les médecins suédois ne contestent pas ce rôle prépondérant. Dès lors, les sages-femmes peuvent déjà être considérées dans ce pays comme des Advanced Practitioners.

■ En **Suisse**, trois hautes écoles spécialisées offrent des cursus obéissant au principe du « direct-entry », tandis que deux autres proposent aux infirmiers diplômés un programme de spécialisation au métier de sage-femme. Le profil professionnel intégrant la pratique avancée n'a encore été ni défini ni réglementé. Pour l'heure, les sages-femmes peuvent opter pour le European Master of Science in Midwifery, auquel la HES-SO participe avec des universités de quatre autres pays. De plus, certaines des sages-femmes suivent une partie des cours dispensés dans le cadre du master en sciences infirmières (Eichenberger zur Bonsen 2011). A noter que l'on retrouve les sages-femmes au bénéfice d'une formation de niveau master dans l'enseignement et la recherche ou dans des fonctions de cadre dans mes maisons de naissance et des cliniques. Les formations continues destinées aux sages-femmes sont légion (CAS) ; quant aux programmes de MAS, ils sont en cours d'élaboration.

Le cadre légal dans lequel s'inscrit le travail des sages-femmes est défini par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et surtout par les lois cantonales. Dans un rapport qui rend compte de leur analyse des actes (lois et ordonnances cantonales) régissant l'activité des sages-femmes en Suisse et de leur comparaison avec la directive de l'UE pertinente, Luyben et Robin (2009) décrivent à quelle réglementation sont soumises les sages-femmes exerçant à titre indépendant. Pour solliciter l'autorisation ad hoc, dans certains cantons, elles doivent apporter la preuve de leur expérience. Voici un aperçu des activités professionnelles des sages-femmes et des droits dont elles jouissent dans l'exercice de leur métier :

- dans la quasi-totalité des cantons, les sages-femmes sont autorisées à porter l'essentiel de la responsabilité du suivi de la grossesse et de l'accouchement. Ce droit est néanmoins indissociable de deux obligations : faire appel à un médecin en cas de complication et remettre sa cliente entre les mains de l'hôpital en cas d'urgence. Elles sont rémunérées pour les prestations suivantes : jusqu'à six consultations de contrôle pendant et après la grossesse ; le suivi de l'accouchement à domicile, à l'hôpital ou dans une maison de naissance ; le suivi à domicile jusqu'au dixième jour post-partum ; trois consultations d'allaitement ; et la prise en charge post-partum du nouveau-né en bonne santé.
- Dans une minorité de cantons, les sages-femmes sont également compétentes pour la suture des épisiotomies et des déchirures du périnée, de même que pour le rapport en cas de décès, de résultats anormaux ou de maladies infectieuses.
- Quant au droit de prescrire des médicaments, différents régimes sont appliqués : dans six cantons (St-

Gall, Berne et divers cantons de Suisse centrale), les compétences des sages-femmes sont du même ordre que celles des médecins ; dans les Grisons, elles peuvent prescrire uniquement certains médicaments ; à Zurich en revanche, elles ne peuvent en prescrire aucun.

### 5.1.2 Rôles, efficacité et domaines d'intervention

■ Le Department of Health and Children Ireland (DOHC 2011) décrit les rôles des **sages-femmes AP** en Irlande. Un des domaines dans lequel elle est appelée à intervenir est l'examen approfondi du nouveau-né à la maternité, une tâche dévolue d'habitude au pédiatre. Ce système permettrait d'organiser ces examens selon un emploi du temps plus flexible, de prendre rapidement les mesures nécessaires en cas de complications (p. ex. prescrire des examens plus poussés, aiguillage des patients vers un spécialiste). Elles sont en outre compétentes pour la suture notamment de déchirures du périnée, l'interprétation des cardiocardiographies, la promotion des naissances naturelles à l'aide de positions d'accouchement alternatives, les gazométries sanguines et le suivi des femmes victimes de mutilations génitales. S'agissant de la formation des professionnels optant pour ce profil, elle s'articule autour de modules de formation continue, de supervision et de stages cliniques encadrés.

■ En 2000, l'Angleterre a intégré au cahier des charges des sages-femmes, des infirmiers et des autres professionnels de la santé une dimension de conseil, dans le but à la fois d'améliorer la qualité des soins et des procédures et d'élargir le spectre des carrières possibles dans le domaine clinique, sachant que la fonction de **consultant** est considérée en Grande-Bretagne comme le niveau suprême de la pratique clinique. Booth et al. (2006) [Q] s'emploient à décrire le passage du statut d'infirmier ou de sage-femme à celui de consultant en Ecosse, en évoquant notamment une enquête dans le cadre de laquelle 13 professionnels ont répondu à des questions concernant leur parcours et leur rôle de conseiller. Le travail de conseil repose sur quatre piliers : l'expertise dans la pratique, la direction et le conseil professionnels, la formation et la recherche, ainsi que le développement de services dans leur champ d'activité. Selon les sondés, le rôle de conseiller présente l'avantage de jouir d'une grande autonomie, de ne pas abandonner la pratique clinique et, partant, de garder contact avec les clientes, tout en gagnant en expertise et en développant ses propres compétences. Cependant, les personnes interrogées par Lathlean (2007) [Q], exerçant toutes en qualité de consultant ou de « lecturer practitioner », ont fait valoir que l'absence de profil clairement défini fragilisait leur acceptation par les collègues et qu'elle était facteur d'incertitude dans la pratique. Elles soulignaient par ailleurs que cela relevait de la gageure de concilier tous les aspects de leur métier - enseignement, conseil, recherche et pratique clinique - dans leur quotidien professionnel.

■ Dans un examen de la littérature spécialisée, Johantgen et al. (2012) comparent l'efficacité des soins prodigués par des **sages-femmes PA** et par les médecins aux Etats-Unis. Dans les études publiées entre 1990 et 2008, l'on constate que ces deux catégories de professionnels ne suivent pas toujours les mêmes procédures : les sages-femmes recourent moins volontiers aux outils technologiques (p. ex. l'anesthésie péridurale) pendant les contractions et l'accouchement, tout en atteignant des résultats aussi bons, voire meilleurs. De même, il est plus rare qu'elles provoquent l'accouchement, optent pour une césarienne, recourent au forceps, à la ventouse ou à la déchirure du périnée. Ces différences sont toutefois imputables au fait que les femmes dont l'accouchement nécessitera des interventions sont davantage susceptibles d'être suivies par des médecins, tandis que celles qui désirent un accouchement le plus naturel possible, s'adresseront en général plutôt aux sages-femmes. S'agissant des nouveau-nés en revanche, les résultats sont équivalents (notamment en ce qui concerne le score d'Apgar, le poids à la naissance, l'admission dans des services de soins aigus). Notons encore que les déchirures du périnée des troisième et quatrième degrés étaient rares. Enfin, les femmes prises en charge par les sages-femmes PA étaient plus nombreuses à allaiter.

■ Dans leur analyse de onze études en ECR, Hatem et al. (2009) ont comparé dans quelle mesure les **modèles de soins placés sous la houlette des sages-femmes** se distinguaient des autres, en se fondant sur des indicateurs médicaux mesurés chez la mère et l'enfant. Les résultats sont favorables à ceux-ci, pour autant que les femmes ne présentent pas de facteur de risque et que l'accouchement se passe sans complication. En effet, pour les 12 276 femmes ayant participé à l'étude, tous les indicateurs sont dans le vert pour celles qui étaient suivies par des sages-femmes : nombre d'hospitalisations prénatales plus faible, prescription d'analgésiques et d'anesthésiques plus rare, nombre d'épisiotomies et d'accouchements par voie basse avec extraction instrumentale moins élevé, et nombre de fausses-couches avant la 24<sup>e</sup> semaine plus faible. De plus, dans cette catégorie, les accouchements naturels sont plus fréquents et la durée du séjour des nouveau-nés à la maternité plus courte.

■ Pour évaluer l'efficacité des rôles élargis dans les soins prodigués par des infirmiers et des sages-femmes, Begley et al. (2010) [Q] et Begley et al. (2012) [Q] ont comparé les fonctions assumées et les résultats obtenus par les infirmiers et les sages-femmes exerçant depuis au minimum un an soit en tant qu'infirmier spécialiste clinique, sage-femme PA ou IPA<sup>13</sup>. L'intervention des sages-femmes PA a produit les résultats suivants : morbidité moins élevée, temps d'attente plus courts, accès plus rapide aux soins, nombre de réadmissions plus bas, renforcement de la pratique fondée sur l'expérience clinique, augmentation de la continuité des soins, progression de la satisfaction des clientes, amélioration de la communication avec les clientes et leurs proches, promotion de l'éducation à la santé et multiplication des examens et analyses cliniques. A cela s'ajoute que les sages-femmes PA ont suivi un plus grand nombre de clientes, assuré la coordination des plans de traitement au sein d'une équipe pluridisciplinaire et développé des directives thérapeutiques, sans compter qu'elles affichaient une plus grande satisfaction au travail et dirigeaient leurs équipes avec davantage de professionnalisme. Quant aux coûts engendrés par ces nouveaux profils, ils n'étaient pas supérieurs à ceux observés dans les autres professions de la santé. Comparés aux infirmiers spécialistes cliniques, les IPA jouissaient d'une autonomie sensiblement plus grande et disposaient de compétences plus vastes (essentiellement en matière de direction et de recherche), tandis que les fonctions assumées par les sages-femmes PA et les IPA étaient proches. En conclusion, les auteurs appellent à un développement plus résolu des rôles d'infirmier spécialiste clinique et de sage-femme PA au niveau des pratiques avancées, plus répandus encore en Irlande.

■ Au vu de la hausse du taux de fécondité que connaît l'Australie, les sages-femmes peinent de plus en plus à couvrir les besoins. Afin de réduire la durée des consultations, Haxton et al. (2009) [Q] ont examiné un dispositif, qui prévoyait que les sages-femmes PA se chargent du **traitement initial** des femmes enceintes se plaignant de différents maux (nausées, maux de ventre, déshydratation, diarrhée, etc.) et allant consulter à l'hôpital. Les sages-femmes PA assumaient le travail des médecins – soit, poser le diagnostic, prescrire des examens complémentaires, prendre des décisions indépendantes – ce qui exige un niveau d'expertise élevé et de l'expérience. Le bénéfice de cette initiative était double : faire baisser la pression qui pesait sur les maternités (délai d'attente raccourci) et fournir aux clientes des soins plus poussés. Au final, les sages-femmes ordinaires ont été soulagées par ce coup de pouce.

■ Cragin et al. (2006) [CT] comparent la **prise en charge périnatale**, par des sages-femmes PA (« Certified Nurse-Midwives ») et des médecins, des femmes présentant un faible risque de complications durant la grossesse et l'accouchement, dans un grand service d'obstétrique d'un hôpital états-unien. Les auteurs montrent que les sages-femmes PA enregistrent des résultats aussi bons que les médecins, tout en recourant moins souvent aux outils technologiques, en affichant un nombre d'interventions moindre et en prenant en considération l'état social et médical de la cliente ; on leur reconnaît donc des procédures de traitement plus performantes.

<sup>13</sup> Lorsque l'étude a été réalisée – en 2008 – aucune des sages-femmes PA n'avait été accréditée depuis plus d'un an.

■ Irwin (2010) [Q] passe en revue la littérature scientifique dans le but d'analyser le rôle des sages-femmes spécialisées dans la prise en charge de **femmes enceintes diabétiques** en Grande-Bretagne. Ces grossesses présentant un risque élevé, elles doivent être suivies par une équipe pluridisciplinaire comprenant une sage-femme formée spécifiquement à cette problématique. Dans ce pays, 77 % des services obstétricaux comptent dans leurs rangs une spécialiste du diabète. La prise en charge des femmes diabétiques a été décrite comme contrastée et fragmentée. En effet, si la progression du nombre de femmes concernées entraîne une augmentation de la demande de sages-femmes spécialisées, elle exige aussi des mesures en termes d'infrastructures, de directives et de financement.

■ Aux Etats-Unis, les sages-femmes PA se voient en partie confier des missions étendues en salle d'accouchement, p. ex. celle d'**assister le médecin** lorsqu'il procède à des césariennes (Moes et al. 2001), pratique que l'American College of Nurse-Midwives a cataloguée, en 1998, comme pratique avancée, puisqu'elle ne peut être menée à bien qu'avec des compétences supplémentaires. Notons que les médecins valorisent cette fonction d'assistante. De plus, intégrer la sage-femme à l'équipe chirurgicale permet de faire des économies et d'augmenter le niveau de satisfaction des parturientes.

■ Heins et al. (1990) [RCT] a quant à lui comparé la prise en charge prénatale, par des sages-femmes PA et par des gynécologues, des femmes dont le fœtus présente un **retard de croissance intra-utérin**. Les femmes affichant ce profil ont été réparties aléatoirement entre ces deux catégories de professionnels. Les sages-femmes PA ont offert un soutien spécifique à leur clientes, entre autres en leur apprenant à reconnaître les contractions précoces, en les aidant à réduire le stress grâce à un soutien d'ordre social, en leur prodiguant des conseils diététiques axés sur la prise de poids et en les éclairant sur les risques liés à l'abus de drogues. En revanche, aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes en ce qui concerne la proportion de bébés en insuffisance pondérale à la naissance.

■ Alexander et al. (2002) [Q] ont analysé, à l'aide d'une enquête réalisée auprès de sages-femmes britanniques, quel impact un module les formant à l'extraction par ventouse obstétricale avait sur leur pratique. Ils ont constaté qu'il a permis aux professionnelles fortes d'une longue expérience (de 18 ans en moyenne) et travaillant déjà en partie en tant que conseillères, de gagner en confiance en leurs capacités, en particulier lorsqu'il s'agissait de se prononcer sur la position du bébé. De plus, l'application de la ventouse par les sages-femmes a permis d'éviter de nombreux transferts à l'hôpital.

■ Black et al. (2012) [CT] ont comparé le travail de 330 sages-femmes spécialisées et de 2210 médecins et médecins assistants réalisant des **accouchements par voie basse avec extraction instrumentale** en Grande-Bretagne. Conclusion de leur étude : le risque de souffrir de déchirures du périnée du troisième ou du quatrième degré, ou de perdre du sang, étaient équivalents quel que soit le professionnel aux commandes.

## 5.2 Situation et perspectives : appréciation des experts

### 5.2.1 Profil et formation

L'experte de la formation supérieure (experte 7) estime que le développement des pratiques avancées dans le métier de sage-femme est la conséquence logique de la tertiarisation. Elle note cependant qu'il lui semble tout aussi important pour la pratique de posséder activement ces compétences que de pouvoir en apporter la preuve scientifique. Elle ajoute que cette académisation appelle néanmoins un changement de paradigme, et qu'il faudra patienter 10 à 15 ans avant que la formation de niveau bachelor, qui en Suisse alémanique a vu le jour en 2008 seulement, soit établie (en Romandie la formation au niveau bachelor existe depuis 2002). Elle regrette par ailleurs qu'on ne sache pas encore précisément, dans la pratique, comment employer les titulaires de bachelor, en soulignant que le préjugé selon lequel leur formation pratique serait insuffisante est infondé. En effet, selon elle, les titulaires de bachelor ont des connaissances

théoriques approfondies et sont parfaitement à même de les marier à l'expérience sur le terrain. Tout au plus, celles-ci auraient-elles besoin d'être un petit peu plus guidées au fil de leurs premiers pas, mais elles gagneraient très rapidement leur autonomie. Malgré les compétences importantes dont disposent les sages-femmes formées au niveau BSc, l'experte 7 n'en est pas moins favorable à l'existence d'un niveau PA permettant d'approfondir ses connaissances et de se spécialiser dans un domaine spécifique. Elle souligne encore que de toute évidence, il faudrait donc proposer un titre de master (un cursus de master consécutif est en cours de développement en Suisse), étant donné que pour décerner un titre comparable à celui d'un médecin, des compétences approfondies et élargies s'imposent. Elle table par ailleurs sur le fait que la création d'un diplôme de master ouvrira de nouveaux champs d'activité aux sages-femmes, principalement en physiologie, domaine où les besoins sont d'ailleurs les plus grands (entre autres en planning familial, accompagnement prénatal, sexualité, communication), sans compter que d'autres champs professionnels pourraient encore être couverts et mis au point, p. ex. en matière de diagnostic prénatal ou de problématiques liées aux drogues.

La représentante de l'organisation professionnelle (experte 8) estime pour sa part qu'avant de développer des rôles de pratique avancée dans le métier de sage-femme, il s'agit de mieux reconnaître les compétences dont celles-ci disposent, d'autant que comparées aux infirmiers, elles sont déjà spécialisées et largement plus autonomes. Elle illustre son propos en convoquant l'exemple des sages-femmes qui exercent à titre indépendant : elles travaillent dans le domaine physiologique sans prescription médicale, leurs prestations sont remboursées par les caisses-maladie et au vu de la responsabilité qu'elles endossent, elles devraient déjà être considérées comme des Advanced Practitioners. Elle fait de surcroît valoir que pour être reconnues en tant que telles, il faudrait non seulement que la population prenne conscience de leurs aptitudes, mais également que ces professionnelles – peu nombreuses et majoritairement féminines – acquièrent davantage de poids politique. Elle ajoute que les salaires des sages-femmes libérales sont très bas. En guise de conclusion, l'experte 8 qualifie d'illusoire l'exigence de mettre au point une formation de niveau master pour les sages-femmes travaillant à leur compte, portée par quelques-uns. Elle précise encore qu'à l'heure actuelle, on retrouve plus de titulaires de master dans des fonctions de cadre ou de manager que sur le terrain et que la filière n'a pas pour vocation uniquement de transmettre des connaissances académiques et axées sur la recherche, mais également de développer plus avant les compétences pratiques.

### 5.2.2 Rôles et domaines d'intervention

L'experte 7 est d'avis que tant le milieu hospitalier qu'ambulatoire recèle un potentiel majeur pour le recours aux sages-femmes PA. L'introduction des forfaits par cas a créé un vide au niveau du transfert de la maternité à la maison et pour l'heure, impossible de garantir que toute femme sortant de l'hôpital peut être suivie pendant les dix jours consécutifs à la naissance par une sage-femme. Elle fait néanmoins valoir qu'il ne serait pas envisageable de transposer en Suisse le modèle britannique des sages-femmes PA ou les concepts scandinaves, puisque le métier y occupe globalement une position différente. Selon l'experte 8, pour développer le rôle des sages-femmes, il n'y a pas tant lieu de multiplier les fonctions qu'elles assument, mais de conférer à leur activité une assise plus large. En effet, comme les deux expertes l'ont souligné à plusieurs reprises, rares sont les femmes qui savent qu'elles peuvent être prises en charge par des sages-femmes d'un bout à l'autre du cycle de la grossesse.

#### ■ Relevé du statut du nouveau-né :

Les deux expertes s'accordent à dire qu'il appartient déjà aux sages-femmes d'effectuer le premier examen du bébé. Leur confier le relevé du statut du nouveau-né (jusqu'au premier anniversaire) constituerait aux yeux de l'experte 7 une des missions qui pourrait figurer sur le cahier des charges sages-femmes PA.



■ Extension du rôle des sages-femmes dans les services obstétricaux :

Assister le médecin lorsqu'il procède à une césarienne, à la suture de déchirures du périnée, etc. Les deux expertes considèrent que les césariennes relèvent du médecin et que les sages-femmes PA ne sont pas à leur place en tant qu'assistantes. Elles font valoir que les sutures de déchirures du périnée de premier et deuxième degrés sont aujourd'hui déjà réalisées en toute autonomie par les sages-femmes, lorsque celles-ci exercent à titre indépendant ou pilotent des naissances au sein de maternités ; elles relèvent néanmoins que ces compétences pourraient encore être développées.

■ Prise en charge de femmes enceintes victimes de mutilations génitales :

Les deux expertes soulignent que cette tâche ne peut être menée à bien sans une formation ad hoc. L'experte 7 estime par ailleurs que cette mission de pratique avancée, qui mettrait l'accent sur les compétences transculturelles, recèle un potentiel de développement, tout en notant que cette prise en charge ne représente qu'un sous-domaine parmi d'autres. L'experte 8 considère quant à elle qu'il s'agit là d'une spécialisation et non d'un domaine des pratiques avancées.

■ Prescription d'analyses de laboratoire et de tests (ultrasons, examen sanguin, etc.) :

Les deux expertes font observer qu'il convient à cet égard de s'interroger sur la différenciation à faire au sein de la profession, puisque les sages-femmes sont aujourd'hui déjà habilitées à prescrire certaines analyses. Elles rappellent cependant que ces dernières sont peu nombreuses et qu'il est souvent fastidieux, voire inutile, de charger un médecin de faire l'ordonnance complémentaire. Il y a donc lieu de réfléchir aux droits que l'on juge en adéquation avec les compétences de base des sages-femmes, et ceux qui relèvent des pratiques avancées.

■ Prise en charge de femmes dont le fœtus présente un retard de croissance intra-utérin :

Selon les deux expertes, les soins pré et postnatals de ce type de femmes gagneraient également à figurer sur la liste des tâches de pratique avancée. L'experte 7 attire l'attention sur les lacunes du système de prise en charge à la sortie de la maternité, tandis que l'experte 8 est d'avis que les sages-femmes affichant une longue expérience sont parfaitement qualifiées pour assumer cette responsabilité en toute autonomie ; elle préconise donc de les libérer à l'avenir de l'obligation de solliciter une prescription d'un médecin pour s'acquitter de cette mission.

■ Traitement initial des femmes enceintes se plaignant de différents maux (nausées, maux de ventre, déshydratation, diarrhée, etc.) :

Les deux expertes font valoir que les sages-femmes sont aujourd'hui déjà compétentes pour assurer la prise en charge des femmes dont la grossesse suit un cours normal et les aiguiller vers un médecin en cas de complications. S'agissant du développement de missions avancées en matière de traitement initial, cela impliquerait d'une part de revoir le régime d'indemnisation (à l'heure actuelle, si une femme a déjà épuisé son quota de six consultations avec la sage-femme, elle doit demander une ordonnance à un médecin pour ce genre de prestations), de l'autre, de déployer des trésors de pédagogie, car les femmes enceintes ont coutume de s'adresser à leur gynécologue en cas de problème ou de contrôle et ne sont qu'entre 2 % et 5 % à savoir que les sages-femmes pourraient répondre à leurs besoins.

■ Responsabilité de divisions, de formations, de recherches et de travaux de développement de la pratique :

L'experte 7 fait remarquer que le transfert, du médecin aux sages-femmes, de la responsabilité des maternités, est un des projets phares de la fédération professionnelle, qui s'emploie d'ailleurs depuis son congrès 2013 à faire signer la pétition qu'elle a rédigée en ce sens. Quant à la recherche et la formation, elle convient certes qu'elles entrent dans le champ des pratiques avancées, mais à titre de sous-domaine uniquement. Ce qui lui semble essentiel, c'est de clarifier la répartition des rôles sur le terrain. Elle ajoute que le transfert de la théorie vers la pratique est déjà une réalité dans les faits, dans la mesure où dans la recherche et la formation, ces problématiques se nourrissent toujours de la pratique. Elle souligne encore à



quel point il est difficile de trouver des fonds allouables à la recherche sur des interventions de sages-femmes ne portant pas sur des pathologies mais sur la consolidation de la santé, d'autant qu'elle croit avoir constaté que les fonds de recherche étaient plus volontiers attribués aux universités qu'aux HES.

#### ■ Substitution de médecins :

Sur le principe, l'experte 8 ne voit pas ce qui s'oppose à la substitution des gynécologues et des obstétriciens par des sages-femmes PA, mais elle pointe le manque de volonté politique, expliquant que l'Etat est peu enclin à prendre des mesures compte tenu du poids que représente l'exercice libéral de la profession. Elle précise qu'un changement de mentalité pourrait s'opérer à la faveur d'une pénurie de professionnels, mais que dans les régions urbaines au moins, les gynécologues et obstétriciens sont encore trop nombreux pour cela. L'experte 7 voit, elle, dans le débat autour des pratiques avancées une opportunité à saisir pour faire retomber dans le giron des sages-femmes des tâches et des compétences qui leur étaient dévolues à l'origine, mais qui ont progressivement été confiées aux médecins en marge de l'introduction du système des caisses-maladie. Elle insiste sur le fait qu'il ne s'agit nullement d'amputer un métier, mais d'aboutir à une répartition optimale des tâches dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. Elle ajoute qu'au vu notamment du haut degré de technicité qui caractérise la médecine obstétricale et de l'ampleur que prend le phénomène de la stérilité, certains domaines continueraient à relever de la médecine. En revanche, le suivi physiologique des femmes enceintes et leur accompagnement au fil de l'accouchement et du post-partum appartiennent aux sages-femmes. L'experte 7 mise donc sur le fait qu'ancrer ces compétences dans une loi permettrait de multiplier le nombre de femmes qui commenceraient par prendre contact avec une sage-femme en début de grossesse au lieu de se tourner vers un gynécologue.

#### ■ Collaboration interprofessionnelle :

L'experte 8 rapporte qu'aujourd'hui, les sages-femmes et les médecins ne travaillent que ponctuellement en équipe. Voici les raisons qu'elle invoque pour le comprendre : d'abord, la femme aurait besoin d'entretenir une relation de confiance personnelle dans le contexte de la grossesse et de l'accouchement, ensuite, les médecins rechigneraient à reconnaître les compétences des professions non médicales, enfin, ils seraient réticents à céder des domaines d'intervention. Handicap supplémentaire : les étudiants ne sont pas suffisamment éduqués à la collaboration interprofessionnelle pendant leur formation.

L'experte 7 cite quant à elle des exemples de collaboration réussie : les maisons de naissance ou les cabinets de sages-femmes qui sollicitent le concours des médecins en cas de complications. Elle note cependant que les maisons de naissance subissent une pression financière considérable depuis l'introduction des DRG et que la demande plutôt restreinte (du fait de son déficit de notoriété) peine parfois à être satisfaite, étant donné la difficulté à pourvoir les postes de sage-femme au vu du salaire dérisoire. Elle en conclut que le modèle de prise en charge qui préconise la continuité des soins – qui, selon les études, produit les meilleurs résultats tant chez la mère que l'enfant – est en péril.

### 5.2.3 Réglementation

L'experte 7 estime que les conditions et attributions des pratiques avancées pourraient en grande partie être réglées dans la loi sur les professions de la santé, en instaurant un niveau bachelor et un niveau master. Il n'en reste pas moins indispensable de définir avec précision le profil des sages-femmes titulaires d'un master dans la pratique, enjeu dont se sont saisies la conférence professionnelle sage-femme des hautes écoles spécialisées et la fédération des sages-femmes. Cependant, nombre d'aspects concernant la pratique avancée (le financement p. ex.) devraient également être arrêtés en collaboration avec les acteurs du monde de la santé (entre autres les caisses-maladie, la CDS, la CDIP). De plus, dans certains domaines ou spécialisations, une adaptation du régime d'indemnisation s'impose. Quant à la différenciation des profils professionnels, une question de fond doit être posée : qu'entend-on par compétences de base dans le métier de sage-femme ? En effet, se charger du traitement initial, autrement dit accompagner les

femmes enceintes dès le début du cycle de la naissance, fait partie des tâches clés de cette profession. Notons que cette réflexion est primordiale dans la mesure où placer le curseur au mauvais endroit et, partant, restreindre les champs d'action des titulaires de bachelor, pourrait être lourd de conséquences.

L'experte 8 fait par ailleurs valoir que la pratique des sages-femmes est réglée par les lois cantonales sur la santé. Or, la plupart des cantons ayant procédé à une révision de ces actes au cours des 10 à 15 dernières années, il est peu probable qu'ils renouvellent l'opération. En revanche, elle suggère que l'indemnisation des prestations soit modifiée au niveau de la LAMal. Elle rapporte encore que certains cantons essaient d'intégrer à la liste des prestations la compétence de rédiger des certificats de capacité de travail.

### 5.3 Synthèse

On accède à la profession de sage-femme soit en suivant une filière obéissant au principe du « direct-entry », soit en optant pour une spécialisation après une formation en sciences infirmières. Nombre de pays exigent un diplôme de master, une formation postgrade clinique et de l'expérience pratique pour prétendre au titre de sage-femme PA. L'examen de la littérature spécialisée montre que les sages-femmes PA peuvent assumer certaines tâches médicales, sans que la qualité des soins n'en pâtisse. D'ailleurs, les études sont nombreuses à conclure que consolider les modèles de soins placés sous la houlette de sages-femmes a un impact positif sur le degré de satisfaction des clientes, sur la santé de la mère et de l'enfant et sur le coût de la prise en charge.

Les expertes interrogées étaient partagées quant à la nécessité d'exiger une formation de master pour exercer en tant que sage-femme PA en Suisse. Si l'élargissement et l'approfondissement des compétences, le travail de recherche axé sur le métier de sage-femme et le caractère comparable du titre avec celui des médecins sont autant d'arguments en faveur de cette solution, un inconvénient majeur s'y oppose : cette formation serait coûteuse, alors même que les salaires sont (trop) bas, en particulier pour les sages-femmes exerçant à titre indépendant, d'autant que leur statut est déjà comparable à celui d'une praticienne avancée. Il faut ajouter à cela que l'académisation de la profession et les nouveaux cursus de bachelor ne sont pas encore bien établis dans la pratique.

Les domaines d'intervention potentiels des sages-femmes PA se situent tant en milieu hospitalier qu'ambulatoire, ainsi que dans la prise en charge des jeunes mères à la sortie de la maternité. En première ligne de l'avis des expertes interrogées, on retrouve les soins physiologiques des femmes et des nouveau-nés, qui constituent le cœur même des compétences de la sage-femme. Quiconque s'intéresse au développement de profils de pratique avancée ne pourra donc pas faire l'économie des questions suivantes : qu'entend-on par compétences de base dans le métier de sage-femme et quels droits souhaite-t-on lui accorder (prescrire des tests notamment) ? Quelles compétences attend-on d'une sage-femme PA et comment envisage-t-on la répartition, éventuellement nouvelle, des tâches entre médecins et sages-femmes ? Et, plus important encore que l'élargissement du champ d'activité au niveau des pratiques avancées : comment parvenir à renforcer globalement le rôle de sage-femme, quand on sait qu'à l'heure actuelle, la plupart des femmes n'ont même pas conscience qu'elles peuvent être prises en charge par ces professionnelles ?

## 6 Physiothérapeutes

### 6.1 Pratique avancée / champ de pratique élargi dans la physiothérapie – Vue d'ensemble de la littérature

La littérature portant sur la pratique avancée et le champ de pratique élargi (« Extended Scope of Practice », ESP) dans le domaine de la physiothérapie s'intéresse de manière récurrente à l'intervention des praticiens PA ou ESP lors d'un traitement initial (« accès direct »). Le droit de dispenser un traitement initial et les fonctions de triage constituent des mesures de premier plan pour délester les médecins.

Les concepts de pratique avancée et de champ de pratique élargi en physiothérapie sont souvent définis différemment selon les pays (ce qui relève de la PA au Canada est désigné comme ESP en Grande-Bretagne) et la distinction entre les deux n'est pas toujours claire, c'est pourquoi la présente étude considérera les physiothérapeutes PA/ESP dans leur ensemble.

L'examen de la littérature spécialisée comprend des articles aussi bien sur la pratique avancée et le champ de pratique élargi que sur les rôles élargis en général dans la physiothérapie ; les auteurs se sont en outre intéressés aux publications sur les nouveaux modèles de soins impliquant les physiothérapeutes. En appliquant la méthode de recherche décrite au ch. 2.2, nous avons abouti à un total de 44 articles et études, dont nous avons ensuite écarté 14 articles qui ne cadraient pas avec l'angle thématique retenu. Les articles concernent pour la plupart la physiothérapie PA/ESP en Grande-Bretagne et au Canada ; une partie d'entre eux provenaient d'Australie, et quelques-uns des Pays-Bas.

#### 6.1.1 Evolution de la PA / ESP en physiothérapie

C'est en Grande-Bretagne et au Canada que les rôles élargis ont été introduits pour la première fois dans la physiothérapie, avec un double objectif : d'une part permettre un accès à une prise en charge complète dans des délais opportuns et d'autre part, améliorer la qualité des soins. Cette réorientation a par la suite été mise en œuvre en Australie, puis dans d'autres pays. Il n'existe toutefois à ce jour aucune norme internationale, que ce soit en matière de terminologie, de formation ou d'évaluation, concernant les rôles de PA/ESP en physiothérapie.

■ Début 2000, le National Health Service (NHS) a initié en **Grande-Bretagne** le développement de nouveaux rôles dans les professions de la santé, afin d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins prodigués. Ainsi, certaines tâches médicales sont maintenant assurées par du personnel soignant non médecin. Les rôles ESP en physiothérapie ont tout d'abord été introduits pour les troubles de l'appareil locomoteur. La Chartered Society of Physiotherapy (CSP) a défini trois niveaux d'expertise professionnelle avancée : physiothérapeute spécialiste clinique, physiothérapeute ESP et physiothérapeute consultant clinique. Les spécialistes cliniques sont des professionnels expérimentés dotés de connaissances approfondies dans un domaine de spécialité spécifique ; outre le travail auprès des patients, ils offrent également un enseignement pratique dans les études post-diplômes (Ruston 2008). Les physiothérapeutes ESP peuvent assumer, moyennant des formations postgrades et des formations complémentaire ciblées, des tâches et des rôles dépassant le cadre habituel du domaine de spécialité, p. ex. administrer des traitements par injection, demander des examens radiographiques ou adresser directement le patient à un médecin spécialiste (Kersten et al., 2007). Le titre d'ESP n'est pas protégé et il n'existe pas de réglementation quant aux conditions exigibles, mais de nombreux physiothérapeutes exerçant au niveau ESP sont titulaires d'un master ou d'un PhD. Dans le but d'évaluer l'influence du diplôme de master sur la carrière, Green et al. (2008) ont interrogé des physiothérapeutes ayant suivi une formation de master au cours des dix dernières années. Toutes les personnes interrogées exerçaient encore dans la profession, 83 % assumaient des tâches

cliniques, 6,2 % remplissaient un rôle de conseil, 14,4 % travaillaient en tant que physiothérapeute ESP et 16,6 % en tant que spécialiste clinique.

En Grande-Bretagne, les physiothérapeutes ESP exercent dans les domaines suivants : traumatologie et orthopédie, troubles de l'appareil locomoteur, blessures sportives, médecine palliative, maladies respiratoires (« respiratory care »), difficultés d'apprentissage et santé psychique. Différentes études ont permis de mettre en évidence que les physiothérapeutes ESP offrent des soins efficaces et de grande qualité, qui contribuent à la fois à décharger les médecins, à raccourcir les temps d'attente et à réduire les coûts. De surcroît, le niveau de satisfaction des patients est très élevé (Moore 2007 ; Yardley et al., 2008).

■ Au **Canada**, les physiothérapeutes se qualifient au titre de praticiens avancés (Advanced Practitioners) lorsqu'ils ont validé un programme de formation postgrade en PA (p. ex. en rhumatologie et orthopédie), qui leur permet de développer leurs compétences cliniques et les habilite à assumer également des tâches dépassant le cadre de pratique professionnelle habituelle (ce qui correspond à l'ESP en Grande-Bretagne). Comme en Grande-Bretagne, il existe au Canada des spécialistes cliniques (« clinical specialists »), dont le rôle inclut en sus le développement de la pratique basé sur des preuves. En Ontario, où des programmes de formation à la pratique avancée ont été développés, le titre de praticien PA est reconnu au niveau institutionnel, malgré l'hétérogénéité des profils et l'absence de réglementation et de normes nationales en matière de formation initiale, de formation post-diplôme et de certification. L'association professionnelle de la province préconise d'inscrire les PA au registre des personnes autorisées en tant que nouveau groupe professionnel (Woodhouse 2006). Depuis 2010, un master est exigé pour la pratique standard de la physiothérapie au Canada (Yardley et al., 2008).

■ En **Australie**, les rôles de pratique avancée s'entendent dans le sens d'une pratique professionnelle qui, si elle va au-delà du domaine d'activité traditionnel, n'en reste pas moins dans le cadre juridiquement défini pour la profession. Il s'agit notamment des rôles endossés dans des unités de soins ambulatoires pluridisciplinaires ou des services assurant le triage et l'évaluation initiale dirigés par des physiothérapeutes. Les physiothérapeutes ESP peuvent quant à eux assumer des tâches (p. ex., administration d'injections) qui ne relèvent pas du domaine d'intervention de la physiothérapie tel qu'il est prévu à ce jour au plan légal (Moore 2007). Pour établir les rôles d'ESP en Australie d'après le modèle britannique, il faudrait améliorer les structures et les options de carrière, de façon à accroître l'attractivité de la profession, de même que la reconnaissance et la rémunération des physiothérapeutes qui remplissent des fonctions élargies (Ruston 2008). L'Australian Physiotherapy Association (APA) envisage différentes possibilités d'élargissement des rôles d'ESP, en particulier dans les zones rurales où l'offre médicale est insuffisante : droit de prescription pour certains médicaments, pour des examens d'imagerie diagnostique et des tests pathologiques, administration autonome d'injections, pose de sutures mineures et retrait de sutures. On peut s'attendre à ce que l'ESP permette de réduire les temps d'attente, grâce à cet élargissement des compétences, et d'influencer positivement le déroulement de la maladie et de la guérison, grâce à une intervention précoce (Moore 2007).

### 6.1.2 Domaines d'intervention

#### Orthopédie et troubles de l'appareil locomoteur

■ Dans une analyse systématique de la littérature, Kersten et al. (2007) [Q] ont identifié les domaines d'intervention et les motivations en lien avec l'introduction des rôles d'ESP dans plusieurs pays. Les 152 études provenaient majoritairement de Grande-Bretagne (89 %), et plus de la moitié d'entre elles traitaient des interventions de physiothérapeutes ESP dans les domaines de l'orthopédie et des pathologies musculaires. Nombre de ces études pointaient la pénurie de médecins, la longueur des temps d'attente et

l'accroissement de la demande en prestations de physiothérapie comme raisons ayant motivé l'introduction de l'ESP.

■ Stanhope et al. (2012) [Q] décrivent dans un examen de la littérature les rôles et les compétences des physiothérapeutes ESP en orthopédie. Les auteurs ont constaté, dans les études retenues, une grande hétérogénéité des profils de tâches et des niveaux d'autonomie. Les physiothérapeutes ESP assumaient des fonctions élargies dans la thérapie, le diagnostic, le conseil et l'encadrement, administraient des traitements par injection, étaient habilités à prescrire des tests diagnostiques (radiographies, tests sanguins, etc.) ainsi qu'à adresser des patients à des spécialistes, à d'autres thérapeutes, à des centres anti-douleurs ou à des chirurgiens. L'aptitude des physiothérapeutes ESP à poser un diagnostic et l'adéquation de ce dernier étaient comparables avec celles des orthopédistes, pour des coûts et des temps d'attente tendanciellement réduits. Toutefois, les études de qualité dans ce domaine restent trop peu nombreuses, aussi la prudence est-elle de mise dans l'interprétation de ces résultats quant à l'efficacité des physiothérapeutes ESP.

■ Oldmeadow et al. (2008) [CT] mesurent l'efficacité et la qualité d'une unité de triage australienne pour les troubles de l'appareil locomoteur dirigée par des physiothérapeutes. Les physiothérapeutes (qui ont suivi une formation postgrade) y jouent un rôle de « gate-keeper » en déterminant, après avoir examiné en détail les patients souffrant d'affections non aiguës de l'appareil locomoteur qui ont été adressés à la clinique par des médecins, si ces derniers doivent être référés à un chirurgien orthopédiste. Près des deux tiers des 52 participants à l'étude ne nécessitaient pas d'opération et ont pu être traités par des interventions physiothérapeutiques. Le contrôle du diagnostic par des orthopédistes a montré que l'appréciation et les plans de traitement des physiothérapeutes coïncidaient dans 74 % des cas avec l'évaluation médicale. Ainsi, cette unité s'est avérée efficace (réduction des listes d'attente) et de haute qualité ; tant les chirurgiens orthopédistes que les patients étaient satisfaits de ce modèle de soins.

■ Au Canada, MacKay et al. (2007) [Q] comparent les recommandations cliniques de physiothérapeutes spécialisés et de chirurgiens orthopédistes devant conseiller des patients souffrant de lésions du genou ou de la hanche concernant un remplacement articulaire (PTH/PTG). 62 patients ont consulté à la fois des physiothérapeutes spécialisés et des chirurgiens orthopédistes. Ces derniers ont plus souvent recommandé un remplacement articulaire, même si les recommandations concordait dans 85 % des cas et que le diagnostic des deux praticiens était identique dans 69 % des cas.

■ L'étude d'Aiken et al. (2007) se penche sur l'efficacité d'un rôle élargi des physiothérapeutes dans la prise en charge ambulatoire de patients se plaignant de douleurs de la hanche ou du genou au Canada. Les physiothérapeutes ont été en mesure de décharger les chirurgiens orthopédistes en assurant les suivis pré et post-opératoires des patients. Dans une grande majorité des cas, les évaluations des chirurgiens et celles des physiothérapeutes étaient identiques ou similaires. Dans le cadre de ce modèle de soins, les physiothérapeutes PA ont pu contribuer à raccourcir les listes d'attente, vu que les chirurgiens disposaient de plus de temps pour opérer.

■ D'après Woodhouse et al. (2006) [Q], le recours aux physiothérapeutes PA au Canada contribue à raccourcir des listes d'attente pour les opérations de la hanche et du genou (remplacement articulaire). Ces praticiens jouent également un rôle clé au sein des équipes soignantes pluridisciplinaires, au niveau de la prise en charge de l'arthrose, du triage des patients souffrant de troubles de l'appareil locomoteur et du suivi post-opératoire des personnes ayant reçu une prothèse de hanche ou de genou.

■ Kennedy et al. (2010) [CT] ont quant à eux analysé la satisfaction de patients canadiens qui, après une intervention de remplacement articulaire, avaient été suivis soit par des physiothérapeutes PA soit par des chirurgiens orthopédistes. Ils ont relevé un niveau de satisfaction élevé quant au modèle de soins PA.

■ L'examen de la littérature spécialisée de Desmeules et al. (2012) [Q] portant sur l'efficacité des physiothérapeutes PA et ESP dans le suivi des troubles de l'appareil locomoteur a produit des résultats cohé-

rents : les physiothérapeutes assumant un rôle élargi fournissent des prestations équivalentes, voire supérieures, à celles des médecins en termes de précision du diagnostic, d'efficacité thérapeutique, de recours à des moyens médicaux, de coûts et de satisfaction des patients.

### Arthrite

■ Lunden et al. (2009) [Q] ont tenté de déterminer de quelle manière le programme de formation avancée en soins aux patients atteints d'arthrite (Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care, ACPAC) influence les rôles dans la pratique clinique. Ce modèle a permis d'accroître les connaissances et les aptitudes cliniques des physiothérapeutes et des ergothérapeutes ainsi formés, qui ont assumé davantage de tâches cliniques et de responsabilités dans leur rôle ESP, ont augmenté leur efficacité dans la pratique clinique, ont endossé des rôles dans le conseil et le mentorat dans la prise en charge de l'arthrite, amélioré la collaboration interprofessionnelle et facilité l'accès aux soins, notamment pour les patients des zones reculées.

■ Lineker et al. (2011) [Q] ont cherché à savoir dans quelle mesure le travail des ergothérapeutes et des physiothérapeutes canadiens diplômés du programme ACPAC différait dans le traitement des patients arthritiques, en comparaison avec celui des thérapeutes expérimentés qui n'avaient pas suivi cette formation. Comparativement aux thérapeutes d'expérience, les professionnels ESP avaient davantage tendance à se voir adresser des patients souffrant d'arthrites non différenciées pour des évaluations (52 % contre 14 %), à documenter des comorbidités (90 % contre 66 %), à prendre position au nom du patient auprès de sa famille et des médecins (52 % contre 21 %). En outre, ils ont plus fréquemment recommandé des exercices ou de l'activité physique, éduqué les clients sur la gestion de la douleur, la conservation de l'énergie et la posture, et ont davantage prescrit des moyens auxiliaires et des tests diagnostiques. Les autres thérapeutes, quant à eux, avaient plus de probabilités de renseigner les patients sur les mesures de protection des articulations et sur les ressources communautaires.

■ Au Canada, un nouveau modèle de soins a été développé dans un centre spécialisé dans l'orthopédie et l'arthrite, où les physiothérapeutes PA assument un rôle élargi pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge. Robarts et al. (2008) [Q] décrivent de quelle façon les physiothérapeutes PA déchargent les chirurgiens en gérant l'aiguillage de patients vers une consultation chirurgicale et en assurant le suivi post-opératoire des patients après la pose d'une prothèse de hanche ou de genou. Ce modèle de soins fondé sur la collaboration a permis de réduire les temps d'attente et d'améliorer le processus d'évaluation des patients, de même que la coordination des soins.

■ Dans différents pays (notamment au Canada, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas), les physiothérapeutes ont élargi leur rôle dans la prise en charge des patients arthritiques (Li et al. 2010) [Q]. De ce fait, les physiothérapeutes ESP comptent parmi leurs tâches et compétences l'examen complet des patients, la prescription de tests pathologiques et la surveillance de la prise de médicaments au moyen de tests sanguins et urinaires. Différentes offres de formation continue (d'une durée allant de trois jours à dix mois) ont été mises en place pour l'exercice de ces fonctions selon les pays.

### Services d'urgences

■ Des rôles élargis ont été développés en Grande-Bretagne pour les physiothérapeutes exerçant dans les services d'urgences (« Emergency Physiotherapists ») avec le double objectif de faire face à l'augmentation de la demande et d'améliorer les prestations (Crane et al., 2013). Les physiothérapeutes PA y prennent en charge de manière autonome les patients atteints de troubles de l'appareil locomoteur, depuis l'admission jusqu'à la sortie de ces derniers, procèdent aux examens et, le cas échéant, adressent les patients aux professionnels adéquats. Dans une revue de la littérature, Bethel (2005) [Q] évalue l'efficacité de ces rôles. Les apports les plus importants ont été observés au niveau de la diminution des listes d'attente et de la

satisfaction des patients. L'inconvénient de ces rôles réside en ce que ces physiothérapeutes ne peuvent prendre en charge qu'un nombre limité de patients dans les services de petite taille.

■ Smith et al. (2004) [Q] décrivent l'émergence de nouveaux rôles pour les physiothérapeutes dans les services d'urgences britanniques. Dans le cas des traumatismes aigus du genou, les physiothérapeutes ESP se sont chargés du traitement lorsque les patients ne nécessitaient pas d'intervention orthopédique. Ils étaient alors habilités à prescrire des radiographies et des IRM. Les physiothérapeutes ESP se sont révélés plus efficaces que les médecins dans le diagnostic des traumatismes du genou. Ils ont également été mis à contribution pour le traitement initial des lésions des tissus mous.

■ En Australie, les physiothérapeutes ESP employés aux urgences et dans les services d'orthopédie ont été considérés comme efficaces : ils ont en effet permis de réduire les temps d'attente, d'accroître le nombre de patients pris en charge, de faciliter l'aiguillage vers d'autres spécialistes et services de santé, tout en assurant la satisfaction des patients. Les physiothérapeutes ont également endossé des rôles ESP en radiographie, dans la prescription et l'interprétation des clichés radiographiques conventionnels, permettant ainsi aux radiologistes de se concentrer sur des tâches plus complexes (Ruston 2008) [Q].

■ Lau et al. (2008) [RCT] ont examiné les effets d'un traitement physiothérapeutique précoce chez 110 patients qui ont été admis dans un service d'urgences de Hong-Kong pour des douleurs aiguës au dos. La moitié des patients a bénéficié d'une intervention de physiothérapie comprenant informations et conseils, réassurance, gestion de la douleur et traitement interférentiel, entraînement à la mobilité et à la marche ou encore aides à la marche. Le groupe témoin a uniquement reçu un entraînement à la marche et, le cas échéant, des aides à la marche. Tous les participants ont par ailleurs bénéficié d'un traitement médical conventionnel et d'une intervention de physiothérapie ambulatoire. Les patients du groupe expérimental éprouvaient moins de douleurs, tant à la sortie des urgences que lors de leur admission dans le service de soins ambulatoires un mois après. A noter toutefois que les effets de l'intervention physiothérapeutique précoce n'étaient presque plus visibles après trois et six mois.

■ L'examen de la littérature réalisé par McClellan et al. (2010) [Q] sur l'efficacité des physiothérapeutes ESP qui, dans les services d'urgences, prennent en charge de manière autonome les patients depuis leur admission jusqu'à leur sortie, montre que les résultats thérapeutiques et les coûts de ce modèle de soins sont comparables avec ceux d'une prise en charge par des médecins. Aux urgences, les physiothérapeutes ESP suivent les procédures standardisées ; ils consacrent toutefois davantage de temps aux patients, et la satisfaction de ces derniers est plus élevée. Il a également été relevé que les patients pris en charge par des ESP peuvent marginalement mettre plus de temps avant de reprendre leurs activités quotidiennes habituelles. De manière générale, les auteurs recommandent d'employer les praticiens ESP dans ces rôles, eu égard à la qualité et à l'abordabilité des soins qu'ils dispensent et au fait qu'ils peuvent contribuer à atténuer la pénurie de personnel dans les services d'urgences. De même, Anaf et al. (2007) concluent de leur examen de la littérature spécialisée que l'intervention des physiothérapeutes ESP dans les services d'urgences permettait d'obtenir une diminution des temps d'attente ainsi qu'un niveau de satisfaction élevé des patients.

### Nouveaux modèles de soins

■ Accès direct : L'accès direct (« direct access » – on parle également de patients se présentant spontanément, « patient self-referral ») se rapporte aux prestations de physiothérapie auxquelles il est possible de recourir sans prescription médicale. Les deux principaux arguments avancés contre ce modèle sont les suivants : d'une part, il existerait un risque pour la sécurité des patients sans prescription médicale, et d'autre part, il pourrait en résulter une augmentation sensible de la demande en prestations de physiothérapie. Ces craintes ne se sont toutefois pas concrétisées dans les pays où l'accès direct est possible, ce qui est le cas pour la moitié des pays européens. Dans la plupart des cas, les prestations sont fournies par des



cabinets privés (79 %) ; dans 58 % des cas, elles ne sont toutefois pas prises en charge par l'assurance-maladie. Certains pays autorisent les physiothérapeutes qui ont suivi uniquement la formation de base à traiter des patients sans prescription ; d'autres exigent pour ce faire une formation de master et/ou une formation professionnelle continue, ou encore l'exercice sous supervision pendant un certain temps. Les physiothérapeutes exerçant sans prescription médicale ne sont donc pas systématiquement considérés comme PA/ESP (WCPT 2011).

■ Maddison et al. (2004) [Q] décrivent un concept de triage mis en œuvre dans un hôpital britannique dédié aux troubles de l'appareil locomoteur, où l'augmentation du nombre de patients adressés par des médecins de famille était telle que les temps d'attente étaient très longs. Il existait de plus un manque de coordination entre les quatre services compétents et les transmissions de patients en interne étaient fréquemment faites de manière erronée ou à double. Outre l'introduction d'un triage clinique centralisé, des procédures standardisées ont été développées pour l'aiguillage vers les services spécialisés, parmi lesquelles un parcours dédié aux patients souffrant de maux de dos dirigé par des physiothérapeutes ESP. Enfin, trois unités externes ambulatoires gérées conjointement par des médecins généralistes et des physiothérapeutes ESP ont été mises sur pied pour les patients atteints de troubles mineurs de l'appareil locomoteur. Après l'introduction de ces mesures, bien que le nombre des transmissions ait plus que doublé, les temps d'attente ont considérablement diminué, et les transmissions à double avaient été supprimées. Par ailleurs, des programmes de formation ont été mis en place à l'intention des médecins de famille pour leur permettre d'adresser de manière optimale les patients soit à des physiothérapeutes, soit à des médecins spécialistes. Une enquête réalisée auprès des patients a montré la satisfaction de ces derniers à l'égard du nouveau service.

■ En Australie, les temps d'attente pour les consultations auprès des orthopédistes sont souvent très longs, et les patients qui nécessitent une opération doivent encore patienter davantage, même pour les interventions urgentes. Etant donné que, de surcroît, il n'existe généralement pas d'offre de soins pendant le temps d'attente, cette configuration peut entraîner une morbidité accrue. Morris et al. (2011) [Q] étudient les effets d'un système de triage téléphonique mis en place pour faire face à ces problèmes. Deux physiothérapeutes ont interrogé des patients sur liste d'attente orthopédique pour savoir s'ils souhaitaient maintenir leur rendez-vous, et leur ont proposé d'être aiguillés vers un nouveau centre spécialisé pluridisciplinaire ou des physiothérapeutes. 16,4 % des patients ont annulé leur rendez-vous (contre 0,1 % avant l'introduction du système de triage), 18 % ont été adressés au centre pluridisciplinaire et 26 % à des physiothérapeutes. Cette mesure a permis de réduire considérablement à la fois les temps d'attente et les coûts de traitement.

■ Un réseau interprofessionnel communautaire a été créé aux Pays-Bas pour la prise en charge de la maladie de Parkinson, dans lequel les médecins adressent les patients présentant des signes de la maladie à des physiothérapeutes. Munneke et al. (2010) [RCT] ont analysé l'efficacité de ce réseau ; dans cette étude, 699 patients ont été aléatoirement désignés soit pour être traités par le réseau, soit pour bénéficier d'une prise en charge normale. Bien que le nouveau modèle de soins n'ait pas produit d'effet particulier sur l'état de santé des patients, le réseau a permis de réduire les coûts.

## 6.2 Situation de la physiothérapie en Suisse

Depuis 2004, seules les hautes écoles spécialisées dispensent la formation professionnalisante en physiothérapie. Une filière d'études de master (MSc) en physiothérapie a été lancée en 2010, proposée par la Haute école spécialisée bernoise en collaboration avec la Haute école zurichoise des sciences appliquées (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, ZHAW) ; le MScPT a été accrédité par le DEFR en 2012. Leur expertise clinique permet aux physiothérapeutes MScPT de traiter des patients atteints de maladies chroniques ou de problèmes médicaux complexes, de mener des recherches, de remplir un rôle

clé dans le développement de la pratique basé sur des preuves, de conseiller d'autres physiothérapeutes ainsi que d'être actifs dans l'enseignement (Huber et al., 2011). Il existe également des formations post-grades de MAS, DAS ou CAS, qui permettent d'approfondir les connaissances dans un domaine déterminé et l'expertise en méthodologie scientifique. Toutefois, une « culture de la recherche » existait déjà dans la pratique professionnelle des physiothérapeutes avant l'académisation des structures de carrière, initiée notamment par des experts qui avaient obtenu un MSc ou un PhD à l'étranger (ibid.).

Physioswiss, l'association suisse de physiothérapie, a développé en 2010 le profil professionnel « spécialiste clinique », comme alternative aux options de carrière passant par la voie académique. Pour devenir spécialiste clinique physioswiss, il faut pouvoir attester d'au moins cinq ans d'activité professionnelle (en l'espace de dix ans au maximum), exercer actuellement une activité clinique à au moins 30 % dans la spécialité concernée ainsi qu'avoir suivi une formation postgrade et effectué un nombre défini d'heures d'« activité clinique réflexive ». Les professionnels peuvent opter pour la voie clinique (avec une part plus importante de pratique réflexive) ou la voie académique. Le titre de « Spécialiste clinique physioswiss » est attribué dans les spécialités suivantes : physiothérapie générale, musculo-squelettique, neuromotricité et organes sensoriels, organes internes et vaisseaux, pédiatrie et gériatrie<sup>14</sup>.

D'après le rapport « La physiothérapie en mutation » de la Société suisse pour la politique de la santé (SGGP-SSPS), le MSc, qui est actuellement proposé en cours d'emploi, devrait dans un proche avenir pouvoir être également suivi dans le cadre d'études consécutives à temps plein. Les auteurs du rapport s'attendent à ce que 20 à 25 % des titulaires d'un bachelor visent un diplôme de master. Des efforts sont également déployés en vue de proposer un doctorat en Suisse (Huber et al. 2011).

En Suisse, seules les prestations de physiothérapie faisant l'objet d'une prescription médicale sont prises en charge par les caisses-maladie. C'est la raison pour laquelle seuls 6 % des patients s'adressent directement à un physiothérapeute en cas de problèmes de dos ; une majorité commence par solliciter une consultation auprès d'un généraliste (59 %), et une partie se tourne vers un chiropraticien ou un autre prestataire reconnu par les assurances (p. ex. ostéopathe). Selon les résultats d'une enquête, 66 % des Suisses seraient toutefois prêts à s'adresser directement aux physiothérapeutes ; le niveau de confiance en l'efficacité et la qualité des soins de physiothérapie est élevé (Huber et al. 2011).

## 6.3 Appréciation des experts concernant la pratique avancée en physiothérapie

### 6.3.1 Profil et formation

La représentante de l'haute école (experte 10) conçoit aussi bien la nécessité que la possibilité d'un développement des rôles PA en physiothérapie, notamment au niveau du premier contact et du triage pour les patients souffrant de troubles de l'appareil locomoteur. Elle argue que les physiothérapeutes sont plus compétents dans ces domaines que la plupart des médecins de famille, lesquels sont fréquemment surchargés. En cas de problèmes aigus, les patients doivent souvent attendre longtemps avant d'obtenir une prescription de ces derniers pour des soins de physiothérapie. Aussi serait-il également judicieux pour la santé des patients que les physiothérapeutes soient accessibles directement. L'experte 10 estime qu'un bachelor est insuffisant pour ces fonctions de premier contact et d'évaluation/triage et qu'il faudrait exiger en sus une expérience professionnelle couplée à une formation postgrade. Il ne s'agirait pas impérativement d'un Master of Science, diplôme axé sur la recherche et la pratique basée sur les niveaux de preuves ; on pourrait également envisager un MAS, qui se concentre sur des aspects techniques spécifiques. De

<sup>14</sup> <http://www.physioswiss.ch/swiss/weiterbildung/klinische-weiterbildung.htm> (état au 15.8.2013).

l'avis de l'experte 10, il serait judicieux d'exiger une expérience professionnelle d'au moins cinq ans pour accéder aux études de master, étant donné que la pratique avancée correspond spécifiquement à un besoin de la pratique, tandis que l'évolution des cursus de master est issue du monde académique et suit la logique de la systématique de formation.

Elle (experte 10) signale l'urgence des changements requis dans le monde professionnel pour que les physiothérapeutes puissent eux aussi tirer parti d'une formation master. De fait, la situation actuelle est telle que les titulaires de ce diplôme, malgré des connaissances et des compétences considérablement accrues, n'obtiennent fréquemment aucun élargissement de leur domaine d'activité dans la pratique. Certains d'entre eux peuvent être mis à contribution dans des projets de recherche ou à des fonctions de direction, mais dans la plupart des cas rien ne change : ils ne se voient pas confier d'activités plus intéressantes ni de meilleurs postes, et le salaire reste le même. Dans de nombreux cas, par conséquent, le master ne se révèle pas très attractif pour les physiothérapeutes.

Le représentant de l'association (expert 9) signale que la possibilité d'offrir des prestations de physiothérapie pour un traitement initial (« accès direct ») constituerait en Suisse un rôle PA, bien qu'elle fasse partie intégrante du profil professionnel standard de la discipline dans environ la moitié des pays européens. Dans ces pays, par conséquent, le développement de la PA peut partir d'une autre base. L'expert fait valoir que la prise en charge de patients sans prescription médicale suppose des compétences en prise de décisions cliniques ainsi que la capacité à exclure certains diagnostics. Il explique qu'aujourd'hui, les physiothérapeutes MSc exercent dans la recherche, dans l'enseignement et dans des domaines cliniques spécialisés, ce qui va dans le sens d'une pratique avancée. L'expertise clinique reste toutefois déterminante pour les rôles PA, et celle-ci ne saurait être acquise que par le seul biais d'un cursus de master. Aussi estime-t-il qu'il n'est pas impératif d'attacher l'obtention du titre de PA à un MSC et qu'un MAS, qui approfondit les compétences cliniques, se révèle parfois plus utile. Il précise aussi qu'il faut à tout prix éviter que les professionnels ayant acquis une longue expérience et une grande expertise ne soient mis à l'écart des nouvelles possibilités d'évolution professionnelle. C'est notamment ce qui a motivé la création du titre « spécialiste clinique ».

Du point de vue de l'association professionnelle, l'académisation et le développement de nouveaux modèles de soins constituent des prérequis à l'émergence de profils professionnels de pratique avancée. Un ancrage légal de ces derniers serait toutefois prématuré : il faut préalablement laisser du temps pour développer ces profils sur la base de la pratique.

### 6.3.2 Rôles et domaines d'intervention

Dans la littérature scientifique se trouvent exposés différents rôles et compétences ; voici la prise de position des experts à ce sujet :

#### ■ Traitement initial, triage et prise en charge des patients :

Dans les domaines tels que les troubles de l'appareil locomoteur, les lésions des tissus mous, la rhumatologie, la rééducation de la main, en cas de troubles de l'apprentissage moteur, de blessures sportives, de maladies respiratoires (« respiratory care »), de troubles neurologiques et pour les questions liées à la santé psychique, l'experte 10 considère les physiothérapeutes comme compétents. Les physiothérapeutes PA pourraient assurer le traitement initial et la planification des soins/du traitement. L'expert 9 observe qu'à l'heure actuelle déjà, 90 % des prescriptions pour de la physiothérapie ne comportent pas de diagnostic, bien que cet élément relève formellement du cadre des responsabilités du médecin ; les physiothérapeutes doivent d'ores et déjà, dans ce cas, décider du traitement de manière autonome. Vu la durée limitée du temps d'attente pour les consultations auprès de spécialistes et/ou pour des interventions chirurgicales en

Suisse, la fonction de triage, telle qu'elle a été développée en Grande-Bretagne, par exemple, n'est pas primordiale.

■ Suivi post-opératoire des patients :

En raison de la pénurie de lits, le niveau des activités des patients est évalué par des physiothérapeutes avant l'admission à l'hôpital. Si ce niveau est bon, la réadaptation post-opératoire est organisée à domicile par des physiothérapeutes, précise l'expert 9.

■ Prescription et interprétation de radiographies :

Selon l'experte 10, les physiothérapeutes possèdent les compétences nécessaires pour décider de l'opportunité d'une radiographie. L'interprétation des clichés ne relève toutefois pas de la mission première de la physiothérapie. L'expert 9 considère qu'un développement de ces compétences dans un cadre limité est possible, dans la mesure où celles-ci servent la prise de décision afférente à la pratique.

■ Pose de sutures, retrait de sutures, administration d'injections :

De l'avis des experts, ces actes ne relèvent pas de la mission première de la physiothérapie.

■ Prescription de tests diagnostiques :

L'experte 10 estime qu'il est difficile de saisir dans quelle mesure le travail avec les tests diagnostiques et la surveillance de l'ajustement du traitement médicamenteux doivent faire partie du profil de pratique avancée, quelles seraient les compétences supplémentaires nécessaires à cet effet, et quel volume de ces dernières seraient obtenues dans le cadre d'une formation master. Bien que les physiothérapeutes possèdent les compétences de base relatives aux différents tests et procédures, il faut des connaissances spécifiques et une formation complémentaire intensive pour prescrire et interpréter des tests pathologiques ou des procédures d'imagerie diagnostique. Aussi l'experte envisage-t-elle les rôles de pratique avancée davantage au niveau du premier contact et du traitement que dans le domaine diagnostique.

■ Conseil et encadrement :

L'experte 10 observe qu'aujourd'hui déjà, de nombreux physiothérapeutes sont à la tête de projets de recherche, d'équipes ou de services. L'intégration des connaissances scientifiques dans l'activité professionnelle est particulièrement encouragée depuis la tertiarisation de la formation ; au sein des cliniques et des hôpitaux également, les résultats des recherches sont discutés et intégrés. L'experte fait valoir que concernant cet aspect, il y a eu un développement du groupe professionnel dans son ensemble, et que de telles tâches ne sont pas cantonnées à la pratique avancée. L'expert 9 rapporte pour sa part qu'il existe dans la plupart des cliniques des formes de mentorat, où des professionnels expérimentés guident et soutiennent les jeunes physiothérapeutes afin de garantir une qualité élevée des soins.

■ Enseignement et recherche :

Tous les enseignants sont aujourd'hui titulaires d'un master, mais très peu d'entre eux travaillent aussi en parallèle avec les patients, rapporte l'experte 10. La plupart d'entre eux ne travaillent plus qu'en haute école.

■ Substitution de médecins :

Les deux experts s'accordent pour considérer la substitution de médecins de famille s'agissant des compétences de traitement initial et de transfert comme un changement important dans le paysage de la santé en Suisse, qui pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Ils estiment que les connaissances approfondies des physiothérapeutes leur permettent d'être plus compétents dans certains domaines que les médecins de famille, et que de ce fait, ils devraient être en mesure d'assurer ces tâches. Il faudrait pour cela, précise l'experte 10, des accords avec les assureurs ainsi qu'une discussion et un accord avec la fédération des médecins concernant qui se charge de quelles tâches. L'objectif est d'optimiser le système dans son intégralité, autant que faire se peut sans concurrence ; car il ne s'agit pas de retirer quoi que ce soit à quiconque, mais d'offrir la meilleure qualité de soins possible. Pour l'expert 9, l'accès direct à la physiothérapie pour délester les généralistes constituerait aussi une évolution majeure dans le cadre de

réseaux interprofessionnels. Il existe d'ailleurs à ce sujet un projet pilote saint-gallois de réseau de médecins et de physiothérapeutes, dans lequel un accès direct est possible. On peut s'attendre à une situation de concurrence entre les rôles de pratique avancée et les spécialistes notamment (p. ex. orthopédistes) ; a contrario, les physiothérapeutes entretiennent de bonnes relations avec les médecins de famille.

■ Collaboration interdisciplinaire :

Dans le domaine hospitalier, en réadaptation et en gériatrie, la collaboration interdisciplinaire est d'ores et déjà largement développée ; elle pourrait toutefois être encore améliorée, explique l'experte 10. Du côté des soins ambulatoires, il existe des contacts entre les médecins et les physiothérapeutes pour les discussions de cas cliniques, mais guère plus de collaboration allant au-delà de ce cadre, même avec d'autres groupes professionnels (au sens de « Managed Care »). Sur ce point, le potentiel de développement est considérable. L'expert 9 rapporte qu'il existe dans le domaine ambulatoire essentiellement des réseaux informels qui limitent les consultations auprès des médecins généralistes et réduisent la durée des interventions auprès des patients. Certaines spécialités telles que la pédiatrie fonctionnent entièrement en réseau ; au CHUV (Lausanne), une étroite collaboration est établie pour certains groupes de patients (p. ex., patients atteints de vertiges ou de troubles neurologiques spastiques, rhumatologie pédiatrique), avec des consultations conjointes médecins/physiothérapeutes.

### 6.3.3 Réglementation

De l'avis de l'experte 10, le niveau PA requiert un cadre légal qui détermine qui est responsable pour quoi, et avec quelles compétences, ainsi que de nouveaux accords avec les assureurs-maladie. Il est toutefois impératif de définir préalablement au sein du groupe professionnel les exigences à rattacher au titre de praticien avancé en termes de formation et d'expérience professionnelle, les compétences afférentes ainsi que les mesures permettant de garantir les prestations et la qualité de la désignation PA (p. ex. au moyen d'un examen). Pour l'experte 10, la différenciation des droits en matière d'exercice entre le bachelor et la pratique avancée se fait essentiellement au niveau du traitement initial – les physiothérapeutes PA doivent pouvoir traiter des patients sans prescription médicale – et de la rémunération. Bien que ce dernier point soit particulièrement controversé, l'experte 10 considère qu'il est primordial qu'une formation PA soit récompensée et que l'expérience et les connaissances approfondies permettent d'obtenir une rémunération supérieure à celle des jeunes diplômés.

Comme il a été mentionné, l'expert de l'association professionnelle estime qu'il est prématuré de régler le niveau PA et préconise d'attendre tout d'abord de voir quels seront les effets de la maîtrise, quelles compétences viendront s'ajouter ainsi que la place que la physiothérapie sera amenée à prendre à l'avenir. La dynamique est ici en effet tout autre que dans le domaine des soins, étant donné que les physiothérapeutes ne sont pas aussi fortement intégrés dans les structures hiérarchiques, exerçant de manière relativement autonome. Dans le cadre du développement des profils professionnels, il est donc essentiel, d'une part, d'évaluer les futurs besoins en physiothérapeutes – aujourd'hui, le nombre d'étudiants dépend du nombre de places de stage<sup>15</sup> ; d'autre part, il convient d'adapter la formation aux nouveaux rôles, de manière à transmettre les compétences appropriées. Ainsi, les personnes souhaitant exercer en tant que gestionnaire de cas (« Case Manager ») doivent disposer, outre des connaissances techniques, de connaissances actuarielles et communicatives. En contrepartie, le risque est d'instaurer des formations qui laisseraient sortir des spécialistes trop spécialisés ou trop nombreux : ici, aussi, l'équilibre idéal doit être défini au sein du groupe professionnel.

<sup>15</sup> Selon Huber et al. (2011), environ 20 % des physiothérapeutes exerçant en Suisse viennent de l'étranger.

## 6.4 Synthèse

Les rôles élargis en physiothérapie ont été introduits en Grande-Bretagne et dans d'autres pays anglophones dans le but de répondre à l'augmentation de la demande en prestations, en particulier dans le domaine de l'orthopédie. Comme de nombreuses études ont pu le montrer, les objectifs et les attentes liés au développement des fonctions de PA/ESP ont manifestement été satisfaits : les interventions d'évaluation et de triage, efficaces et de qualité, concernant les patients atteints de troubles de l'appareil locomoteur ou d'arthrite, ont permis de réduire les temps d'attente et les coûts de traitement ainsi que de délester les médecins spécialistes et d'accroître la satisfaction des patients.

Malgré l'absence d'une définition uniforme des profils professionnels PA ou ESP en physiothérapie, ces derniers sont essentiellement axés sur la pratique clinique (comparés à d'autres professions de la santé), tandis que le développement de l'activité professionnelle basé sur des preuves n'est guère mentionné comme champ d'activité dans la littérature. Bien qu'une formation supplémentaire soit exigée pour les rôles PA et ESP dans tous les pays considérés, le Master of Science n'est pas la règle. Les experts suisses interrogés considèrent eux aussi la pratique clinique comme le pilier d'un futur rôle de pratique avancée. S'ils considèrent les possibilités de carrière académiques comme une évolution importante pour la profession dans son ensemble, ils estiment qu'il n'est pas justifié d'exiger un diplôme de master pour le titre PA. Du fait de l'académisation de la formation professionnelle depuis 2004 et d'une « culture de la recherche » déjà existante, l'intégration d'une pratique fondée sur l'expérience clinique semble s'être déjà imposée comme un élément à part entière du profil professionnel standard. Par ailleurs, il n'existe à l'heure actuelle pour les diplômés du MScPT quasiment pas de possibilités de combiner des activités de recherche et d'enseignement avec des fonctions cliniques.

Une des questions centrales pour les physiothérapeutes en Suisse concerne la possibilité de traiter des patients sans prescription médicale et, le cas échéant, de les adresser à des spécialistes. Les physiothérapeutes seraient de toute façon plus compétents que les généralistes dans certains domaines (p. ex., troubles de l'appareil locomoteur), et un accès direct permettrait de délester les médecins et d'accroître la qualité des soins. La moitié des pays européens permettent déjà un tel accès direct, certains même dès le niveau diplôme. En Suisse, un tel élargissement des compétences relèverait de la pratique avancée et ne devrait concerner, de l'avis des experts, que les professionnels expérimentés ayant suivi une formation postgrade. Les groupes professionnels considèrent manifestement comme primordiale la question des compétences et des barèmes de rémunération. De l'avis du représentant de l'association, il est par ailleurs encore trop tôt pour réglementer la pratique avancée au niveau de la loi ; il juge préférable d'attendre de voir les effets qu'auront sur la pratique professionnelle l'académisation et le développement de nouveaux modèles de soins. Enfin, fixer des exigences trop élevées risquerait d'exclure des nouvelles possibilités de carrière les physiothérapeutes expérimentés titulaires d'un ancien diplôme. La création du titre « spécialiste clinique physioswiss » visait à répondre à cette problématique.

## 7 Ergothérapeutes

### 7.1 Ergothérapie – Vue d'ensemble de la littérature

Contrairement aux soins, il n'existe pas de définition internationale pour la pratique avancée en ergothérapie. Les ergothérapeutes PA en Grande-Bretagne sont des professionnels disposant d'une expérience et d'une expertise élargies, qui étendent et complètent dans la pratique les techniques qu'ils ont apprises. A cette fin, ils doivent avoir suivi une formation supplémentaire et accompli un travail de réflexion approfondi sur les méthodes et les techniques dans la pratique (Roberts 2002). Les rôles élargis en physiothérapie sont toutefois plus fréquemment développés au sens d'un champ de pratique élargi (« Extended Scope of Practice », ESP). On désigne par **Extended Scope of Practice** (ESP) les spécialistes cliniques qui exercent au-delà du cadre reconnu de la pratique d'un métier dans des rôles innovants ou non traditionnels, c.-à-d. qui assurent des tâches cliniques ou des rôles qui sont généralement dévolus à d'autres professions (Collins et al., 2000). Cependant, la distinction entre les deux n'est pas toujours claire. Ainsi, au Canada par exemple, la caractéristique qui définit les ergothérapeutes de pratique avancée est « l'usage de compétences avancées pour assumer des responsabilités qui vont au-delà des frontières traditionnelles de l'ergothérapie » (ACE 2012), ce qui correspond plutôt à un rôle ESP.

L'examen de la littérature spécialisée tient compte d'articles traitant de la fonction d'ergothérapeutes dans des rôles de PA, ESP ou dans un contexte interprofessionnel innovant. En appliquant la méthode de recherche décrite au ch. 2.2, nous avons abouti à un total de 54 articles et études, dont nous avons ensuite écarté 34 articles qui ne cadraient pas avec l'angle thématique retenu.

#### 7.1.1 Réglementation et normes : PA et ESP en ergothérapie

■ En **Grande-Bretagne**, le rôle des ergothérapeutes ESP a été créé en lien avec l'initiative du National Health Service (NHS) visant à renforcer l'intégration des professionnels de la santé non médecins. L'objectif était de faire face à la pression accrue sur les systèmes sanitaires et sociaux, dans le but de réduire les temps d'attente, d'améliorer la continuité et la qualité des soins et de pallier la pénurie de personnel (Dickson et al., 2008). Les ergothérapeutes interviennent dans des rôles ESP dans de nombreux domaines, mais faute d'une réglementation légale, ces rôles ne sont pas clairement établis. Au niveau du travail quotidien ou encore dans les offres d'emploi, l'expression « Advanced Practice » ne se rencontre quasiment jamais (par opposition à la discussion dans la littérature). D'après un document de travail interne de la fédération britannique d'ergothérapie<sup>16</sup>, un développement des rôles ESP serait aussi envisageable dans la prescription de médicaments (dans des secteurs spécifiques et en coopération avec les médecins), dans l'acupuncture ou dans la thérapie comportementale cognitive.

■ En **Suède**, les ergothérapeutes sont encadrés par le Conseil national de la santé et des affaires sociales (Socialstyrelsen), auprès duquel ils sont tenus de s'enregistrer pour obtenir une autorisation d'exercer (SWOT 2011). 90 % des ergothérapeutes sont employés par le service de santé national et travaillent par exemple en gériatrie, dans l'aide aux personnes handicapées, les soins de premier recours, la réadaptation, dans les institutions pénitentiaires ou dans les soins psychiatriques ; les 10 % restants travaillent en tant qu'indépendants. Face à la complexité croissante du champ d'activité, des démarches ont été entamées en Suède dès le milieu des années 1990 pour développer la formation d'ergothérapeutes spécialisés ; les premiers modules ont été proposés en 2002 (SWOT 2010). Les ergothérapeutes experts suivent une formation axée sur une des quatre voies proposées (examen, intervention, évaluation ou conseil/supervision), en combinaison avec une spécialité, comme les soins de santé généraux, la gériatrie, la réadaptation, l'aide aux personnes handicapées ou les soins communautaires. Ces experts ont achevé une formation

<sup>16</sup> Seule une synthèse de ce « Extended Scope Practice Briefing » nous a été communiquée.



master, obtenu une autorisation d'exercer et bénéficient d'une expérience professionnelle pratique d'au moins cinq ans. Haglund et al. (2010) ont évalué les rôles des ergothérapeutes spécialistes/experts en Suède. Ces derniers soutiennent les autres collaborateurs, s'engagent dans la formation des futurs ergothérapeutes et endossent un rôle de passerelle entre la recherche et la pratique ; ils sont en outre en mesure de proposer des prestations pointues pour les patients présentant des besoins particuliers. Eu égard aux profils de formation et d'activité décrits, les experts en ergothérapie suédois pourraient être qualifiés de praticiens avancés. On recense actuellement en Suède 59 experts en ergothérapie (SWOT 2013).

### 7.1.2 Domaines d'intervention

Les ergothérapeutes PA ou ESP exercent dans les domaines suivants : rééducation de la main, arthrite, unités de soins intensifs néonataux et pédiatrie, troubles nutritionnels et alimentaires, paralysie cérébrale et soins psychiatriques.

■ Ellis et al. (2001) [Q] ont interrogé vingt physiothérapeutes ESP et douze ergothérapeutes ESP intervenant dans la **rééducation de la main** en Grande-Bretagne. Ces professionnels bénéficiaient en moyenne de 10,2 années d'expérience dans la rééducation de la main, et la durée d'exercice en tant que thérapeute ESP s'échelonnait entre trois mois et six ans. Les thérapeutes ESP travaillent dans des cliniques non médicales ou non chirurgicales, en rhumatologie, au niveau de l'évaluation pré-opératoire et dans des unités de suivi post-opératoire. Leurs attributions comprennent le diagnostic, les injections, les soins des plaies et les ponctions articulaires. A des degrés divers, ils ont aussi pu demander des diagnostics complémentaires (p. ex. examen sanguin ou radiographie) et engager des mesures (p. ex. décompression du canal carpien) sans consultation préalable d'un médecin. Les physiothérapeutes et ergothérapeutes ESP ont également assumé des tâches traditionnellement dévolues aux médecins ou aux infirmiers. Chez les thérapeutes interrogés, ces aptitudes élargies ont été obtenues dans le cadre de stages cliniques sous la supervision des spécialistes idoines. Le recours aux ergothérapeutes ESP a permis de réduire les temps d'attente (cf. Ellis et al. 2002).

■ Se fondant sur une enquête Delphi, Ellis et al. (2005) [Q] ont examiné les rôles des physiothérapeutes et ergothérapeutes ESP exerçant dans la **rééducation de la main** en Grande-Bretagne, ainsi que la formation et les compétences requises pour les remplir. Les thérapeutes ESP collaboraient souvent avec des chirurgiens orthopédistes et des rhumatologues, ou remplaçaient un médecin assistant. Selon les estimations des experts interrogés, au moins trois années d'expérience clinique sont nécessaires pour assumer des compétences élargies au sens de l'ESP. La formation clinique pratique a été considérée comme bien plus importante qu'une formation académique supérieure. Tous les participants étaient unanimes sur la nécessité pour les thérapeutes ESP de poursuivre en parallèle leurs rôles professionnels traditionnels afin de partager leurs connaissances et de ne pas travailler de manière isolée. Une grande importance a été accordée à l'aptitude des thérapeutes ESP à prendre des décisions cliniques et diagnostiques.

■ Rose et al. (2009) [Q] décrivent la création et l'évaluation d'un centre dédié à la prise en charge des **douleurs de la main** (syndrome du canal carpien et arthrose carpo-métacarpienne) faisant appel à des ergothérapeutes ESP en Grande-Bretagne. La qualité du diagnostic et de la mise en œuvre des plans de traitement standardisés par les ergothérapeutes ESP a été contrôlée par des médecins spécialistes. Il s'est avéré que les ergothérapeutes ESP sont en mesure d'assurer efficacement le diagnostic et le traitement de patients souffrant d'un syndrome du canal carpien ou d'arthrose carpo-métacarpienne, sans pour autant augmenter le nombre de demandes en consultations de chirurgie. Il en va de même s'agissant du diagnostic d'autres pathologies, telles que le stade précoce de la maladie de Dupuytren, la maladie de Quervain, les ganglions nerveux ou le doigt à ressort.

■ Lineker et al. (2011) [Q] ont montré de quelle manière une formation PA en soins aux patients atteints d'**arthrite** (Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care, ACPAC) influence la pratique professionnelle des ergothérapeutes et physiothérapeutes ESP canadiens.

■ Les compétences et aptitudes avancées exigées des ergothérapeutes exerçant dans les **unités de soins intensifs en néonatalogie (NICU)** aux Etats-Unis sont décrites dans un article de Vergara et al. (2006) [Q]. Aux Etats-Unis, les ergothérapeutes sont considérés comme des praticiens avancés dans cet environnement complexe. En effet, les NICU requièrent une évaluation en continu de la situation et une approche dynamique de la planification des interventions, ce qui exige des compétences avancées au plan tant médical que social. Les ergothérapeutes doivent être en mesure de reconnaître les besoins médicaux complexes et les vulnérabilités de nouveau-nés gravement malades ou prématurés ; ils sont compétents pour proposer des méthodes de traitement moins invasives. Dans ce contexte, leur expérience dans la collaboration avec les familles est particulièrement importante.

■ Tanta et al. (2010) [Q] considèrent eux aussi le travail thérapeutique fourni dans les **NICU** aux Etats-Unis comme des pratiques avancées. Grâce aux connaissances dont les ergothérapeutes disposent en matière d'interventions psychosociales et de physiologie neuromusculaire, ils les jugent qualifiés pour assumer un rôle de pratique avancée en qualité de thérapeute du développement dans ces établissements. Les chercheurs ont ainsi observé que lorsque ces professionnels prenaient en charge des nouveau-nés souffrant d'un problème au niveau nutritionnel, leur approche était plus globale que celle des médecins et d'autres soignants, si bien qu'ils obtenaient de meilleurs résultats. De même, les ergothérapeutes enregistrent de nombreux succès lorsqu'ils traitent des troubles neuromusculaires. Enfin, s'agissant de l'information et de la formation des parents dans les NICU, ils jouent un rôle majeur.

■ Mitchell et al. (2005) [CT] analysent, eux, l'efficacité des ergothérapeutes PA dans le domaine ambulatoire en Australie. Ils ont comparé le travail de cinq débutants et de cinq experts (au bénéfice de cinq ans d'expérience au minimum) lors de **visites à domicile** filmées. Il en résulte que les premiers ont davantage tendance à suivre les procédures de près et à être dépendants de structures externes comme des critères et des formulaires d'évaluation, tandis que les seconds font preuve de plus de flexibilité et arrivent mieux à faire face aux aléas de la situation, si bien qu'ils recourent moins souvent à ces structures externes. Enfin, ils abordent plus volontiers des sujets délicats.

■ Il n'y a, parmi les ergothérapeutes, pas de consensus sur la quantité d'expérience clinique nécessaire pour atteindre le statut d'expert. Aussi Rassafiani (2009) [Q] analyse-t-il le rapport entre le nombre d'années d'expérience professionnelle et le niveau des connaissances professionnelles d'un ergothérapeute dans le domaine de la **paralysie cérébrale**. L'exploitation des données récoltées dans le cadre de deux études australiennes antérieures révèle cependant qu'en tout cas dans ce domaine clinique, on ne peut dégager de corrélation significative entre ces deux variables.

■ Cole (2011) [Q] s'est penchée sur la possibilité d'élargir les compétences des ergothérapeutes en matière de **gestion de la pharmacothérapie** en Grande-Bretagne, sachant qu'on n'entend par gestion pas uniquement le fait de prescrire des médicaments, mais également de conseiller les patients sur la façon de les utiliser et de les stocker correctement (p. ex. en les initiant au maniement d'un pilulier ou en les mettant en garde contre les conséquences d'un stockage inapproprié). Dans cette fonction, il appartient également aux ergothérapeutes de faire part aux médecins de leur appréciation sur le caractère adéquat d'un médicament ou d'un moyen auxiliaire pour un patient donné. La chercheuse est d'avis que si les ergothérapeutes PA sont soutenus par leur association professionnelle, par leur employeur et par leur formateur, ils sont à même d'assumer cette responsabilité, ce qui leur permettrait par ailleurs d'améliorer le succès des traitements médicamenteux, puisqu'ils affindraient la connaissance que le médecin chargé de rédiger l'ordonnance a de ses patients (en l'avertissant p. ex. des difficultés que celui-ci pourrait rencontrer avec la prise de médicaments).

■ Clark et al. (2003) décrivent les connaissances et les compétences que doivent afficher, aux Etats-Unis, les ergothérapeutes désireux de pratiquer au niveau PA dans le domaine des **troubles nutritionnels et alimentaires**. Notons que tombent dans cette catégorie tant les difficultés corporelles à porter la nourriture jusqu'à la bouche et à la mastiquer – la dysphagie p. ex. – que des troubles alimentaires psychosociaux et des dysfonctionnements cognitifs. Si les auteurs concluent que la formation académique initiale donne aux ergothérapeutes les aptitudes pour travailler dans ce domaine, seule l'expérience pratique au contact du patient leur permet d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de fonctions avancées.

■ En Suède, les ergothérapeutes interviennent également dans les **soins psychiatriques**. Eklund et al. (2001) [Q] s'intéressent donc à la jonction qu'opère ce métier entre une activité orientée sur l'action et l'importance des interactions verbales, décisives dans ce domaine où les patients font face à des problèmes quotidiens indissociables des difficultés psychiques (psychosociales, psychiatriques). Lorsque l'enquête a été réalisée, quelque 450 ergothérapeutes œuvraient dans les soins psychiatriques, la moitié collaborant au sein d'équipes pluridisciplinaires dans un contexte ambulatoire. Relevons encore que plus de 60 % d'entre eux avaient suivi une formation continue en psychothérapie ou en ergothérapie et qu'ils avaient en moyenne douze ans d'expérience professionnelle.

## 7.2 Situation et perspectives : appréciation des experts concernant la pratique avancée en ergothérapie

Comment définir la notion de pratique avancée<sup>17</sup> en ergothérapie et quels rôles et profils professionnels lui associer concrètement, ce sont là deux questions qui n'ont pas encore été tranchées en Suisse et qui sont au cœur des discussions. La représentante de la haute école (experte 6) fait valoir que cette notion n'a fait l'objet d'une définition harmonisée ni en ergothérapie, ni dans les autres professions, si bien qu'elle prend des formes très différentes selon les systèmes de formation et les contextes pratiques. La représentante de l'association professionnelle (experte 5) attire, elle, l'attention sur le fait qu'au cours des dernières années, le développement du métier s'est concentré sur l'activité libérale et que l'heure était à la consolidation. Selon elle, nombre d'ergothérapeutes craignent que l'introduction de rôles de pratique avancée ne restreigne les domaines dans lesquels les titulaires de bachelor peuvent intervenir (exercice en indépendant et certaines activités spécifiques notamment), réservant ceux-ci aux diplômés de niveau master. Elle insiste donc sur le fait qu'il convient d'adopter d'abord une position claire au sein de ce groupe professionnel.

Les entretiens avec les expertes ont tous deux mis en évidence que pour ce métier relativement peu connu et à faible effectif, situé à la croisée entre santé et travail social, développer des profils de pratique avancée était particulièrement délicat.

### 7.2.1 Profil et formation

L'experte 5 imagine les rôles de pratique avancée en ergothérapie dans le domaine des nouveaux modèles de soins. Elle estime en effet que dans le contexte des soins intégrés, il y a lieu de former des équipes compétentes composées de praticiens avancés de différentes disciplines et que les ergothérapeutes PA pourraient assumer la gestion de cas pour les patients dont l'obstacle principal réside dans les tâches de la vie quotidienne. Au sein de l'association professionnelle, les membres se sont interrogés sur l'opportunité de différencier les pratiques avancées en fonction des domaines spécialisés – soit en ergothérapie gériatrique, pédiatrique, etc. – ou s'il était préférable de mettre au point un profil plus général (PA en maîtrise de la vie quotidienne). L'experte 6 envisage pour sa part les profils PA dans des centres de soins interdisciplinaires, dans la gestion de cas présentant des maladies complexes, dans la réadaptation professionnelle,

<sup>17</sup> La notion et le concept d'Extended Scope of Practice n'ont pas été abordés par les expertes dans le débat relaté ici.

dans la prévention, dans l'accompagnement et l'information de patients à la sortie de l'hôpital, dans le contexte de l'école intégrée, ainsi qu'en gériatrie.

L'experte 5 souligne qu'on ne saurait développer et clarifier les nouveaux rôles sans le concours des autres professions, mais qu'il n'en est pas moins nécessaire que chacune d'entre elles puisse déterminer souverainement à quelle formation ou expérience professionnelle on subordonne le titre de praticien avancé. Elle ajoute que ce ne serait ni possible ni judicieux de reprendre tel quel le modèle d'un groupe professionnel connexe. Elle fait ainsi remarquer que les ergothérapeutes doutent fortement qu'il faille imposer à leurs praticiens avancés l'obligation de disposer d'un MSc, comme c'est le cas chez les infirmiers. Elle privilégierait pour sa part un master à orientation professionnelle (MAS), étant donné que le cursus master s'efforce dans sa conception actuelle d'approfondir les connaissances acquises dans le volet scientifique du bachelor et ne permet pas de perfectionner ses compétences pratiques, axées sur le patient.

L'experte 6 est elle aussi d'avis qu'en matière de pratique avancée, l'expérience professionnelle et la spécialisation technique doivent peser plus lourd qu'un diplôme de master. Il n'en reste pas moins, selon elle, que les candidats au titre de praticien avancé soient tenus d'avoir un bagage scientifique plus étoffé que celui dispensé en bachelor. Elle fait encore valoir que le niveau d'un BSc suisse est supérieur à celui décerné aux Etats-Unis, où seul le diplôme de master habilite à l'exercice professionnel. Aussi juge-t-elle excessif d'exiger un MSc pour pouvoir prétendre à la pratique avancée. Elle suggère une solution intermédiaire, qui consisterait à imposer aux ergothérapeutes candidats au titre PA de suivre un ou deux modules creusant le volet scientifique. Elle explique en outre qu'un des principaux objectifs poursuivis par le MSc en ergothérapie<sup>18</sup>, reconnu il y a peu, est de former les étudiants à la recherche et à l'implémentation dans la pratique de connaissances nouvelles. Mais il vise également à les initier à l'analyse des évolutions sociétales de même qu'à l'identification et à l'appréhension de champs d'activité nouveaux, pour certains à mi-chemin entre le monde de la santé et le travail social. Elle relève enfin que l'académisation de la profession permet d'affermir la position des métiers de la santé vis-à-vis de celle des médecins, puisque les soignants non médecins peuvent désormais argumenter, résultats scientifiques à l'appui, que la recherche qu'ils mènent contribue à élargir les connaissances dans leur discipline, ce qui leur donne une plus grande assise pour développer cette pratique en soumettant des preuves. En guise de conclusion, elle note que l'approfondissement des compétences permettra d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts, puisque le gain en expertise dans un domaine permet de poser des diagnostics plus directs, soit en s'économisant une batterie de tests.

### 7.2.2 Rôles et domaines d'intervention

Dans la littérature scientifique se trouvent exposés différents rôles et compétences ; voici la prise de position des experts à ce sujet :

#### ■ Gestion de la pharmacothérapie :

Les deux expertes s'accordent à dire que les ergothérapeutes n'ont pas les compétences nécessaires pour assumer la médication et que celle-ci n'a pas vocation à entrer dans le champ d'activité des ergothérapeutes PA. En revanche, l'experte 6 estime qu'il pourrait être judicieux de les habiliter à prescrire des moyens auxiliaires (comme des attelles, des prothèses) ou des mesures d'adaptation à l'environnement (au domicile ou sur le lieu de travail).

<sup>18</sup> La ZHAW participe depuis 2010 le European MSc in Occupational Therapy ; en juin 2013, le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR) lui a délivré l'autorisation ad hoc. Dès lors, les étudiants suisses peuvent désormais suivre ce programme de master en s'acquittant des droits d'inscription habituels.

■ Rééducation de la main : prescrire des analyses ou un diagnostic plus poussé (examens sanguins, radiographies) :

Les expertes jugent toutes deux qu'il y a un potentiel de développement pour les rôles de pratique avancée. En effet, au vu de leurs compétences techniques, les ergothérapeutes PA pourraient être mis sur un pied d'égalité avec les autres disciplines, jouir des mêmes droits d'accès au dossier du patient et, en particulier, assurer la gestion de cas, aux dires de l'experte 5. L'experte 6 imagine, elle, volontiers que les thérapeutes spécialisés en rééducation de la main prescrivent et interprètent des radiographies de leur propre chef.

■ Soins psychiatriques :

L'experte 5 estime que, dans les soins psychiatriques, l'élargissement des rôles est moins évident. Tout au plus envisage-t-elle qu'un rôle étendu soit dévolu aux ergothérapeutes PA dans les prises en charge les moins complexes et dans l'accompagnement des patients dans leur vie quotidienne. En revanche, elle insiste sur le fait que dans les cas plus lourds, qui impliquent un traitement médicamenteux, les médecins sont de toute évidence mieux armés. L'experte 6 rejoint sa collègue, puisqu'elle conçoit le rôle PA essentiellement dans le soutien aux patients gérant eux-mêmes leur maladie (souvent chronique), dans l'appréhension du trouble au quotidien et dans la détection précoce des symptômes. Lorsque les signes avant-coureurs des crises se manifestent, l'ergothérapeute pourrait ainsi faire office, à la place du médecin, de premier interlocuteur.

■ Prise en charge de personnes souffrant de troubles nutritionnels et dysfonctionnements alimentaires : L'experte 6 rappelle qu'aujourd'hui déjà, dans certaines cliniques spécialisées, les ergothérapeutes collaborent avec des infirmiers, des physiothérapeutes et des logopédistes. L'experte 5 serait pour sa part favorable à ce que les compétences des experts en dysphagie (trouble de la déglutition) soient élargies, notamment pour les prestations portant sur la nourriture. Elle admet néanmoins qu'il n'est pas certain que cela vaille la peine de mettre au point un rôle PA pour une intervention qui concerne un nombre aussi réduit de patients, autrement dit pour un domaine de cette ampleur.

■ Enseignement et recherche, direction d'institut :

Les deux expertes s'entendent par ailleurs sur le fait qu'il est préférable de confier les postes d'enseignement et de recherche au sein des hautes écoles ou des universités à des ergothérapeutes titulaires d'un MSc ou d'un doctorat plutôt qu'à des praticiens avancés, puisque ceux-ci appellent davantage des compétences en sciences et en encadrement. Certes, les praticiens avancés n'en sont pas dénués, mais ils n'en ont pas suffisamment.

■ Reprise d'activités médicales :

Les ergothérapeutes PA pourraient reprendre des tâches relevant de la gestion spécialisée de cas et planifier et coordonner dans les réseaux interdisciplinaires la prise en charge de patients. Selon l'experte 5, l'on gagnerait à confier systématiquement la gestion de cas au professionnel dont le savoir-faire en couvre l'essentiel. L'experte 6 pense également que les rôles PA amèneraient un plus dans le domaine de la réadaptation, de la gestion de cas et des soins de longue durée. Elle ajoute que les ergothérapeutes PA pourraient assumer des tâches en matière de constatations médicales et de diagnostic, procéder à des investigations et au besoin, aiguiller les patients vers des spécialistes. Elle attire cependant l'attention sur le fait que, pour que les ergothérapeutes puissent prescrire eux-mêmes certaines prestations et les facturer, une révision de la loi s'impose.

■ Collaboration interprofessionnelle :

Les deux expertes connaissent des exemples de collaboration étroite entre les ergothérapeutes et d'autres professions (médecins, physiothérapeutes, logopédistes), notamment à la clinique Valens et dans des cliniques de réadaptation, de même que dans leurs antennes. A la différence des hôpitaux de soins aigus notamment, ces établissements se caractérisent par une hiérarchie assez horizontale, une collaboration

plus égalitaire et l'exploitation de l'expertise des différentes professions. L'experte 6 renvoie par ailleurs à des services romands fonctionnant sur un modèle proche de celui des soins à domicile, qui emploient des ergothérapeutes, un domaine qui pourrait être encore développé en Suisse alémanique, puisque les personnes âgées et les patients sortant de l'hôpital ont eux aussi besoin d'entraîner leur dextérité et de recevoir conseils et soutien dans l'organisation de leur vie quotidienne.

### 7.2.3 Réglementation

Les deux expertes soulignent qu'il convient de définir et de concevoir les rôles de pratique avancée avec le concours des professions connexes. L'experte 5 juge central que le cadre légal pour le niveau PA compagne, dans la loi sur les professions de la santé, des règlements formulés de manière très générale (p. ex. un nombre minimal de crédits nécessaires pour se prévaloir du titre), afin que chaque profession puisse fixer elle-même les conditions en matière de formation et d'expérience professionnelle. Les deux expertes font également observer qu'il est indispensable de prévoir des contrôles, l'experte 6 ne souhaitant néanmoins pas encore trancher à qui – à l'association professionnelle, au SEFRI ou à la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS) p. ex. - doit appartenir la responsabilité de décerner le titre. Elle ajoute qu'une révision de la loi sur l'assurance-maladie et une adaptation de la convention tarifaire liant les professionnels de la santé non médecins s'imposent ; de plus, comme le soulignent les deux expertes, il y a lieu de prévoir la possibilité d'indemniser les prestations relevant de la prévention. Enfin, si l'on entend étendre le rôle des ergothérapeutes PA pour qu'ils puissent assumer la gestion de cas et la réadaptation dans le contexte de la réintégration professionnelle, l'experte n'exclut pas qu'il soit nécessaire d'assigner une mission spécifique aux ergothérapeutes dans le cadre d'une révision de l'AI.

S'agissant de la différenciation des droits d'exercice entre les ergothérapeutes disposant d'un titre de bachelor et ceux ayant poussé la formation au niveau PA, les deux expertes s'accordent à dire qu'un diplôme d'une haute école spécialisée doit, à l'avenir aussi, suffire pour assurer le traitement initial en toute autonomie, soit pour planifier et mener à bien une thérapie. Par contre, elles jugent qu'il doit appartenir aux praticiens PA de prescrire des prestations et des thérapies complémentaires, de poser des diagnostics et d'aiguiller les patients vers un médecin, puisqu'assumer la gestion de cas dans une équipe interdisciplinaire et établir un plan de traitement global qui tienne compte des professions connexes et de l'environnement du patient suppose un savoir et une expertise plus larges.

Selon l'experte 6, le principal défi que les ergothérapeutes PA devront relever à titre général, sera de gagner la confiance du patient et du client. En effet, ces derniers doivent pouvoir être certains que le traitement que leur dispenseront ces praticiens avancés sera de la même qualité que celui que pourrait proposer un médecin de famille par exemple. Elles soulignent encore que les rôles PA ne pourront s'ancrer avec succès dans le paysage thérapeutique et le potentiel des conseils préventifs être exploité que si au préalable, la population prend conscience de l'expertise associée au métier d'ergothérapeute. Cette évolution est d'autant plus souhaitable qu'en consolidant l'assise des professions de la santé non médicales et en développant des offres de traitement faciles d'accès, les personnes pourraient solliciter plus rapidement des conseils au lieu d'attendre qu'un réel problème de santé ne se soit installé pour consulter le médecin.

Les deux expertes rapportent les peurs et les tendances à l'isolement qu'elles ont perçues au sein des corps de métier ; or celles-ci sont de nature à freiner le développement des pratiques avancées. La représentante de l'association professionnelle fait remarquer qu'en tant que métier à faible effectif, il faut déployer beaucoup de forces pour se faire entendre, d'autant qu'il fait face à deux « poids lourds » - les physiothérapeutes et les infirmiers – qui tendent à empiéter sur le champ de compétence de l'ergothérapie. Elle fait néanmoins observer que c'est contreproductif que chaque profession se limite à

poursuivre ses propres intérêts et tente de défendre son domaine, et que seul un combat collectif est de nature à améliorer la position des professions de la santé non médicales. Selon l'experte 6, c'est en particulier dans les hautes écoles spécialisées que ces conditions sont réunies, notamment grâce aux modules de formation interprofessionnelle.

### 7.3 Synthèse

L'examen de la littérature spécialisée montre que les ergothérapeutes ESP interviennent dans les domaines suivants : rééducation de la main, arthrite, troubles nutritionnels et dysfonctionnements alimentaires et unités de soins intensifs néonataux. Ils disposent de compétences approfondies leur permettant de prendre les décisions cliniques et diagnostiques qui s'imposent et peuvent représenter des atouts majeurs au sein d'équipes interdisciplinaires, en participant notamment à l'optimisation des plans de traitement individuels. En ergothérapie, en plus de l'expérience professionnelle, la formation postgrade clinique dans le domaine de prédilection semble revêtir plus d'importance pour l'exercice au niveau PA ou ESP que le suivi d'un cursus académique. L'impact du recours à ces praticiens avancés en termes d'efficacité du traitement ou de coûts de la santé n'a fait l'objet de quasiment aucune étude.

Les expertes interrogées pensent qu'en Suisse, le principal potentiel de développement des rôles PA réside, outre certains des domaines cliniques recensés dans la revue de littérature, dans les nouveaux modèles de soins, qui se situent eux aussi à la croisée entre les soins stationnaires et ambulatoires, à mi-chemin entre la santé et le travail social.

Dans les équipes interdisciplinaires, les ergothérapeutes PA pourraient assumer la gestion de cas ; par ailleurs, s'agissant de la réadaptation professionnelle ainsi que de l'accompagnement de patients gériatriques ou victimes de maladies chroniques, la consolidation du rôle de l'ergothérapie pourrait faire progresser la promotion de la santé et le travail de prévention. Si l'on entend atteindre cet objectif, il ne suffira toutefois pas d'élaborer un texte législatif qui encadre le niveau PA et accorde aux praticiens des droits étendus leur permettant de prescrire et facturer eux-mêmes certaines prestations ; il est impératif de prévoir également des possibilités de financement pour les prestations relevant de la prévention, de même que de sensibiliser le public et le monde de la santé à l'expertise associée à cette discipline.

Si l'approfondissement du savoir scientifique est considéré comme une condition importante de l'obtention du titre et de la définition du profil professionnel PA, les deux expertes jugent peu judicieux de subordonner celle-ci à la réussite d'un diplôme MSc. Elles soulignent en effet que les compétences cliniques et pratiques des Advanced Practitioners pèsent plus lourd et que ce cursus, axé sur la recherche, serait une exigence excessive. A cela s'ajoute la crainte que l'on profite de l'occasion pour imposer un titre de master pour l'exercice à titre indépendant, une situation que déploreraient les deux expertes. Enfin, elles recommandent toutes deux d'intensifier la collaboration avec leurs confrères des métiers connexes en vue de définir les rôles des praticiens avancés, tout en souhaitant que chaque discipline puisse définir de son propre chef les exigences et les normes applicables aux profils professionnels PA.



## 8 Diététicien

### 8.1 Diététique et nutrition – vue d'ensemble de la littérature

Les pratiques avancées dans le domaine de la diététique et de la nutrition (appelé dietetics en anglais ; intitulé de la profession : registered dietitian RD) ont fait l'objet de relativement peu d'études, l'essentiel d'entre elles portant sur les aptitudes et les compétences des diététiciens PA, si bien que l'efficacité des traitements et le potentiel d'économies qu'ils représentent ont été peu documentés. L'Extended Scope of Practice, soit la reprise de tâches habituellement dévolues à des professions connexes, semble peu entrer en matière pour les profils innovants, contrairement au développement de compétences ciblées sur des contextes spécifiques – la nutrition clinique ou le diabète p. ex. –, dans lesquels les spécialistes de différentes disciplines collaborent étroitement, tout en disposant en partie des mêmes compétences.

Seuls les articles portant explicitement sur les diététiciens<sup>19</sup> intervenant soit en qualité de praticien avancé ou de spécialiste, soit dans un contexte interprofessionnel innovant, ont été retenus pour la présente étude. En appliquant la méthode de recherche décrite au ch. 2.2, nous avons abouti à un total de 35 articles et études, dont nous avons ensuite écarté 13 articles qui ne cadraient pas avec l'angle thématique retenu. La majorité des 22 articles restants sont issus de l'espace anglophone (Etats-Unis et Royaume-Uni principalement), raison pour laquelle il est quasiment impossible de se prononcer sur le développement, l'importance et l'efficacité des pratiques avancées en diététique dans les autres pays.

#### 8.1.1 Réglementation et normes : PA en diététique

Aux **Etats-Unis**, l'American Dietetic Association publie des normes professionnelles pour les diététiciens (RDs), régulièrement révisées, en les répartissant par domaine de spécialité, sachant qu'elle opère une distinction nette entre les différents niveaux : jeune diplômé (« generalist » ou, depuis peu : « competent »), spécialiste dans un domaine pratique (« speciality » ou « proficient ») et Advanced Practitioners (« expert »). Cependant, la frontière n'est pas très nette entre la catégorie des spécialistes et des praticiens avancés : bien qu'il existe des certificats PA et que la profession s'efforce depuis de nombreuses années de développer et d'ancrer ces nouveaux profils dans le paysage, les institutions et le corps médical semblent peu enclins à les reconnaître.

■ Skipper et al. (2006) ainsi que Brody et al. (2012) mettent à jour les normes applicables aux pratiques avancées en diététique, telles qu'elles avaient été formulées par Bradley et al. (1993). Notons que les critères, exigences et caractéristiques ont étonnamment peu changé : diplôme de master, au minimum huit années d'expérience, formation postgrade dans un ou plusieurs domaines, formation pratique dans une clinique (« advanced practice residency »), modules supplémentaires consacrés à la recherche, participation à des programmes scientifiques et développement de ses propres projets, occupation d'un poste dont le cahier des charges implique tant la prise en charge de patients que des fonctions d'encadrement ou des fonctions techniques complexes, échange avec un large réseau international comptant tant des diététiciens que des professionnels d'autres disciplines, mise au point d'approches innovantes et créatives dans les soins, reposant sur un vaste savoir interdisciplinaire et la capacité à collaborer au sein d'équipes pluridisciplinaires. Skipper et al. précisent que les diététiciens PA ne sauraient envisager leur rôle selon un modèle préétabli, mais qu'ils participent activement à leur conception et à leur adaptation au contexte professionnel dans lequel ils exercent. Notons que Wildish et al. (2010) ont rédigé une étude comparable portant sur le rôle des diététiciens PA au Canada.

<sup>19</sup> Dans l'espace germanophone, l'intitulé de la profession varie : en Allemagne, les diététiciens sont connus sous le nom de « Diätassistent/in », tandis qu'en Autriche, on les appelle « Diätologe/Diätologin ».

■ Boucher et al. (2011) se sont employés à différencier les normes et les niveaux professionnels pour la prise en charge du diabète et illustrent à l'aide d'exemples concrets ce qui différencie les généralistes, les spécialistes et les praticiens avancés en termes de compétences. Les normes de formation, comme la spécialisation sur la gestion du diabète (CDE, « certified diabetes management ») ou la certification PA BC-ADM (« Board certified advanced diabetes management ») ne représentent qu'une partie de la classification : en effet, on peut parvenir à la certification au niveau PA de multiples manières, qui n'ont pas fait l'objet d'une réglementation. Grâce à leurs connaissances et expérience approfondies, les Advanced Practitioners disposent d'une compréhension plus intuitive et globale de la maladie et des soins diabétiques, de même que des patients et des structures de prise en charge avec les équipes pluridisciplinaires, si bien qu'ils sont des acteurs primordiaux de l'adaptation et du développement de la pratique.

■ O'Sullivan Maillet et al. (2012) s'intéressent, eux, aux diététiciens PA, mais sous l'angle du marché du travail. En 2011, 50 % des diététiciens états-uniens étaient titulaires d'un master ou d'un doctorat et 15 % avaient une qualification supplémentaire (spécialisation) ; quant aux titres PA (Advanced-Level BC-ADM), ils étaient très rares (quelque 100 au total). Ils expliquent que le faible intérêt que témoignent les professionnels et les employeurs à cet égard résulte en grande partie du fait que dans la pratique, ils ne perçoivent pas clairement quelles compétences et responsabilités distinguent les praticiens avancés des spécialistes. Ils relèvent également que, dans la mesure où deux des formations spécialisées les plus prisées – CNSC (« certified nutrition support clinician ») et CDE (« certified diabetes educator ») – sont ouvertes à des candidats d'autres disciplines, il pourrait y avoir des conflits d'intérêt. Ils ajoutent que compte tenu du peu de reconnaissance – notamment en termes de revenus – dont jouissent les diététiciens PA, on peut s'interroger sur l'opportunité de poursuivre les efforts visant à uniformiser et réglementer les normes de formation pour les Advanced Practitioners. Ils jugent pour leur part plus important de renforcer la reconnaissance de l'expertise des spécialistes de la nutrition, d'une part dans la loi (en leur accordant le droit de prescription), de l'autre dans les institutions et le contexte professionnel.

S'agissant des normes professionnelles en **Europe**, la Fédération européenne des associations de diététiciens (EFAD) joue un rôle de pionnier. En 2009, elle a ainsi adopté les Standards universitaires pour les diététiciens en Europe (EDBS) ; en 2012, le groupe de travail DIETS2<sup>20</sup> a quant à lui mené une enquête auprès de diététiciens dans 35 pays afin de déterminer quelles compétences et indicateurs ils associaient à la pratique avancée et définir un profil ad hoc. L'objectif des Compétences européennes pour les diététiciens en pratiques avancées (EDAC) est de servir de normes minimales, chaque pays étant libre d'ajuster les profils PA à sa guise. Pour prétendre à la qualification PA, il faut justifier d'une pratique professionnelle poussée (sachant qu'il peut s'agir d'une spécialisation) et des compétences académiques nécessaires (suivi de modules ou d'un diplôme de master). Cela dit, on peut également l'atteindre par d'autres biais, telles des sessions de formation continue ou de cours. Notons que le profil européen n'est pas très éloigné de celui retenu aux Etats-Unis : connaissances cliniques vastes et approfondies, développement de la pratique attestée par des résultats, assurance qualité, sens de la communication, capacité à transmettre son savoir et à travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire, aptitude à mener un projet de recherche, sens du leadership et du management, approche systémique de situations complexes et faculté de résoudre les problèmes de façon innovante. Le modèle européen a néanmoins une particularité : il met l'accent sur la fonction psychosociale du diététicien PA, appelé à tenir compte de la dimension individuelle et culturelle, de même que des inégalités en matière de santé, et à aménager ses interventions en conséquence (cf. également Jonsdottir et al. 2011).

L'EFAD distingue quatre champs professionnels : alors que les « administrative dietitians » sont compétents pour les questions liées à l'alimentation dans les grandes institutions – les hôpitaux p. ex. –, les « cli-

<sup>20</sup> Dietitians ensuring education, teaching and professional quality, [www.thematicnetworkdietetics.eu](http://www.thematicnetworkdietetics.eu).

nical dietitians » travaillent avec certains groupes de patients donnés, les « general dietitians » exercent dans le cadre des soins de base et les « public Health dietitians » sont chargés de concevoir des concepts relevant de la promotion de la santé et de la prévention.

Signalons encore que l'**Allemagne** ne range pas le métier de diététicien dans la catégorie des professions dites thérapeutiques – dans laquelle entrent la physiothérapie, l'ergothérapie et la logopédie –, mais comme autre profession des soins », si bien que le système académique n'offre pour l'heure aucune filière correspondante, pas plus au niveau bachelor (qui fournirait une qualification professionnelle), qu'au niveau master (qui permettrait d'acquérir une qualification plus poussée ou spécialisée). Dès lors, dans les domaines de la nutrition et de la diététique, contrairement aux autres professions de la santé non médicales, les rôles de pratique avancée ne sont pour ainsi dire ni développés, ni débattus, ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils ne faillent pas envisager une académisation (Wissenschaftsrat 2012, p. 12 et 58).

■ Watling (2009) met en évidence que l'expertise dont disposent déjà les diététiciens spécialisés n'est pas suffisamment exploitée. Il note que l'on gagnerait d'abord à prendre conscience de l'existence des diététiciens pédiatriques, ensuite à mieux les intégrer dans les équipes interdisciplinaires. En effet, s'ils pouvaient en permanence adapter avec précision les valeurs nutritionnelles des régimes des patients (« nutritional assessments ») et informer les équipes médicales des interactions entre les médicaments et certains aliments, ils pourraient contribuer à améliorer significativement les résultats des traitements et, partant, à limiter leur durée. Les auteurs soulignent que l'élargissement du rôle des spécialistes passerait d'abord par la communication : donner plus de visibilité à la transmission de son savoir et faire prendre conscience à leurs confrères des professions connexes de l'importance des interventions diététiques. Une fois cette expertise reconnue, les diététiciens devraient se voir confier davantage de responsabilités et bénéficier d'une plus grande autonomie (notamment le droit de prescription pour les patients nourris artificiellement). Comme le détaille le chapitre suivant, plusieurs études ont mis en évidence que, dans ce contexte, faire appel à des diététiciens spécialisés expérimentés se traduit par des résultats positifs en termes de traitement et par une réduction de son coût. Il n'en reste pas moins urgent de pousser plus avant la recherche : « There are significant gaps in the evidence base for paediatric dietetics », constat qui s'impose également à la lecture des publications portant sur l'efficacité du renforcement du rôle des diététiciens. En effet, la plupart d'entre elles sont de nature qualitative, si bien qu'il a été quasiment impossible de trouver des essais contrôlés randomisés et des essais contrôlés.

### 8.1.2 Domaines d'intervention

Les études s'efforçant de décrire le rôle élargi ou renforcé des diététiciens s'inscrivent dans différents domaines : la nutrition clinique dans les soins stationnaires et ambulatoires (gastroentérologie, oncologie, soins intensifs pour nouveau-nés et prématurés, gériatrie), la prise en charge du diabète et la thérapie nutritionnelle (Medical Nutrition Therapy).

■ Peterson et al. (2010) [Q] se sont penchés sur l'efficacité des traitements dans lesquels les diététiciens ont joui d'une certaine autonomie pour prescrire et administrer une alimentation par voie intraveineuse (nutrition parentérale). Ainsi, une clinique américaine a-t-elle rédigé des directives relatives au traitement, avant de recenser des données détaillées – en plus de celles figurant dans le dossier médical usuel –, afin de mesurer plus précisément la qualité et l'efficacité du traitement et de les améliorer. Une fois les diététiciens autorisés à se prononcer sur la prescription de l'alimentation par voie intraveineuse, les auteurs ont observé, malgré l'augmentation globale du nombre de patients, un net recul des erreurs en la matière (tombées de 45 % à 27 %), ce qui correspond à une économie de 20 %. En revanche, ils n'ont relevé aucune différence au niveau de la durée des hospitalisations et du nombre de complications d'ordre infectieux. Au vu de ces résultats, les auteurs recommandent aux diététiciens cliniques d'envisager concrète-

ment comment ils pourraient exercer plus souvent de telles fonctions élargies, sachant qu'ils semblent plutôt préconiser de développer ces rôles innovants et ces modes de collaboration dans les institutions elles-mêmes, que d'envisager une modification de la législation.

■ Braga et al. (2006) [Q] se sont, eux, intéressés aux patients pris en charge dans une clinique américaine, auxquels le médecin traitant a prescrits une alimentation par voie digestive (nutrition entérale), en distinguant les cas où celui-ci a tenu compte, après avoir pris cette mesure, des recommandations des diététiciens et ceux où il ne l'a pas fait (ce qui arrive en général, plus d'une fois sur deux). Ils ont constaté que les conseils de ces spécialistes étaient pertinents, puisque les patients de la première catégorie affichaient un taux d'albumine sensiblement plus élevé, avaient repris plus de poids et été hospitalisés moins longtemps. Selon les auteurs, si les médecins sont peu enclins à faire confiance aux diététiciens, c'est qu'ils ne sont pas suffisamment sensibilisés à l'expertise dont ces derniers disposent ; aussi, ils engagent les diététiciens à faire des efforts de communication. Cependant, ils recommandent d'élargir leurs compétences par étapes (en commençant par le droit de prescription pour la nutrition clinique et les tests en laboratoire).

■ Stanley et al. (2012) [Q] décrivent pour leur part les fonctions élargies confiées aux diététiciens en matière d'alimentation par voie digestive dans les soins ambulatoires en Grande-Bretagne (nutrition entérale à domicile). Notons que cette forme de pratique avancée a été développée principalement en raison de la pénurie de main-d'œuvre, ces fonctions étant jadis assumées par les infirmières communales. Les auteurs font valoir que grâce aux compétences pratiques correspondantes, les diététiciens PA peuvent contribuer au maintien des soins de base et réduire les coûts de la santé, puisque leur intervention permettrait d'éviter des hospitalisations, notamment d'urgence. Si les infirmiers spécialisés en nutrition pourraient avoir l'impression que les diététiciens PA marchent ici sur leurs platebandes, ce risque est faible selon les auteurs, tant le manque de personnel fait rage. Les diététiciens PA sont également amenés à intervenir dans les soins stationnaires, où ils sont chargés notamment de la pose de sondes (Marsland 2010). Lomer (2009) offre d'ailleurs un aperçu des Advanced Practice en gastroentérologie (« consultant dietitians ») en Grande-Bretagne.

■ Sneve et al. (2008) [Q] ont étudié, a posteriori, les dossiers médicaux de patients accueillis dans l'unité de soins intensifs en néonatalogie d'un établissement états-unien et noté que l'introduction d'un modèle de soins innovant, s'articulant autour d'une équipe pluridisciplinaire comptant des diététiciens, a permis d'améliorer significativement l'état nutritionnel des nouveau-nés et prématurés dont le poids à la naissance était faible. De même, Lasby et al. (2004) rapportent l'impact positif qu'a eu la prise en charge ambulatoire innovante de nouveau-nés affichant un faible poids à la naissance par une équipe composée de diététiciens et d'infirmiers PA (« clinical nurse specialist »), tant en termes de traitement que de coût.

■ Les chercheurs ont observé qu'en soins oncologiques également, l'on gagnait à associer plus étroitement les diététiciens (spécialisés). Ainsi, Roberts (2008) [Q] conclue-t-elle au terme de son analyse rétrospective que la perte de poids consécutive à l'ablation d'une tumeur gastrique ou œsophagienne pouvait être endiguée, lorsque les patients étaient reçus à deux reprises par une spécialiste (« upper gastrointestinal oncology dietitian ») récemment recrutée par la clinique britannique dans laquelle ils séjournaient. Kiss et al. (2012) [Q] ont mené une étude portant sur l'implémentation, en Australie, de consultations diététiques pour les patients présentant des carcinomes de la tête et du cou, étant donné que ceux-ci étaient souvent victimes de malnutrition, ce qui nuisait aux résultats du traitement. L'efficacité des soins placés sous la houlette de diététiciens est nette, puisqu'ils ont pu diminuer de moitié environ le nombre d'admissions à l'hôpital et la pose de sondes naso-gastriques, et facilité la reprise d'une alimentation par voie orale des patients traités par radiothérapie.

■ De plus, les personnes âgées arrivent souvent à l'hôpital en état de dénutrition ou de malnutrition, état qui a tendance à empirer pendant leur séjour. Comme la durée de l'hospitalisation ne cesse de se réduire,

il est rare qu'elle permette d'agir sur l'état nutritionnel des patients. Une étude danoise (Beck et al., 2013) [RCT] démontre que grâce à l'intervention ciblée de diététiciens, associée à un contrôle médical ultérieur, cet état et le statut fonctionnel du patient ont pu être améliorés une fois que ceux-ci ont regagné leur domicile, sans compter qu'ils ont eu moins besoin par la suite d'être soutenus par les services sociaux (notamment pour la livraison de repas). En revanche, aucune différence n'a pu être relevée entre les individus du groupe témoin (n=79), n'ayant pas bénéficié des conseils d'un diététicien, et ceux du groupe d'intervention (n=73) quant au risque de devoir à nouveau être admis à l'hôpital.

■ Worth et al. (2006) [Q] ont évalué l'efficacité d'un centre britannique pour diabétiques dirigé par des diététiciens (« lipid clinic »), dans lequel les patients se voyaient offrir à la fois des consultations consacrées à la nutrition et au mode de vie et un traitement médicamenteux. 74 % des patients ont atteint les valeurs cibles fixées pour le cholestérol et les lipides après trois visites et sont parvenus à les maintenir par la suite (suivi douze mois plus tard). S'agissant du traitement médicamenteux, il n'a occasionné aucun effet indésirable.

■ La collaboration entre diététiciens spécialistes du diabète et infirmiers (« diabetes specialist dietician, diabetes specialist nurse ») est la pierre angulaire d'un concept britannique destiné à renforcer l'aptitude des patients diabétiques de type 1 à se prendre en charge eux-mêmes (Ulahannan et al. 2007) [Q]. Les résultats d'un essai pilote sont très encourageants : l'investissement de peu de moyens (deux sessions en groupes de dix personnes au maximum) s'est traduit par la baisse de la dose quotidienne moyenne d'insuline et du taux d'Hba1c, et par une amélioration du contrôle glycémique et de la qualité de vie des participants.

■ Cheyette (2007) [RCT] s'est intéressé à un programme britannique visant à réduire le poids des patients diabétiques de type 2, en leur offrant un suivi intensif par des diététiciens. A court terme, le succès semble être au rendez-vous : en effet, les patients du groupe témoin, qui ne bénéficiaient que d'une consultation par année, voient uniquement leur taux d'Hba1c baisser, alors qu'un net recul du poids, de la dose d'insuline et du taux d'Hba1c a été observé chez les autres. Au bout de six et douze mois cependant, les résultats des deux modèles de soins se rejoignent.

■ Enfin, Burton et al. (2007) [Q] présentent un autre domaine d'intervention, celui de la prise en charge de maladies métaboliques congénitales. En Grande-Bretagne, les individus qui en souffrent sont soutenus par des équipes pluridisciplinaires, dans lesquelles les diététiciens spécialisés jouent un rôle majeur, qui va de la mise au point d'un régime à la participation à la recherche clinique, en passant par la prévention, le traitement de troubles métaboliques aigus, le conseil et la coordination.

## 8.2 Situation et perspectives : appréciation des experts concernant la pratique avancée en diététique

Les expertes affirment que le développement du rôle de diététicien est débattu au sein de la profession ; cependant, nous n'avons trouvé aucune publication portant sur les rôles PA dans le contexte helvétique. Si l'on se penche sur les statistiques de 2010 de l'Association suisse des diététiciens diplômés (ASDD), on constate effectivement que certains des leurs exercent ici avec un titre de master (décroché à l'étranger), l'une d'entre elles étant même titulaire d'un doctorat : un bon quart des sondés ont suivi un cursus de formation postgrade (sanctionné par un CAS, un DAS ou un MAS) en nutrition et diététique, en psychologie, en formation d'adultes, en management ou en santé publique. Quant aux 267 diététiciens sondés travaillant en milieu hospitalier, 26 % collaborent au sein d'une équipe pour la nutrition clinique comprenant un médecin, 18 % sont associés à des programmes de recherche et 4 % participent à des projets interdisciplinaires, dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention entre autres. Cela dit, dans le même temps, la part des professionnels novices est relativement élevée ; or, au rang des principaux défis à relever lorsqu'il s'agit de développer le métier figurent précisément l'intégration des jeunes

diplômés et la collaboration avec des personnes ayant des niveaux de formation différents (depuis 2006, la formation au métier de diététicien est dispensée uniquement en haute école spécialisée). Notons encore que c'est un métier à faible effectif (1000 env.), où les femmes sont ultra-majoritaires (plus de 95 %) et exercent en majorité à temps partiel, en particulier dans les cabinets, où le temps de travail dépasse rarement le 50 % (Soguel Alexander 2010).

### 8.2.1 Profil et formation

Selon l'experte des hautes écoles (experte 3), si l'on définit un Advanced Practitioner comme une personne qui s'est spécialisée dans un domaine au fil de longues années de pratique intensive et qui a acquis des connaissances et compétences supplémentaires dans le cadre d'une formation postgrade alors on peut affirmer que la Suisse compte déjà quelques diététiciens PA. D'ailleurs, les institutions (cliniques, centres de traitement ou cabinets spécialisés, p. ex., en gastroentérologie) cherchent des professionnels forts de connaissances approfondies dans un domaine, aptes à reprendre la gestion de cas et prêts à participer à des projets de recherche.

Les deux expertes s'accordent à dire qu'il est nécessaire de compléter le cursus académique en nutrition et diététique en proposant un diplôme de master. En revanche, elles estiment qu'en tout cas pour l'instant, il ne serait pas judicieux d'exiger ce dernier pour prétendre à la pratique avancée, dans la mesure où on ne peut se permettre, au vu des effectifs, d'obliger des praticiens expérimentés, qui se sont spécialisés dans un domaine et exercent déjà à un haut niveau, à rattraper des études. L'experte représentant l'association professionnelle (experte 4) fait observer qu'on ne peut envisager de reprendre tel quel le modèle états-unien, où le diplôme de master fait partie du dispositif, étant donné que les diététiciens y placent moins le patient au centre de leurs préoccupations. Elle insiste sur la nécessité de prévoir, en Suisse, des modèles de transition qui tiennent dûment compte de l'expérience professionnelle et offrent des possibilités réalistes (tant en termes de calendrier que de financement) pour l'acquisition des compétences supplémentaires. Elle ajoute qu'on ne saurait « dégrader » les diététiciens expérimentés en exigeant un diplôme précis pour la pratique avancée (et partant, pour la rémunération).

Les deux expertes se rejoignent également sur un autre point : il est primordial de valoriser l'expérience professionnelle dans les critères de remise du titre PA. L'experte 3 préconise de faire preuve d'ouverture pour les filières de formation (MSc, MAS, ou autres formes de formation continue), en précisant que les MAS présentent l'avantage de pouvoir être obtenus en alternance et d'être axés sur un champ clinique spécifique. Elle reconnaît cependant qu'en raison du nombre limité de diététiciens en Suisse, il peut être difficile de réunir un nombre suffisant de candidats pour de tels cursus. C'est d'ailleurs en grande partie pour cette raison que l'experte 4 salue le programme de MSc développé en collaboration avec des institutions de formation de plusieurs pays, dont la Suisse, sachant que l'idéal, selon elle, serait qu'il ne soit pas orienté uniquement sur la recherche, mais qu'il intègre différents champs professionnels, dans lesquels les candidats pourraient se positionner.

L'experte 4 fait encore valoir que la mutation qui s'opère dans le système de santé – caractérisée par la demande croissante de spécialistes, l'académisation, qui s'est amorcée avec le passage à une formation de bachelor professionnalisante – a nourri de grandes inquiétudes, tant les diététiciens se sont considérés des décennies durant comme des généralistes. Pour y remédier, elle appelle à définir de nouveaux profils professionnels clairs, à mettre au point des formations continues financièrement supportables et à adopter une rémunération adéquate des spécialistes et experts.



## 8.2.2 Rôles et domaines d'intervention

Selon les expertes, le principal potentiel de développement réside dans les rôles élargis que les diététiciens pourraient assumer au sein d'équipes interdisciplinaires dans les cliniques et centres de traitement, dans le domaine de la gériatrie, de la prévention et de la santé publique. L'experte 4 fait néanmoins part de sa difficulté à préciser quelles tâches les diététiciens PA pourraient prendre à leur compte, puisque les connaissances spécialisées et les compétences nécessaires à cet égard n'ont pas encore été arrêtées. Dans la littérature scientifique se trouvent exposés différents rôles et compétences ; voici la prise de position des expertes à ce sujet :

■ Prescription et adaptation de la pharmacothérapie, prescription de tests de laboratoire et de nutrition clinique :

Les deux expertes jugent opportun de développer les compétences au niveau PA dans les domaines en lien avec la thérapie nutritionnelle ou les maladies liées à la nutrition. L'experte 3 est en outre persuadée que dans bien des cas, lorsque le dosage des médicaments dépend de l'alimentation, le savoir des diététiciens est plus complet que celui, par exemple, d'un médecin assistant, chargé de l'ordonnance, ou du médecin de famille auquel on devrait adresser les patients souffrant de maladies chroniques pour l'adaptation de la médication. Elle fait d'ailleurs observer que certains établissements accordent aujourd'hui déjà une certaine autonomie aux diététiciens, acceptent les recommandations qu'ils formulent au sujet de la nutrition clinique et les prennent au sérieux, lorsqu'ils proposent des tests de laboratoire. Elle conclut qu'il serait éminemment souhaitable d'adapter les bases légales de manière à assurer la visibilité de ces compétences.

■ Collaboration au sein d'équipes pluridisciplinaires :

Selon l'experte 3, les grands hôpitaux comptent de nombreuses équipes pluridisciplinaires fonctionnant sans problème, où les diététiciens jouent un rôle décisif (en gastroentérologie, en endocrinologie et dans les services chargés de l'obésité notamment). L'experte 4 en déduit qu'ils figureront parmi les premiers domaines dans lesquels des rôles PA en nutrition et diététique seront développés en Suisse. En revanche, dans les établissements de plus petite taille, les diététiciens devront, selon elle, davantage jouer des coudes pour être admis au sein d'équipes interdisciplinaires, car leurs collègues connaissent mal leurs compétences et leur place n'est jamais garantie dans les dispositifs pilotes innovants. Elle ajoute que la collaboration interdisciplinaire devrait aller de pair avec une ouverture et, en partie, un chevauchement des champs professionnels : si un diététicien doit être capable de poser une sonde gastrique, un infirmier doit également être en mesure d'effectuer les calculs nécessaires à la mise en place d'une alimentation par voie intraveineuse. C'est là, insiste-t-elle, une condition sine qua non d'un travail efficace de nature à répondre à la pénurie de main-d'œuvre.

■ Gestion de cas, « dietitian-led clinics » :

L'experte 3 estime que c'est avant tout dans les soins de longue durée (patients victimes de maladies chroniques, EMS) que les rôles PA et les nouveaux modèles de soins permettront d'éviter les doublons.

■ Enseignement et recherche :

L'experte 3 affirme que ces fonctions existent déjà, mais que l'on gagnerait à poursuivre leur développement. Elle note que les professionnels hautement qualifiés participant à des projets de recherche portant sur les contraintes de la nutrition de certains groupes de patients sont déjà demandés. Elle ajoute qu'il y aurait lieu, selon elle, de ranger nombre de professionnels forts d'une longue expérience dans un domaine spécifique et ayant approfondis leurs connaissances théoriques dans la catégorie des praticiens avancés. Au vu du cursus qui a été le leur, elle admet cependant qu'ils manquent d'expérience dans le champ de la recherche ; ils n'ont en effet pas l'habitude de documenter leurs activités et de collecter des preuves. Il serait donc primordial, aux dires des deux expertes, d'offrir aux professionnels de cet acabit la possibilité



de rattraper les bases théoriques sous la forme de modules de formation continue. L'experte 4 table néanmoins sur le fait qu'à mesure que la part des titulaires de bachelor progressera, l'acuité de cette problématique s'estompera.

■ Promotion de la santé et prévention :

La discipline se plaçant dans une tradition clinique, les expertes concèdent que ce champ important a été négligé. Elles font encore valoir que si la promotion de la santé, la prévention et le volet santé publique sont inscrits au programme de la formation professionnelle, les diététiciens devraient mieux se positionner en tant que corps de métier et s'approprier ces matières. A cet égard, l'experte 3 note qu'il y a fort à faire en particulier dans les EMS, puisque les diététiciens PA pourraient contribuer à prévenir la malnutrition et à améliorer la qualité de vie en évaluant l'état nutritionnel des résidents, en rédigeant des ordonnances et en proposant des formations ciblées au personnel chargé des soins.

■ Transmission des connaissances relatives à la nutrition et à la diététique dans le contexte interprofessionnel :

L'experte 3 rapporte que cette transmission des connaissances fait aujourd'hui déjà partie intégrante de la mission des diététiciens, titulaires de bachelor compris. Elle relève néanmoins que les médecins rechignent à l'accepter et qu'un travail de sensibilisation aux compétences professionnelles des diététiciens s'impose, tant elles sont mal connues. La méconnaissance et l'ambiguïté des compétences des diététiciens par le public, les médecins et le système de santé est dû, selon l'experte 4, entre autres au fait que la dénomination professionnelle n'est protégée que par la seule la mention ES/HES. Elle en conclut que c'est en premier lieu à l'association professionnelle de prendre son bâton de pèlerin, même si consolider la protection de ce titre dans la loi se justifie également du point de vue de la protection des patients.

■ Reprise d'activités médicales :

L'experte 4 estime que pour décharger les médecins qui manquent souvent de temps, les diététiciens PA pourraient reprendre notamment les tâches suivantes : l'anamnèse, les contrôles, les dépistages et les mesures (p. ex. du poids, des plis cutanés ou du besoin journalier en calories). Elle précise cependant que le but n'est pas ici de revendiquer le droit du traitement initial, mais de poser un diagnostic qui mette en évidence quelles mesures prendre. Elle souligne par ailleurs qu'avant de concevoir de nouveaux profils professionnels en ce sens, il faudrait dresser un état des lieux des compétences déjà disponibles dans les métiers de la santé et réfléchir à la façon de les exploiter au mieux, de les ancrer dans le paysage et, éventuellement, de les développer. Enfin, l'experte 3 souhaite que les clients nécessitant des conseils en matière d'alimentation (p. ex. en raison d'un surpoids qui n'est pas considéré par les caisses-maladie comme obésité) puissent consulter un diététicien sans devoir solliciter l'aval d'un médecin, mais rappelle qu'il faudrait alors également adapter le régime de facturation des assureurs.

### 8.2.3 Réglementation

L'experte 4 est d'avis qu'en sa qualité de discipline à faible effectif, les diététiciens ont été portés par la discussion autour des pratiques avancées dont les infirmiers sont les principaux moteurs. En effet, les associations professionnelles sont organisées en réseau et valorisent l'échange d'expérience. Il n'en reste pas moins, selon elle, que les défis que doivent relever les diététiciens en la matière sont d'une toute autre nature, tant au sein du corps de métier qu'à l'extérieur. Elle ajoute que les diététiciens sont amenés, de par leur histoire, à suivre plutôt les tendances européennes et internationales que les expériences faites en Suisse avec les rôles PA.

Selon l'experte 3, la priorité, en Suisse, c'est que les différentes professions, les caisses-maladie et l'OFSP débattent entre eux, s'unissent et se positionnent ; c'est là un préalable, insiste-t-elle, à toute réglementation. De plus, elle mise sur le fait qu'au fil de ce processus, les différents corps de métier apprennent à mieux se comprendre, ce qui ne manquerait pas d'augmenter l'efficacité de leur collaboration. Elle attend

en outre de ce processus qu'il permette de remettre de l'ordre dans les droits accordés à chacune des professions (à l'heure actuelle, ce sont aux médecins que revient le droit de prescription pour la nutrition, alors que les diététiciens sont pour partie mieux armés pour s'acquitter de cette tâche). Tout en étant consciente du risque d'alourdir la bureaucratie et de donner naissance à de nouvelles formes de doublons, elle juge nécessaire de différencier les droits d'exercice au sein même de la profession. Enfin, les deux expertes se prononcent en faveur d'un droit de traitement initial dès le niveau bachelor, mais envisagent de confier aux praticiens avancés les tâches relevant du diagnostic, ainsi que la prescription de médicaments.

S'agissant du cadre réglementaire, l'experte 4 appelle de ses vœux une législation fédérale, qui arrête les compétences que doivent sanctionner les diplômes de bachelor et de master ou le titre PA. Elle recommande à cet égard de s'inspirer des profils européens (EFAD), afin de garantir l'équivalence des compétences, et partant, la mobilité professionnelle. Elle n'exclut pas qu'ensuite, on insère des profils intermédiaires (spécialiste p. ex.) au gré des besoins. Cette clarification des profils au sein de la profession, poursuit-elle, aurait le mérite de répartir le travail avec davantage d'efficacité dans les cabinets de diététiciens, dans le respect de structures plus lisibles pour les clients, puisque les domaines d'exercice et les responsabilités feraient l'objet de frontières plus nettes. L'experte 4 espère elle aussi qu'à la faveur de cette réglementation des pratiques avancées, les médecins prennent mieux conscience des domaines que couvrent les diététiciens PA. Enfin, elle signale qu'en plus de clarifier et d'ancrer ces profils dans le paysage professionnel, il y aurait lieu de sensibiliser le monde de la santé au fait que les spécialistes et praticiens avancés méritent une rémunération adéquate. Or, elle déplore que, toutes professions confondues, aucune solution réaliste ne se dessine pour l'heure.

### 8.3 Synthèse

Si le consensus règne de longue date dans de nombreux pays anglophones (aux Etats-Unis en particulier) sur les critères formels applicables à l'Advanced Practice en nutrition et diététique, il reste flou, dans la pratique, qui peut être effectivement considéré comme praticien avancé. Cela provient sans doute du fait que les qualifications supplémentaires (spécialisation, master, expérience professionnelle, recherche, etc.) ne sont pas automatiquement synonymes de compétences élargies. Or, pour étendre les droits et les responsabilités (le droit de prescription p. ex.), il faut commencer par prendre des mesures au niveau réglementaire ou institutionnel, parfois même aux deux.

En outre, il est quasiment impossible d'opérer une distinction entre diététiciens PA et spécialistes, étant donné que seuls les professionnels s'étant spécialisés dans un domaine donné peuvent prétendre à des fonctions élargies. Notons qu'aux Etats-Unis, cette exigence a souvent déjà cours au niveau du master. Cela dit, différentes études ont identifié des lacunes en matière de niveau de formation et de recherche : d'une part, il semble judicieux d'introduire un « Practice Doctorate Degree » en nutrition et diététique, afin de poursuivre le développement de la pratique et des parcours professionnels ; de l'autre, les diététiciens disposant d'une qualification scientifique poussée ne sont pas assez nombreux pour faire avancer la recherche appliquée évaluant l'efficacité des méthodes et formes de traitement innovantes et attestant ces résultats par des preuves solides. Les études qualitatives qui ont passé au crible l'efficacité des diététiciens assumant un rôle élargi parviennent toutes à la même conclusion : leurs interventions sont pertinentes et permettent de réaliser des économies. Toutefois, ce constat doit être corroboré par des essais contrôlés randomisés et des essais contrôlés.

Dans ce domaine, les innovations résident essentiellement dans le mode de collaboration (équipes pluridisciplinaires, cadre ambulatoire). Il n'est pas pour autant certain que des pratiques avancées s'imposent systématiquement : à en croire les chercheurs, on pourrait déjà faire des progrès substantiels en exploitant

davantage l'expertise dont disposent déjà les diététiciens, ce que confirme d'ailleurs les études de cas et les entretiens menés avec des AP-RDs britanniques et états-uniens. On pourrait dès lors envisager d'ancrer la collaboration interprofessionnelle dès la formation, ce qui rejoint de surcroît une recommandation émise par le Wissenschaftsrat allemand (cf. aussi Mincher et al. 2012).

Les expertes interrogées saluent toutes deux le développement du parcours académique au niveau master (MSc) ; elles estiment même cette évolution indispensable dès lors que l'on entend garantir la qualité des soins en dépit de la hausse des exigences et de la complexification des cas. Elles n'en restent pas moins défavorables à l'idée d'exiger des candidats aux pratiques avancées qu'ils soient titulaires d'un diplôme de master, tant le risque serait grand, au vu des effectifs réduits, d'exclure les diététiciens expérimentés justement susceptibles de remplir ces rôles PA. Toutes deux insistent également sur l'importance d'asseoir la reconnaissance des compétences et de l'expertise clinique qu'affichent déjà les diététiciens, et ce, pas uniquement au niveau de la réglementation encadrant le futur titre PA, mais pour le corps de métier dans son ensemble, tant celles-ci restent très largement méconnues aussi bien de leurs confrères que de la population.

Les domaines jugés propices au développement de PA en Suisse sont les suivants : rôles élargis, dans différentes divisions cliniques, en matière de gestion de la pharmacothérapie, de droit de prescription pour la nutrition clinique, et de recherche – d'autant que cela viendrait combler un besoin au niveau des institutions –, sans compter la gérontologie, la prévention et la santé publique. Enfin, les expertes font valoir qu'il faudrait que les clients confrontés à des problèmes au niveau de l'alimentation puissent s'adresser directement aux diététiciens, sans solliciter l'aval du médecin, ne serait-ce que pour tirer parti des vertus préventives de leurs conseils.

## 9 Conclusions

En se fondant sur l'examen de la littérature spécialisée et les entretiens menés avec les experts, voici comment on peut se prononcer sur les problématiques énoncées au ch. 1.2 :

■ Depuis la parution du document de travail 27 de l'Obsan, en 2007, la situation des professionnels de la santé non médecins hautement qualifiés a évolué, tant en Suisse qu'à l'échelle internationale. Les interventions parlementaires et projets de réforme préconisant d'encourager les nouveaux modèles de soins et de mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention, ainsi que les initiatives visant à favoriser la formation initiale et postgrade du personnel soignant, fournissent des bases importantes pour la conception des nouveaux profils des professionnels de la santé non médecins hautement qualifiés.

■ Aujourd'hui déjà, des professionnels qualifiés du système de santé assument en Suisse des rôles élargis correspondant à la pratique avancée, qu'il s'agisse des infirmiers titulaires d'un master, mais aussi des professionnels expérimentés rattachés à des équipes interdisciplinaires (à l'instar des diététiciens) ou encore des indépendants (comme les sages-femmes libérales). Tous les groupes professionnels considèrent qu'il est nécessaire de réglementer le profil professionnel inhérent à la pratique avancée, dans la loi sur les professions de la santé, p. ex., et d'adapter les règles en matière de rémunération. Il leur semble tout aussi important de mieux exploiter et reconnaître les compétences dont disposent déjà les professionnels.

■ En renforçant le rôle des professionnels de la santé non médecins, on entend entre autres améliorer la qualité des soins, notamment au travers d'un système de santé basé sur l'interconnexion et l'interdisciplinarité. En outre, l'élargissement des options de formation et de carrière rend plus attrayants les métiers de la santé. Le degré de professionnalisation et d'académisation progresse dans toutes les professions de la santé ; le défi à relever, notamment pour les plus petits groupes professionnels, consistera à assurer des programmes de formation de façon à couvrir les coûts. Vu que les nouveaux profils professionnels ne sont pas encore réglementés et vu l'ampleur des coûts, l'avantage d'une formation initiale et continue reste incertain.

■ Le fait qu'un diplôme de master couvre des champs professionnels et des compétences nouveaux fait largement consensus. Certains groupes professionnels ne sont pas encore parvenus à établir ou décider si la pratique avancée devait être liée à l'obtention d'un master ou d'un MAS. Il leur semble toutefois évident que lorsqu'un professionnel justifie d'une expertise pratique approfondie et de connaissances étendues (également fondées d'un point de vue scientifique) dans un domaine, il doit disposer de davantage de compétences décisionnelles et obéir à un régime de rémunération distinct, sachant que la pratique avancée est centrée sur le droit de traitement initial et la gestion des cas au sein d'une équipe interdisciplinaire. Il pourrait également être judicieux de déléguer d'autres compétences comme la pose d'un diagnostic ou la prescription de moyens auxiliaires ou de médicaments, mais il ne s'agit pas, pour l'heure, d'une priorité en Suisse (contrairement à nombre de pays ayant déjà recours à la pratique avancée).

■ Sur le principe, les examens professionnels supérieurs ne sont pas appréhendés comme concurrents des profils PA, étant donné que ceux-ci n'impliquent pas de connaissances scientifiques et de compétences en matière de recherche, deux éléments clés des pratiques avancées.

■ L'analyse de la littérature a montré que la pratique avancée peut être exploitée dans des domaines et des modèles de soins très divers, le plus souvent dans de nouvelles offres en matière de prévention, de réadaptation ou lors du passage du domaine ambulatoire au domaine hospitalier. De nombreuses études confirment que les professionnels PA peuvent assumer des tâches d'ordinaire dévolues aux médecins, en obtenant des résultats comparables. Il est difficile de formuler des affirmations générales concernant les coûts. Les discussions n'ont toutefois conclu à aucune conséquence financière néfaste. Si les experts interrogés saluent tous l'introduction des pratiques avancées, ils font valoir qu'il est impossible de transposer tels quels les modèles étrangers compte tenu des différences que présentent les systèmes de formation et de santé.

## 10 Références

- AANPE Association of Advanced Nursing Practice Educators, UK (2013):  
<http://www.aanpe.org/AdvancedNursing%20Practice/tabid/721/Default.aspx> (Stand am 23.01.2013)
- ACE Association canadienne des ergothérapeutes (2012): Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012
- ACSF Association canadienne des sages-femmes (2013): La pratique sage-femme – Formations sage-femme, <http://www.canadianmidwives.org/formation-sage-femme.html> (Stand 15.02.2013)
- Aiken A, Atkinson M, Harrison M, Hope J (2007): Reducing hip and knee replacement wait times, *Healthcare Quarterly* 10(2), 88–91
- Alexander J, Anderson T, Cunningham S (2002): An evaluation by focus group and survey of a course for Midwifery Ventouse Practitioners, *Midwifery* 18, 165–172
- An Bord Altranais (2011): Midwifery practice is based on the best available evidence and involves advocacy for the individual woman and her family
- Anaf S, Sheppard LA (2007): Physiotherapy as a clinical service in emergency departments: a narrative review, *Physiotherapy* 93, 243–252
- Arbeitsgruppe «Berufsbilder» der SAMW (2007): Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis, *Schweizerische Ärztezeitung* 88(46), 1942–1952
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2012): Faktenblatt – Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2013): Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, Bern, Januar 2013. Online: [www.gesundheit2020.ch](http://www.gesundheit2020.ch)
- Barandun Schäfer U, Hirsbrunner T, Jäger S, Näf E, Römmich S, Horlacher K (2011): Pflegeentwicklung der Solothurner Spitäler. Unterwegs zu einer klinisch orientierter Pflegeexpertise und Praxisentwicklung, *Pflege* 24(1), 7–14
- Barry J (2013): Advanced Nursing Practice – International Trends in Regulation and Scope of Practice, Referat an der Hauptversammlung der SwissANP, 6. Mai 2013, download unter <http://swiss-anp.ch/w/pages/de/downloads/literatur.php> (Stand 08.07.2013)
- Bauer Nicola H, Pohlabeln H, Friederike zu Sayn-Wittgenstein (2010): Hebammenkreissaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse, *Hebammenforum* 10(2010), 838–840
- Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C (2013): Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial, *Clinical Rehabilitation* 27(6), 483–493
- Begley C, Elliott N, Lalor J, Coyne I, Higgins A, Comiskey CM (2012): Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, under revision
- Begley C, Murphy K, Higgins A, Elliott N, Lalor J, Sheerin F, Coyne I, Comiskey CM, Normand C, Casey C, Dowling M, Devane D, Cooney A, Farrelly F, Brennan M, Meskell P, MacNeela P (2010): Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE), Final Report, National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery in Ireland, Dublin
- Begley C, Oboyle C, Carroll Mund M, Devane D (2007): Educating advanced midwife practitioners: a collaborative venture, *Journal of Nursing Management* 15, 574–584

- Bethel J (2005): The role of the physiotherapist practitioner in emergency departments: a critical appraisal, *Emergency nurse* 13(2)
- Black M, Mitchell E, Danielian PJ (2012): Operative vaginal deliveries – are midwives safer practitioners? A retrospective cohort study, *Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition* 97(Suppl\_1), A74–A75
- Blank MB, Hanrahan NP, Fishbein M, Wu ES, Tennille JA, Ten Have TR, Kutney-Lee AM, Gross R, Hines JM, Coyne JC, Aiken LH (2011): A Randomized Trial of a Nursing Intervention for HIV Disease Management Among Persons With Serious Mental Illness, *Psychiatric Services* 62(11), 2223–2231
- Bläuer C, Mahrer-Imhof R, Brunner-La Rocca H, Müller C, Eze G, Milbich I, Spirig R (2011): Entwicklung und Implementierung eines multidisziplinären pflegegeleiteten Programms zur stationären Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz: Das Basler HI-Programm, *Pflege* 24(1), 29–41
- Booth J, Hutchison C, Beech C, Robertson K (2006): New nursing roles: the experience of Scotland's consultant nurse/midwives, *Journal of Nursing Management* 14, 83–89
- Boucher JL, Evert A, Daly A, Kulkarni K, Rizzotto J, Burton K, Bradshaw BG (2011): American Dietetic Association Revised Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitians (Generalist, Speciality, and Advanced) in Diabetes Care, *Journal of the American Dietetic Association* 111(1), 156–166
- Bradley RT, Young WY, Ebbs P, Martin J (1993): Characteristics of advanced-level dietetics practice: A model and empirical results, *Journal of the American Dietetic Association* 93(2), 196–202
- Braga J, Hunt A, Pope J, Molaison E (2006): Implementation of Dietitian Recommendations for Enteral Nutrition Results in Improved Outcomes, *Journal of the American Dietetic Association* 106(2), 281–284
- Brody RA, Byham-Gray L, Touger-Decker R, Passannante MR, O'Sullivan Maillet J (2012): Identifying Components of Advanced-Level Clinical Nutrition Practice: A Delphi Study, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(6), 859–869
- Burton H, Sanderson S, Dixon M, Hallam P, White F (2007): Review of specialist dietitian services in patients with inherited metabolic disease in the United Kingdom, *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 20(2):84–94
- Carberry M, Connelly S, Murphy J (2013): A prospective audit of a nurse independent prescribing within critical care, *Nursing in Critical Care* 18(3), 135–141
- Cassis Ignazio (2012): 12.3619- Task Shifting auch im schweizerischen Gesundheitswesen, eingereicht im Nationalrat am 15.06.2012; Antwort des Bundesrates, 29. August 2012
- Chen C, McNeese-Smith D, Cowan M, Upenieks V, Afifi A (2009): Evaluation of a nurse practitioner-led care management model in reducing inpatient drug utilization and cost, *Nursing Economic\$* 27(3), 160–8
- Cheyette C (2007): Weight No More: a randomised controlled trial for people with type 2 diabetes on insulin therapy. *Practical Diabetes International (Incorporating Cardiabetes)* 24(9):450–456
- Clark GF, Avery-Smith W, Wold LS, Anthony P, Holm SE (2003): Specialized Knowledge and Skills in Eating and Feeding for Occupational Therapy Practice, *The American Journal of Occupational Therapy* 57(6), 661–678
- Cole J (2011): Extending the role of the occupational therapist in the promotion of collaborative medication management to facilitate occupation, *British Journal of Occupational Therapy* 74(11), 540–542

- Colligan M, Collins C, Foley B, Jones P, Miles J, Zeng I (2011): Emergency Nurse Practitioners: Do they provide an effective service in managing minor injuries, compared to emergency medicine registrars?, *The New Zealand Medical Journal* 124(1344), 74–80
- Collins K, Jones ML, McDonnell A, Read S, Jones R, Cameron A (2000): Do new roles contribute to job satisfaction and retention of staff in nursing and professions allied to medicine?, *Journal of Nursing Management*, Vol. 8, 3–12
- Comans TA, Clark MJ, Cartmill L, Ash S, Sheppard LA (2011): How do Allied Health Professionals Evaluate New Models of Care? What Are We Measuring and Why?, *Journal for Healthcare Quality* 33(4)
- Council for Healthcare Regulatory Excellence (2009): Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments
- Cragin L, Kennedy H (2006): Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 779–785
- Crane J, Delany C (2013): Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education, *Physiotherapy* 99(2), 95–100
- DBfK Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (2013): Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Grundversorgung. 3., überarbeitete Auflage, Berlin
- De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R (2008): Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis, *Swiss Medical Weekly* 138(43–44), 621–628
- Delamaire M, Lafortune G (2010): Nurses in Advanced Roles. A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, *OECD Health Working Papers* 54, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en> [Stand 23.05.2013]
- Department of Health (2010): Midwifery 2020: Delivering expectations; Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales
- Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ (2012): Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review, *BMC Musculoskeletal Disorders* 13(107), 1471–2474
- Dickson P, Bain L (2008): Reflections on the Emerging Roles of Advanced Practice Occupational Therapists, *Occupational therapy now* 10(4), 21–23
- Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ (2009): Nurse practitioners substituting for general practitioners. Randomized controlled trial, *Journal of Advanced Nursing* 65(2), 391–401
- DOHC Department of Health and Children Ireland (2011): Strategic Framework for Role Expansion of Nurses and Midwives: Promoting Quality Patient Care, Dublin
- EDI Eidgenössisches Departement des Innern, Generalsekretariat (2011): Die Strategie des Bundesrats in der Gesundheitspolitik
- EFAD (2012): European Dietetic Advanced Competences (EDAC), DIETS WP2
- Eichenberger zur Bonsen Dorothee (2011): Stellungnahme der Berufskonferenz Hebamme BK-HEB FKG/KFH und Hebammenexpertinnen (MSc Midwifery an Nursing) zum Entwurf der IG Swiss ANP- Positionspapier Expertengremium vom 18. August 2011
- Eklund M, Rahm Hallberg I (2001): Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients, *Occupational Therapy International* 8(1), 1–16



- Ellis B, Kersten P (2001): An Exploration of the Developing Role of Hand Therapists as Extended Scope Practitioners, *British Journal of Hand Therapy* 6(4), 126–130
- Ellis B, Kersten P (2002): The Developing Role of Hand Therapists within the Hand Surgery and Medicine Services: an Exploration of Doctors' Views, *British Journal of Hand Therapy* 7(4), 119–123
- Ellis B, Kersten P, Sibley A (2005): A Delphi Study of the Role Parameters and Requirements of Extended Scope Practice in Hand Therapy, *British Journal of Hand Therapy* 10(3/4), 80–86
- EVD Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartements(2010): Bericht EVD «Bildung Pflegeberufe», Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT
- EVD Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement (2011): Fachkräfte für die Schweiz. Eine Initiative des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements, Bern
- Fehr Jacqueline (2008): 08.3608– Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, eingereicht im Nationalrat am 02.10.2008; Antwort des Bundesrates, 12. Dezember 2008
- Fehr Jacqueline (2011): 11.4019– Versorgungsbericht Gesundheitsberufe, eingereicht im Nationalrat am 30.09.2011; Antwort des Bundesrates, 16. November 2011
- Foreman D, Morton S (2011): Nurse-delivered and doctor-delivered care in an attention deficit hyperactivity disorder follow-up clinic. A comparative study using propensity score matching, *Journal Of Advanced Nursing* 67(6), 1341–1348
- Free B, Lee GA, Bystrzycki A (2009): Literature review of studies on the effectiveness of nurses ability to order and interpret X-rays, *Australasian Emergency Nursing Journal* 12(1), 8–15
- Gambino KK, Planavsky L, Gaudette H (2009): Transition toward a nurse practitioner-managed clinic, *The Journal Of Cardiovascular Nursing* 24(2), 132–9
- GDK-OdASanté (2009): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, Bern
- Gerlach A ; Wiedemann R (2009): Breast Care Nurses – Pflegeexpertinnen für Brustkrankungen. Ein Weg zur «Advanced Nursing Practice» in Deutschland?, *Pflege* 23(6), 393–402
- Goldie CL, Prodahn-Bhalla N, Mackay M (2012): Nurse practitioners in postoperative cardiac surgery: are they effective?, *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 22(4), 8–15
- Green A, Perry J, Harrison K (2008): The influence of a postgraduate clinical master's qualification in manual therapy on the careers of physiotherapists in the United Kingdom, *Manual Therapy* 13, 139-147
- Haglund L, Lundqvist C (2010): The Value of Specialist Training for Occupational Therapists, *Swedish Association of Occupational Therapists*
- Hales L, Lohan M, Jordan J (2010): «It's another way of standing outside the door. Supplementary prescribing and doctor-nurse partnerships», *Social Theory & Health* 8(2), 210–228
- Hannan J (2013): APN telephone follow up to low-income first time mothers, *Journal of Clinical Nursing* 22(1/2), 262–70
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S (2009): Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes: une revue systématique Cochrane, *Pratique et Organisation des Soins* 40(4), 267–274
- Haxton J, Fahy K (2009): Reducing length of stay for women who present as outpatients to delivery suite: A clinical practice improvement project, *Women and Birth* 22, 119–127
- Heins HC, Nance NW, McCarthy BJ, Efirid CM (1990): A randomized trial of nurse-midwifery prenatal care to reduce low birth weight, *Obstetrical & Gynecology* 75(3), 341–5
- Hoskins R (2011a): Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care, *Journal of Advanced Nursing* 68(8), 1894–1902

- Hoskins R (2011b): Evaluating new roles within emergency care: A literature review, *International Emergency Nursing* 19 (3), 125–140
- Huber F (2012): Empowerment für MAPs: Bedeutung für den Hausarzt, *PrimaryCare* 12(23), 447
- Huber OE, Monnin D, Paillex C, Boldi-Goetschy C, Oggier W (2011): La physiothérapie en mutation, *Cahiers d'études de la Société Suisse pour la politique de santé SSPS*, Bern
- Imhof L, Naef R, Mahrer-Imhof R, Petry H (2011): SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien, *Pflege* 24(1), 43–56
- Imhof L, Naef R, Wallhagen M, Schwarz J, Mahrer-Imhof R (2012): Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older, *Journal of the American Geriatrics Society* 60(12), 2223–2231
- Irwin J (2010): The future role for a diabetes specialist midwife, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 24, 653–662
- Jaccard Ruedin Hélène, France Weaver, Maik Roth und Marcel Widmer (2009) : Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020, *Observatoire Suisse de la santé (OBSAN)*
- Jessee BT, Rutledge CM (2012): Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24(12), 735–743
- Joder Rudolf (2011): 11.418 – Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege, *Parlamentarische Initiative*, eingereicht im Nationalrat 16.03.2011
- Johantgen M, Fountain L, Zangaro G, Newhouse R, Stanik-Hutt J, White K (2012): Comparison of Labor and Delivery Care Provided by Certified Nurse-Midwives and Physicians: A Systematic Review, 1990 to 2008, *Women's Health Issues* 22(1), e73–e81
- Jonsdottir S, Hughes R, Thorsdottir I, Yngve A (2011): Consensus on Competencies Required for Public Health Nutrition Workforce Development in Europe – the JobNut Project, *Public Health Nutr* 14(8), 1439–1449
- Kateman H, Herschderfer K (2005): Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project Current Practice in Europe and Australia. A descriptive study, *International Confederation of Midwives*
- Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K (2009): Systematic review of the effectiveness of primary care nursing, *International Journal of Nursing Practice* 15(1), 16–24
- Kennedy DM, Robarts S, Woodhouse L (2010): Patients Are Satisfied with Advanced Practice Physiotherapists in a Role Traditionally Performed by Orthopaedic Surgeons, *Physiotherapy Canada* 62(4), 298–305
- Kersten P, McPherson K, Lattimer V, George S, Breton A, Ellis B (2007): Physiotherapy extended scope of practice – who is doing what and why?, *Physiotherapy* 93, 235–242
- Kiss NK, Krishnasamy M, Loeliger J, Granados A, Dutu G, Corry J (2012): A dietitian-led clinic for patients receiving (chemo)radiotherapy for head and neck cancer, *Supportive Care in Cancer* 20(9), 2111–2120
- Klaasen K, Lamont L, Krishnan P (2009): Setting a new standard of care in nursing homes, *Canadian Nurse* 105(9), 24–30
- Koch R (2012): Nouvelle loi sur les professions de la santé. Réglementer la profession infirmière, *Soins infirmiers* 2/2012, 55
- Kueth MC, Vaessen-Verberne AAPH, Elbers RG, Van Aalderen WMC (2013): Nurse versus physician-led care for the management of asthma, *Chochrane Database of Systematic Reviews* 2 (2013)

- Künzi K, Detzel P (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug von nichtärztlichen Berufsleuten. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), Arbeitsdokument 27, Neuchâtel
- Lasby K, Newton S, von Platen A (2004): Neonatal transitional care, *Canadian Nurse* 100(8), 18–23.
- Lathlean J (2007): Researching the implementation of pioneering roles in nursing and midwifery Empirical insights about lecturer practitioners, consultant nurses and nurse registrars, *Journal of Research in Nursing* 12(1), 29–39
- Lau PM, Chow DH, Pope MH (2008): Early physiotherapy intervention in an Accident and Emergency Department reduces pain and improves satisfaction for patients with acute low back pain: a randomised trial, *The Australian Journal of Physiotherapy* 54(4), 243–249
- Li LC, Hurkmans EJ, Sayre EC, Vliet Vlieland TPM (2010): Continuing Professional development Is Associated With Increasing Physical Therapists' Roles in Arthritis Management in Canada and the Netherlands, *American Physical Therapy Association* 90(4), 629–642.
- Lindpaintner L (2010): Skill Mix in der Grundversorgung, *Care Management* 3(6), 18f.
- Lineker SC, Lunden K, Shupak R, Schneider R, MacKay C, Varatharasan N (2011): Arthritis Extended-Role Practitioners: Impact on Community Practice (An Exploratory Study), *Physiotherapy Canada* 63(4), 434–434
- Lineker SC, Lunden K, Shupak R, Schneider R, MacKay C, Varatharasan N (2011): Arthritis Extended-Role Practitioners: Impact on Community Practice (An Exploratory Study), *Physiotherapy Canada* 63(4), 434–42
- Lomer MCE (2009): The Role of a Consultant Dietitian in Gastroenterology in the United Kingdom, *Nutrition Today* 44(4), 174–179
- Lunden K, Shupak R, Schneider R, Herold McIlroy J (2009): Development and Early Evaluation of an Inter-professional Post-licensure Education Programme for Extended Practice Roles in Arthritis Care, *Physiotherapy Canada* 63(1), 94–103
- Luyben A, Robin O (2009): Analyse der Hebammentätigkeiten in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen in der Schweiz und Vergleich mit EU-Richtlinie
- MacDonald M, Schreiber R, Davis L (2005): Exploring new roles for advanced nursing practice. A discussion paper, *Canadian Nurses Association*
- MacKay C, Davis AM, Mahomed N, Badley EM (2007): Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15, 178–183
- Maddison P, Jones J, Breslin A, Barton C, Fleur J, Lewis R, McSweeney L, Norgain C, Smith S, Thomas C, Tillson C (2004): Quality improvement report. Improved access and targeting of musculoskeletal services in northwest Wales: targeted early access to musculoskeletal services (TEAMS) programme, *British Medical Journal* 329, 1325–1327
- Marsland C (2010): Dietitians and Small Bowel Feeding Tube Placement, *Nutrition in Clinical Practice* 25(3), 270–276
- Masterson A (2010): Core and developing role of the midwife: Literature Review, Final report to the Midwife Midwifery 2020
- McClellan CM, Cramp F, Powell J, Bengler JR (2010): Extended scope physiotherapists in the emergency department: a literature review, *Physical Therapy Reviews* 15(2), 106–111

- Mendel S, Feuchtinger J (2010): Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice, *Pflege* 22(3), 208–216
- Mincher JL, Leson SM (2012): Collaborative Training with Medical and Dietetic Students in a Community Healthcare Setting, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(9), A-69
- Mitchell R, Unsworth CA (2005): Clinical Reasoning during Community Health Home Visits: Expert and Novice Differences, *British Journal of Occupational Therapy* 68(5), 215–22
- Moes CB, Thacher F (2001): The midwife as first assistant for caesarean section, *Journal of Midwifery & Women's Health* 46(5), 305–312
- Moore B (2007): Extended scope practitioners: our changing role in rural practice, 9th National Rural Health Conference, March 2007, Albury NSW
- Moore J, McQuestion M (2012): The Clinical Nurse Specialist in Chronic Diseases, *Clinical Nurse Specialist* 26(3), 149–163
- Morris J, Grimmer-Somers K, Kumar S, Murphy K, Gilmore L, Ashman B, Perera C, Vine K, Coulter C (2011): Effectiveness of a physiotherapy-initiated telephone triage of orthopedic waitlist patients, *Patient Related Outcome Measures* 2, 151–159
- Müller M, Jaggi S, Kouriachi C, Eggenschwiler P, Mahrer-Imhof R (2010): Praxistätigkeit einer Advanced Practice Nurse im Schweizerischen Epilepsie-Zentrum, *Pflege* 23(6), 385–391
- Munneke M, Nijkrak MJ, Keus SHJ, Kwakkel G, Berendse HW, Roos RAC, Borm GF, Adang EM, Overeem S, Bloem BR (2010): Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial, *Lancet Neurol* 9, 46–54.
- NCNM National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2008): Accreditation of Advanced Nurse Practitioners and Advanced Midwife Practitioners, 2nd Edition, Dublin
- Ndosi M, Vinall K, Hale C, Bird H, Hill J (2011): The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A systematic review, *International Journal of Nursing Studies* 48(5), 642–654
- Newhouse R, Stanik-Hutt J, White K, Johantgen M, Bass E, Zangaro G, Wilson R, Fountain L, Steinwachs D, Heindel L, Weiner J (2011): Advanced Practice Nurse Outcomes 1990–2008. A Systematic Review, *Nursing Economic\$* 29(5), 1–22
- NHS Scotland (2013): Advanced Nursing Practise Toolkit, Specialist and Advanced Practice, <http://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/definitions/specialist-and-advanced-practice.aspx> (Stand am 23.01.2013)
- Ninane F, Daepfen JB, Bugnon O, Pécoud A (2010): Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ? *Revue Médicale Suisse* 6, 2302–5
- Ny P (2007): Swedish Maternal health care in a multiethnic society – including the fathers, Malmö University Health and Society Doctoral Dissertation, Barnmorskeförbundet, Malmö
- O'Sullivan Maillet J, Brody RA, Skipper A, Pavlinac JM (2012): Framework for Analyzing Supply and Demand for Specialist and Advanced Practice Registered Dietitians, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(3), 47–55
- Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, Smith JS, Leahy ES, Goldwasser M (2008): Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care, *Health Care* 186(12), 625–628
- Peterson SJ, Chen Y, Sullivan CA, Kinnare KF, Tupesis NC, Patel GP, Sowa DC, Lateef O, Sheean PM (2010): Assessing the Influence of Registered Dietitian Order-Writing Privileges on Parenteral Nutrition Use, *Journal of the American Dietetic Association* 110(11), 1703–1711

- QNC Queensland Nursing Council (2005): Setting the Standards. Scope of practice – framework for nurses and midwives, Brisbane
- Rassafiani M (2009): Is length of experience an appropriate criterion to identify level of expertise? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 16, 247–256
- Raynel S, Marsden J (2010): Ophthalmic advanced practice nursing roles in New Zealand, *International Journal of Ophthalmic Practice* 1(1), 33–38
- RCN (Royal College of Nursing) 2012: An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation, RCN Competencies 2012, [http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/146478/003207.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf) (Stand 08.07.2013)
- Robarts S, Kennedy D, MacLeod A, Findlay H, Gollish J (2008): A Framework for the Development and Implementation of an Advanced Practice Role for Physiotherapists That Improves Access and Quality of Care for Patients, *Healthcare Quarterly* 11(2), 67–75
- Roberts A (2002): Advancing Practice through Continuing Professional Education: the Case for Reflection, *British Journal of Occupational Therapy* 65(5)
- Roberts H (2008): A study of specialist dietetic input for patients requiring surgical resection for an oesophageal or gastric malignancy, *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 21(4), 401
- Rose R, Probert S (2009): Development and implementation of a hand therapy extended scope practitioner clinic to support the 18-week waiting list initiative, *Hand Therapy* 14, 95–104.
- Ruston SA (2008): Extended scope practitioners and clinical specialists: A place in rural health? Review article, *Australian Journal of Rural Health* 16, 120–123
- SBK (2013): Masterumfrage 2013, Bern/Basel, [http://swiss-anp.ch/w/media/Akutelles/2013\\_05\\_20\\_Masterumfrage\\_2013\\_Bericht\\_4S\\_final.pdf](http://swiss-anp.ch/w/media/Akutelles/2013_05_20_Masterumfrage_2013_Bericht_4S_final.pdf) (Stand 04.08.2013)
- Schadewaldt V, Schultz T (2011): Nurse-led clinics as an effective service for cardiac patients: results from a systematic review, *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 9(3), 199–214
- Schalch E (2011): Nurse Practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin?, *Schweizerische Ärztezeitung* 92(43), 1665–1667
- Schalch E (2012): Die kluge Wahl des Weges erleichtert das Erreichen des Ziels, *Schweizerische Ärztezeitung* 93(8), 297f.
- Schibli Daniela (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung», GDK/BAG, Bern
- Skipper A, Lewis NM (2006): Using Initiative to Achieve Autonomy. A Model for Advanced Practice in Medical Nutrition Therapy, *Journal of the American Dietetic Association* 106(8), 1219–1225
- Smith M, Buckley S (2004): Collaborative working, *Emergency nurse* 12(4), 16–18
- Smith R, Leap N, Homer C (2010): Advanced midwifery practice or advancing midwifery practice?, *Women and Birth* 23, 117–120
- Sneve J, Kattelman K, Ren C, Stevens DC (2008): Implementation of a multidisciplinary team that includes a registered dietitian in a neonatal intensive care unit improved nutrition outcomes, *Nutrition in Clinical Practice* 23(6), 630–634
- Soguel Alexander L (2010): Berufsstatistik über die Mitglieder des Schweizerischen Verbands diplomierter Ernährungsberater/innen HF/FH. Resultate 2010, Carouge. Download unter <http://www.svde-asdd.ch/de/index.cfm?treeID=605> (Stand 06.08.2013)
- Spirig R (2012): Nurse Practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin – oder Best Practice für Patienten?, *Schweizerische Ärztezeitung* 93(8), 295–297

- Spitz-Köberich C, Steinle-Feser B (2010): Ein Jahr Advanced Nursing Practice in der Kinderkardiologie – ein erster Rückblick, *Pflege* 23(6), 411–416
- Stanhope J, Grimmer-Somers K, Milanese S, Kumar S, Morris J (2012): Extended scope physiotherapy roles for orthopedic outpatients: an update systematic review of the literature, *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 5, 37–45
- Stanley W, Borthwick AM (2012): Extended Roles and the dietitian. Community adult enteral tube care, *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2012
- SwissANP (2012): Positionspapier Advanced Nursing Practice in der Schweiz, [http://swiss-anp.ch/w/media/Akuelles/Positionspapier\\_SZ-RS\\_2-4-2012.pdf](http://swiss-anp.ch/w/media/Akuelles/Positionspapier_SZ-RS_2-4-2012.pdf)
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2010): Specialist Training in Clinical Competence
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2011): Occupational therapy in Sweden and our member association
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2013): Specialist, <http://www.fsa.se/Min-profession/Utbildning-och-forskning/Specialistutbildning> (Stand 25.03.2013)
- Tanta KJ, Youngblood Langton S (2010): NICU Primer for Occupational Therapists: Exploring the Needs of Fragile Infants, the Context in Which They Are Cared For, and the Role of OT in This Specialized Practice Area—Part I of II, *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* 3(2), 179–186
- Ulahannan TJ, Ross W, Davies FC (2007): Carbohydrate counting in type 1 diabetes: time to REACCT: Award winning article in the 2006 Arun Bakshi Award for team-based innovation in diabetes care, *Practical Diabetes International (Incorporating Cardiabetes)* 24(3):134–136
- Ullmann-Bremi A, Schluer A, Finkbeiner G, Huber Y (2011): «Wie ein ANP-Team laufen lernt» – Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätskinderspital Zürich, *Pflege* 24(1), 21–28
- UNFPA United Nation Population Fond (2011): The state of the world's midwifery 2011, Delivering health, saving lives – Part 1 Midwifery around the world
- Vaz F, Small S (2007): The Lead Cancer Nurse – an ill-defined role?, *Journal of Nursing Management* 15(9), 24–30
- Vergara E, Anzalone M, Bigsby R, Gorga D, Holloway E, Hunter J, Laadt G, Strzyzewski S (2006): Specialized Knowledge and Skills for Occupational Therapy Practice in the Neonatal Intensive Care Unit, 2005 Neonatal Intensive Care Unit Task Force, *The American Journal of Occupational Therapy* 60(6), 659–668
- Vermunt PWA, Milder IEJ, Wielaard F, Baan CA, Schelfhout JDM, Westert GP, van Oers HAM (2012): Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care. Opportunities for intervention delivery, *BMC Family Practice* 13, Article No. 79
- Watling RM (2009): The positive impact of dietitians in paediatric health care, *Paediatrics and Child Health* 19(9), 400–404
- WCPT World Confederation for Physical Therapy (2011): Direct access – Patient self-referral within the ER, WCPT, September 2011
- Wildish DE, Evers S (2010): A Definition, Description, and Framework for Advanced Practice in Dietetics, *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 71(1), e4–e11
- Wissenschaftsrat (2012), Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen Drs. 2411-12 vom 13.07.2012

- Woodhouse L (2006): Discussion paper: advanced practice physiotherapy in Ontario. A proposal for Registered Physiotherapist Extended Class—a musculoskeletal example, Ontario Physiotherapy Association – Advanced Practice Physiotherapy Task Force
- Worth JM; Davies RR; Durrington PN (2006): A dietitian-led lipid clinic is effective. *Practical Diabetes International (Incorporating Cardiabetes)* 23(5), 221–226
- Yardley D, Gordon R, Freeburn R, So C, Beauchamp D, Landry MD, Switzer-McIntyre S, Evans C, Brooks D (2008): Clinical Specialists and Advanced Practitioners in Physical Therapy: A Survey of Physical Therapists and Employers of Physical Therapists in Ontario, Canada, *Physiotherapy Canada* 60(3), 224–238
- Zúñiga F, Jenni G, Wiesli U, Schwendimann R (2010): Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz, *Pflege* 23(6), 375–383