

RAPPORT



ASSOCIATION DES
**INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS**
DU CANADA ®

L'INITIATIVE CANADIENNE SUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS PRATICIENS : ANALYSE RÉTROSPECTIVE DÉCENNALE

Août 2016

Tous droits réservés. La permission de reproduction est accordée à des fins non commerciales et à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Consultez www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation pour connaître toutes les conditions et les modalités liées à la reproduction.

© Droits d'auteur 2016

Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
CANADA

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Télec. : 613-237-3520
Site Web : www.cna-aiic.ca

® L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le motif en forme de flamme de l'AIIC sont des marques de commerce déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	1
Présentation	3
Contexte	3
10 ans plus tard.....	5
Méthodologie	6
Constatations	7
Législation et réglementation.....	7
<i>Réussites</i>	7
<i>Progression possible</i>	13
Pratique.....	14
<i>Réussites</i>	14
<i>Progression possible</i>	18
Formation.....	18
<i>Réussites</i>	18
<i>Progression possible</i>	21
Ressources humaines en santé	22
<i>Réussites</i>	22
<i>Progression possible</i>	23
Résumé des possibilités	27
Recommandations	28
Conclusion	29
Références	30
Liste des acronymes.....	33
Annexe A : Participants à la table ronde sur les IP	35
Annexe B : Recommandations sur la législation et la réglementation	35
Annexe C : Obstacles fédéraux à la pratique des IP.....	37
Annexe D : Recommandation relative à la pratique	44
Annexe E : Liste des modèles de soins et des modèles de financement	45
Annexe F : Recommandation relative à la formation	53
Annexe G : Recommandations relatives aux ressources humaines en santé	56
Annexe H : Rémunération des IP (en date de juin 2015).....	62

SOMMAIRE

Il y a dix ans, le gouvernement fédéral a investi dans la conception d'un cadre pancanadien visant à favoriser l'intégration soutenue des infirmières et infirmiers praticiens (IP) dans le système de soins de santé canadien. En juin 2006, l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens (ICIIIP) a publié *Les infirmières et infirmiers praticiens : le temps est arrivé*, un rapport comprenant 13 recommandations sur la façon d'accomplir et de soutenir cette intégration. Cette rétrospective décennale a pour objectif de déterminer les progrès réalisés et les lacunes relevées à la lumière de ces recommandations¹ et de recommander des priorités afin de poursuivre l'intégration du rôle des IP au Canada.

Les récentes constatations de l'Institut canadien d'information sur la santé (2015) révèlent que d'importants progrès ont été réalisés au cours des dix dernières années à l'égard de plusieurs des recommandations de l'ICIIIP, dont l'évolution générale du rôle des IP.

En ce qui concerne l'emploi, le nombre d'IP autorisées au Canada a augmenté de 300 %², avec un taux d'emploi de plus de 95 %. Environ 75 % de ces IP se retrouvent dans la catégorie d'inscription « famille-tous âges/soins primaires ». Les IP se retrouvent aujourd'hui dans un large éventail de contextes, de secteurs et de modèles de soins. Ce renforcement du rôle des IP est davantage appuyé par :

- ▶ l'harmonisation et l'élargissement notables de leur champ d'exercice parmi les différentes compétences
- ▶ la protection de leur titre à l'échelle pancanadienne
- ▶ la description commune de leur rôle
- ▶ la mise en place d'une assurance responsabilité professionnelle adéquate

Toutes ces améliorations ont été recommandées par l'ICIIIP.

Le nombre de programmes de formation pour les IP a augmenté considérablement au cours des dix dernières années. En 2013-2014, 28 écoles³ de tout le Canada offrait au moins un programme de formation aux IP (Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI], 2015). Par ailleurs, les intervenants perçoivent la

¹ Se rapportant à la législation et à la réglementation, à l'exercice, à la planification des ressources humaines en santé et à la formation.

² Passant de 976 IP en 2006 à 3 966 en 2014.

³ Dans chaque province et territoire, à l'exception du Yukon et du Nunavut.

normalisation du programme de maîtrise comme une importante réussite dans l'avancement du rôle des IP au Canada.³

A la suite des recommandations de l'ICIIP, d'autres progrès ont été réalisés :

- ▶ Le Canada dispose maintenant de données nationales sur la formation et les effectifs des IP.
- ▶ Une série d'outils et de ressources ont également été élaborés à l'appui de la planification des ressources humaines en santé des IP, notamment des sites d'emploi nationaux, des fiches de renseignements et des énoncés de position.
- ▶ Selon les sondages, le public connaît mieux les IP et est plus à l'aise de se faire traiter par eux, ce qui s'explique en partie par une campagne sur les IP menée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) et ses organismes membres entre 2011 et 2013.

En dépit de ces progrès, toutefois, il subsiste assez de failles pour que nous continuons de faire progresser le rôle des IP afin d'améliorer la santé, le bien-être et l'accès à des soins abordables pour les Canadiens. L'AIIIC recommande les stratégies pancanadiennes suivantes :

- ▶ promouvoir et mettre en œuvre des modèles innovateurs reposant sur le travail en équipes incluant les IP (qui serviront d'exemples);
- ▶ évaluer différents modèles de soins en équipe qui ont recours aux services des IP, y compris une évaluation du rendement du capital investi;
- ▶ améliorer la qualité des données sur les effectifs d'IP à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et des données sur la formation des IP disponibles à l'ACESI;
- ▶ faire progresser le déploiement des postes d'IP au sein de la communauté afin de dispenser des soins primaires aux populations vulnérables, soit les grands consommateurs de soins, les aînés, les clients en régions rurales ou éloignées, les réfugiés, les membres des Premières Nations, etc.;
- ▶ élaborer une stratégie de recrutement ciblée comportant des mesures incitatives pour améliorer la répartition des IP;
- ▶ harmoniser la rémunération des IP entre les secteurs, les provinces et les territoires, et tenir compte du rôle des infirmières et infirmiers en pratique avancée;

³ Plusieurs des recommandations de l'ICIIP relatives à la formation se retrouvent dans *La formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada : Cadre national de principes directeurs & éléments essentiels* de l'ACESI (2012).

- ▶ entreprendre une planification fondée sur les besoins en santé de la population au moyen du *Health Human Resources Planning Simulation Model for Nurse Practitioners in Primary Health Care* (modèle de simulation de la planification des ressources humaines de la santé pour IP en soins de santé primaires);
- ▶ former plus d'IP grâce à une stratégie pancanadienne coordonnée;
- ▶ tirer parti des outils et ressources de la campagne sur les IP afin de sensibiliser davantage le public et les décideurs;
- ▶ accroître l'accès à la formation continue pertinente des IP.

Comme Naylor et coll. (2015) le mentionnent à plusieurs reprises dans le rapport du Groupe consultatif du gouvernement fédéral, *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*, on fait trop peu appel aux IP, malgré des données manifestes des avantages qu'ils apporteraient au système de santé et aux Canadiens.

PRÉSENTATION

CONTEXTE

En septembre 2000, les premiers ministres ont reconnu l'importance des équipes multidisciplinaires et se sont mis d'accord sur le fait que des améliorations aux soins de santé primaires étaient cruciales pour le renouvellement des services de santé. À la suite de cet accord, le gouvernement fédéral a créé le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) d'une valeur de 800 millions de dollars.

De 2000 à 2006, le FASSP a soutenu les efforts des provinces et des territoires en vue de réformer le système de soins de santé primaires en couvrant les frais transitoires liés à l'adoption de nouvelles approches. Le FASSP a également financé diverses initiatives pancanadiennes pour surmonter les obstacles communs à l'amélioration des soins de santé primaires.

Dans *l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé*, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral se sont engagés à veiller à ce que les Canadiens reçoivent « les soins les plus appropriés, par le fournisseur le plus approprié, à l'endroit le plus approprié » (ICIIP, 2006a, p. 10). Ils se sont fixés comme objectif « qu'au moins 50 % [des Canadiens] auront accès à un fournisseur pertinent de soins, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, [...] d'ici huit ans. » (Gouvernement du Canada, 2006, para. 12).

L'ICIIP était un résultat direct de ces ententes gouvernementales (c'est-à-dire les accords de 2000 et de 2003). Dans le cadre de leur mise en place, Santé Canada a fourni une aide financière de 8,9 millions de dollars à l'ICIIP, afin de concevoir un cadre

visant à favoriser l'intégration soutenue des IP dans le système de soins de santé canadien.⁴

L'ICIIP avait comme vision :

- ▶ « un système de soins de santé primaires renouvelé et renforcé qui optimise la contribution des infirmières et infirmiers praticiens à la santé de tous les Canadiens;
- ▶ un système où les infirmières et infirmiers praticiens sont reconnus et utilisés dans l'ensemble du Canada à titre de fournisseurs essentiels de soins de santé de qualité. » (ICIIP, 2006a, p. 14)

Les objectifs étaient les suivants :

- ▶ « favoriser l'intégration soutenue des IP dans le système de santé canadien;
- ▶ élaborer des mécanismes et des processus en vue d'appuyer l'intégration et la durabilité du rôle des IP. » (ICIIP, 2006a, p. 14)

Depuis les débuts, la consultation et la collaboration sont les piliers de l'ICIIP dans le cadre de cette approche. Cette démarche s'est avérée cruciale compte tenu que « la tâche nécessitait l'apport d'intervenants, notamment de professionnels de la santé, de responsables d'organisations du domaine de la santé, d'organismes de réglementation, d'éducateurs, d'employeurs, de syndicats, de dirigeants des municipalités ainsi que de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux » [traduction] (ICIIP, 2006a, p. 11).

L'ICIIP avait comme priorité entre autre d'élaborer une définition cohérente du rôle des IP grâce à la collaboration :

Les IP sont « des infirmières autorisées dont la formation et l'expérience sont plus approfondies, qui font preuve des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostics, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome ». (ICIIP, 2006a, p. 26)

⁴ L'AIIC était le commanditaire et le superviseur de l'ICIIP, dont le mandat était d'une durée de 18 mois.

Un comité consultatif, composé de membres des quatre coins du Canada et représentant différents groupes d'intervenants⁵, a été mis sur pied afin d'orienter la façon d'aborder les éléments du plan de travail de l'ICIIP. De plus, un groupe de travail a été créé en vue de fournir des conseils sur la portée du plan de travail de chacun des six éléments de l'ICIIP et de revoir les éléments livrables.⁶

En juin 2006, l'ICIIP a publié *Nurse Practitioners: The Time is Now* (Les infirmières et infirmiers praticiens : le temps est arrivé), un rapport comprenant 13 recommandations sur la façon d'intégrer les IP au système de soins de santé canadien. Ce plan comprenait 84 mesures, regroupées dans les sept secteurs stratégiques suivants :

- ▶ législation et réglementation
- ▶ pratique
- ▶ planification des ressources humaines en santé
- ▶ formation
- ▶ communications stratégiques, gestion du changement et marketing social
- ▶ évaluation
- ▶ et gouvernance

10 ANS PLUS TARD

Le rapport final de l'ICIIP servait de feuille de route pour mieux intégrer de façon soutenue le rôle des IP au Canada. En mettant à jour ce rapport en 2009⁷, l'AICC a découvert que plus de la moitié des 84 mesures avait été partiellement ou entièrement réalisées, et que plusieurs mesures clés étaient encore en cours.

Dix ans plus tard après la parution de *Nurse Practitioners: The Time is Now*, l'intégration des IP continue de progresser et de se heurter à des obstacles. En 2015, le rapport *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada* (communément appelé « le rapport Naylor ») mentionne à plusieurs reprises que les IP sont sous-utilisés malgré les preuves favorables à leur égard et les avantages qu'ils apporteraient aux Canadiens et au système de santé :

« Le Groupe soupçonne qu'une partie de ce manque à gagner pourrait être comblé par une plus grande utilisation des infirmières praticiennes pour les soins primaires et les soins spécialisés. » (p. 17)

⁵ Ces groupes comprenaient les infirmières et infirmiers praticiens, les infirmières et infirmiers autorisés, les médecins, les éducateurs, les employeurs, les syndicats, les pharmaciens, les organismes de réglementation, les représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi que des représentants de Santé Canada et de la Défense nationale.

⁶ Dans le cas de l'évaluation, c'est un comité directeur distinct qui a été mis sur pied.

⁷ En 2011, l'AICC a aussi publié un plan d'action intitulé *Plan d'intégration collaboratif du rôle des infirmières et infirmiers praticiens au Canada*.

« [...] l'Ontario a créé en 2007 un ensemble de cliniques dirigées par des infirmières praticiennes qui sont destinées aux patients qui ont de la difficulté à trouver un médecin de famille. À l'heure actuelle, environ 25 de ces cliniques offrent les soins d'une équipe multidisciplinaire à ces patients vulnérables. Les infirmières praticiennes aident également ces patients à naviguer dans le système de soins de santé. » (p. 72)

« L'autorité sanitaire à court d'argent préférerait contracter les services d'un médecin qu'elle n'a pas à payer en puisant dans son propre budget au lieu de perfectionner des infirmiers praticiens ou des infirmiers cliniciens spécialisés qui assumerait le même rôle pour moins d'argent des contribuables. » (présentation d'un intervenant, p. 102)

« Mais comme le cas de l'infirmière praticienne l'illustre, même les résultats pratiques et fermes ne suscitent pas une innovation à grande échelle en l'absence de conditions gagnantes dans le système des soins de santé. » (p. 5)

« [...] les Canadiens ont toujours un accès sous-optimal aux soins ambulatoires – y compris les médecins de famille, divers spécialistes, les infirmières praticiennes et les infirmières, les psychothérapeutes non-médecin et les physiothérapeutes. » (p. 16)

L'AICC croit que les mesures à prendre sont des arguments solides à l'appui de la poursuite de l'intégration des IP au Canada. Pour ce faire, le présent rapport cherche à :

- ▶ déterminer où en est rendue la mise en œuvre des recommandations de l'ICIIP (les progrès réalisés et les lacunes relevées) se rapportant aux quatre secteurs stratégiques clés suivants :
 1. la législation et la réglementation;
 2. la pratique;
 3. la planification des ressources humaines en santé;
 4. la formation.
- ▶ recommander des priorités afin de poursuivre l'intégration du rôle des IP au Canada.

MÉTHODOLOGIE

Cette analyse retrospective décennale s'est concentrée sur les principaux aspects des recommandations de l'ICIIP. À cette fin, l'AICC a réalisé les activités suivantes :

- ▶ des consultations avec des informateurs clés (IP, organisations nationales de soins infirmiers, chercheurs, éducateurs d'IP, gouvernements, etc.) par l'intermédiaire d'une table ronde pancanadienne le 25 novembre 2015 (liste des participants à l'annexe A);
- ▶ l'évaluation de la littérature soumise à l'examen des pairs et de la littérature grise;
- ▶ une analyse décennale des données sur les effectifs d'IP, provenant de l'ICIS;
- ▶ la compilation et comparaison des salaires actuels des IP, dans l'ensemble du Canada;
- ▶ l'analyse des données sur la formation des IP, provenant de l'ACESI;
- ▶ la comparaison des champs d'exercice des IP actuellement régis dans les différentes compétences;
- ▶ la définition des obstacles fédéraux à la pratique des IP;
- ▶ l'identification des modèles de financement actuellement en place pour les IP, à l'échelle du Canada.

CONSTATATIONS

1. LÉGISLATION ET RÉGLEMENTATION

La recommandation de l'ICIIP à cet égard était d'adopter son *Legislative and Regulatory Framework* (cadre législatif et réglementaire pour les infirmières et infirmiers praticiens du Canada) (2006c) afin d'uniformiser les modèles de législation et de réglementation provinciaux, territoriaux et fédéraux (consulter l'annexe B).

Réussites

Depuis la publication du rapport final de l'ICIIP, de nombreux aspects de ses recommandations relatives à la législation et à la réglementation ont été réalisés :

- ▶ La définition « d'infirmière ou d'infirmier praticien » est intégrée aux documents politiques de l'AICC et de ses organismes membres.
- ▶ Toutes les provinces et tous les territoires ont des lois et des règlements qui régissent les IP.
- ▶ Le titre « infirmière ou infirmier praticien » est désormais protégé dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.

Cependant, certaines provinces et certains territoires permettent également d'autres désignations pour les IP. C'est notamment le cas de l'Ontario qui utilise également l'expression « infirmière autorisée (catégorie spécialisée) » (IA [cat. spéc.]). De même, le

Manitoba a approuvé d'autres désignations, comme infirmière autorisée (catégorie spécialisée) – soit IA (cat. spéc.) – et infirmière autorisée (infirmière praticienne) – soit IA(IP). Les IP ont souligné que ces divergences créent la confusion, surtout chez le public.

Un premier cadre de compétences de base, élaboré dans le cadre de l'ICIP, a été révisé en 2010, en collaboration avec les organismes de réglementation des soins infirmiers provinciaux et territoriaux (à l'exception de ceux du Québec).

Plusieurs types ou volets d'IP sont en place dans l'ensemble des provinces et territoires. Comme l'indique le tableau 1, le volet Familles – tous âges prédomine, représentant 75 % de tous les IP autorisés depuis septembre 2015 (tableau 1).⁸

Tableau 1 : Nombre d'IP au Canada, par province et volet, septembre 2015^{9,10,11}

Province/Territoire	Type/Volet	Nombre
Colombie-Britannique	Familles – tous âges	307
	Adultes	28
	Pédiatrie	13
Alberta	Familles – tous âges	164
	Adultes	177
	Enfant	41
	Néonatalogie	20
Saskatchewan	Soins primaires – tous âges	197
	Adultes	3
	Pédiatrie	1
	Néonatalogie	7
Manitoba	Soins primaires – tous âges	142
	Adultes	11
	Pédiatrie	5
Ontario	Soins de santé primaires	1 959
	Adultes	512
	Pédiatrie	215

⁸ Comme c'est la première fois que de telles données sont saisies et publiées, il est impossible de faire une comparaison sur dix ans.

⁹ À l'exception de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador, dont les données sur les IP sont d'octobre 2015.

¹⁰ Les IP peuvent être inscrits dans plus d'une spécialité.

¹¹ Adapté de Spence, Agnew, & Fahey-Walsh, 2015, p. 8-9. Droits d'auteur 2015 par la Nurse Practitioner's Association of Ontario.

Province/Territoire	Type/Volet	Nombre
	Anesthésie	Non précisé
Québec	Soins primaires	247
	Cardiologie	30
	Néphrologie	14
	Néonatalogie	17
Nouveau-Brunswick	Soins primaires – tous âges	98
Nouvelle-Écosse	Familles – tous âges	89
	Adultes	50
	Pédiatrie	4
	Néonatalogie	9
Île-du-Prince-Édouard	Familles – tous âges	26
Terre-Neuve-et-Labrador	Familles – tous âges	115
	Adultes	18
	Pédiatrie	3
T.-N.-O./Nunavut	Soins de santé primaires – tous âges	53
Yukon	Familles – tous âges	5

En ce qui concerne les exigences d’inscription, la Nurse Practitioner’s Association of Ontario (NPAO) constate des points communs parmi les provinces et territoires, notamment :

- ▶ être inscrit comme IA dans la province ou le territoire respectif;
- ▶ détenir un diplôme d’un programme de formation pour les IP reconnu et approuvé;
- ▶ avoir réussi l’examen approuvé.

Certaines provinces ont également d’autres exigences qui leur sont propres. Par exemple, l’Alberta exige des éventuels IP 4 500 heures d’expérience comme IA, alors que la Colombie-Britannique et le Québec demandent que les éventuels IP réussissent l’examen clinique objectif structuré (ECOS) en plus de l’examen canadien des infirmières et infirmiers praticiens.

L'élaboration de l'Examen canadien des infirmières/infirmiers praticiens : famille/tous âges (ECIIP : FTA) a été une des premières réalisations de l'ICIIP. Il s'est avéré très pertinent à la profession, puisqu'on l'utilise encore dans dix provinces¹² (le Yukon inscrit les IP après qu'ils aient été inscrits ailleurs au Canada).

Certaines provinces, comme la Colombie-Britannique, tiennent compte de plus d'un examen pour un même volet. Les compétences qui ont un volet de soins pour adultes utilisent principalement l'examen de certification des infirmières et infirmiers praticiens en soins primaires en gérontologie et pour adultes (l'« Adult - Gerontology Primary Care Nurse Practitioner Certification Exam ») de l'American Academy of Nurse Practitioners Certification Program (Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière [CCORPI], 2014). Toutes les compétences qui autorisent les IP spécialisés en pédiatrie utilisent maintenant le Primary Care Pediatric Nurse Practitioner Certification Exam (CCORPI, 2015) du Pediatric Nursing Certification Board (PNCB). Tout porte à croire que l'on continuera de recourir aux examens des États-Unis, compte tenu du faible nombre de ces IP spécialisés au Canada, qui ne justifie pas l'élaboration d'examens canadiens. Il convient cependant de se demander si ces examens permettent de préparer les IP à l'exercice aux États-Unis ou au Canada, qui ont des systèmes de santé et une réglementation différents. Toutes les compétences qui autorisent les IP spécialisés en néonatalogie utilisent l'examen ECOS de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). (Voir le tableau 2 pour une liste complète)

Tableau 2 : Examens d'IP approuvés, par province et volet/type

Compétence	ECIP : Familles /tous âges	Adultes (ANCC* ou AANP*)	Pédiatrie (PNCB)	Familles (ANCC ou AANP)	Néonatalogie (OIIQ)	Autre
C.-B.	✓	✓	✓	✓		
Alberta	✓	✓	✓		✓	
Saskatchewan	✓				✓	
Manitoba	✓	✓	✓			
Ontario	✓	✓	✓			
Québec					✓	✓
N.-B.	✓					

¹² Voir <http://www.ccnr.ca/familyall-ages.html>

N.-É.	✓	✓	✓		✓	
Î.-P.-É.	✓					
T.-N.-L.	✓					
T.-N.-O. /Nunavut	✓					

* ANCC = American Nurses Credentialing Center; AANP = American Academy of Nurse Practitioners

L'exigence que les IP aient une entente officielle de partenariat avec un médecin reste valide au Québec, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador (Spence, Agnew, & Fahey-Walsh, 2015).

Comme recommandé par l'ICIIP, le champ d'exercice a été grandement élargi et harmonisé entre les provinces et territoires. Selon un rapport de la NPAO (Spence, Agnew, & Fahey-Walsh, 2015), les IP de toutes les provinces et tous les territoires sont autorisés à exécuter de façon autonome les tâches suivantes :

- ▶ procéder à des bilans de santé complets;
- ▶ formuler et communiquer un diagnostic médical (« impression diagnostique » au Québec);
- ▶ prescrire des tests de laboratoire;
- ▶ prescrire et interpréter des examens d'imagerie diagnostique (à quelques exceptions près pour les tomographies par ordinateur et l'IRM);
- ▶ prescrire certains médicaments et autres substances réglementées (en cours en Colombie-Britannique et en Ontario, et avec certaines restrictions au Yukon);
- ▶ recommander un patient à un médecin spécialiste (seulement les IP spécialisés en soins primaires au Québec);
- ▶ prescrire des soins de massothérapie, d'acupuncture et de physiothérapie (sauf au Québec);
- ▶ prescrire des orthèses, des aides à la mobilité et des bas de contention;
- ▶ prescrire du matériel dispensateur d'oxygène à domicile ainsi que des seringues à insuline et des glucomètres (sauf au Québec);
- ▶ prescrire des articles contre l'incontinence ou de stomie.

Il y a également eu des changements dans la plupart des administrations concernant l'intégration des IP dans la législation entourant les hôpitaux, la rémunération des travailleurs et les véhicules motorisés. Par exemple, depuis septembre 2015, les IP peuvent admettre et traiter les patients dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario, de Terre-Neuve-et-Labrador et du Yukon, puis autoriser leur sortie (Spence, Agnew, & Fahey-Walsh, 2015). Ils ont également l'autorisation de

procéder aux examens médicaux pour conducteur en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador, et dans les Territoires du Nord-Ouest/Nunavut.

Le tableau 3 répertorie les pouvoirs des IP relativement aux formulaires d'indemnisation des accidentés du travail, d'invalidité de courte durée, et d'autres formulaires d'invalidité.

Tableau 3 : Pouvoirs des IP relativement aux formulaires d'indemnisation des accidentés du travail, d'invalidité de courte durée et autres, en date de septembre 2015¹³

Province/Territoire	Ind. des accidentés du travail	Formulaire d'invalidité de courte durée	Autre
C.-B.		✓*	
Alberta			
Saskatchewan	✓		
Manitoba		✓**	
Ontario	✓		
Québec		✓ (certaines restrictions)	
Nouveau-Brunswick	✓	✓	✓ (formulaires d'A.-E.)
Nouvelle-Écosse	✓		
Î.-P.-É.		✓	
T.-N.-L.		✓	
T.-N.O./Nunavut		✓	
Yukon			

* Les compagnies d'assurances décident de façon indépendante si elles acceptent les formulaires remplis par les IP.

**La Société d'assurance publique du Manitoba, Infrastructure Manitoba et Manitoba Hydro acceptent que les IP procèdent aux examens physiques. En ce qui concerne les assurances responsabilité civile, tout dépend de la politique de la compagnie.

Progression possible

Il est nécessaire de normaliser le rôle des IP à leur plein potentiel parmi les provinces et territoires afin d'assurer leur déploiement optimal et ainsi offrir des soins abordables

¹³ Adapté de Spence, Agnew, & Fahey-Walsh, 2015. Droits d'auteur 2015 par la NPAO.

aux Canadiens. Cette mesure permettra au public, aux décideurs, aux responsables des politiques et aux autres membres de l'équipe de soins de santé de mieux comprendre le rôle des IP (tout en favorisant leur acceptation). La normalisation assurera également le respect soutenu de l'Accord sur le commerce intérieur, en plus d'appuyer la mobilité de la main-d'œuvre afin de pouvoir répondre aux besoins de santé de la population. Bien que l'on recense de nombreuses similitudes entre les provinces et les territoires, certaines différences mériteraient d'être harmonisées, notamment en ce qui concerne l'admission des patients à l'hôpital et leur autorisation de sortie.

Par ailleurs, les lois fédérales recèlent encore des obstacles importants à la pratique des IP. En voici des exemples :

- ▶ les politiques d'invalidité de l'assurance-emploi et du Régime de pensions du Canada, qui n'autorisent pas les IP à remplir la section relative au rapport médical du formulaire de demande de prestation;
- ▶ les règlements de la *Loi sur les aliments et drogues* qui n'autorisent pas les IP à distribuer des échantillons de médicaments à leurs clients.

La législation en question touche à la fois la population générale et ses différents segments. Par exemple :

- ▶ les employés de professions ou métiers précis;
- ▶ les anciens combattants et le personnel de la GRC;
- ▶ les autres fonctionnaires.

L'annexe C fournit une liste complète des lois fédérales, ainsi que leur description et leurs effets sur différents groupes.

D'un point de vue législatif et réglementaire, il y a différentes façons d'intégrer pleinement et de façon harmonisée les IP au système de santé canadien. En voici quelques-unes :

- ▶ éliminer les obstacles fédéraux à la pratique des IP;
- ▶ continuer de modifier les lois provinciales et territoriales qui empêchent l'optimisation du rôle des IP dans le système de santé;
- ▶ permettre aux IP de procéder aux examens médicaux pour conducteur;
- ▶ normaliser le titre des IP dans l'ensemble du Canada;
- ▶ éliminer l'exigence d'avoir une entente officielle de partenariat avec un médecin.

2. PRATIQUE

Les recommandations de l'ICIIP dans le *Education Framework for Nurse Practitioners in Canada* (2006a), visaient à uniformiser les modèles de pratique provinciaux, territoriaux et fédéraux (voir recommandations à l'annexe D).

Réussites

En ce qui concerne les progrès réalisés relativement aux recommandations visant la pratique, il convient de souligner que la description du rôle élaborée par l'ICIIP est celle qui est actuellement utilisée à la grandeur du pays. En 2008, l'AIC a aussi cherché à éclaircir davantage le rôle des IP en révisant *La pratique infirmière avancée : Un cadre national*. « Le rôle des IP en est un de soins infirmiers en pratique avancée qui exige des compétences en gestion du changement, en recherche, en leadership, en collaboration et, évidemment, en soins cliniques (ICIIP, 2006a) [traduction]. Toutefois, à l'occasion de la table ronde sur les IP organisée par l'AIC en novembre 2015, les IP ont affirmé avoir très peu de possibilités d'entreprendre des recherches, leurs arrangements de pratiques et leurs conditions de travail leur permettant difficilement de s'adonner à des activités de leur pratique avancée autres que la prestation de soins cliniques.

Depuis l'ICIIP, on a pu constater une explosion des types et du nombre de modèles de soins comprenant les IP, ce qui peut laisser croire que les Canadiens disposent d'un meilleur accès aux soins. Un sondage mené à l'automne 2015 par l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée (ACIIPA) et le Nurse Practitioner Council auprès des associations d'IP au Canada a découvert des modèles de soins qui comprennent :

- ▶ les soins de longue durée;
- ▶ les réseaux et équipes multidisciplinaires de soins primaires;
- ▶ les cliniques et unités de santé mobiles;
- ▶ la santé en milieu scolaire;
- ▶ les urgences;
- ▶ les soins à domicile;
- ▶ les cliniques de soins rapides;
- ▶ les cliniques spécialisées multidisciplinaires (p. ex., soins cardiaques, néphrologie);
- ▶ les centres de santé communautaires;
- ▶ les centres de réadaptation;
- ▶ les cliniques dirigées par des IP;
- ▶ les cabinets de médecin de famille;
- ▶ les unités de santé publique;

- ▶ les hôpitaux;
- ▶ les cliniques privées;
- ▶ les établissements d'enseignement;
- ▶ la santé dans la rue.

Cette augmentation du nombre de contextes et de secteurs où l'on retrouve des IP a été renforcée par les participants de la table ronde de l'AICC, qui ont vu dans cette amélioration une des réussites de l'avancement du rôle des IP depuis les dix dernières années. Toutefois, les types de modèles étant aussi variés dans tout le pays, ils sont d'avis que la capacité d'intégrer les IP dans divers modèles de soins dépend grandement du modèle de financement. On y a également déterminé que la multiplication des modèles de soins comprenant les IP était une mesure prioritaire. Voir l'annexe E pour consulter la liste des modèles de soins et des modèles de financement connexes dressée par le Nurse Practitioner Council en 2015.

Les participants à la table ronde ont relevé d'autres réussites relatives à la pratique des IP, notamment :

- ▶ la mesure dans laquelle le terme « IP » est inclus aux travaux d'élaboration de politiques;
- ▶ les expressions utilisées, telles que « fournisseur de soins primaires » ou « professionnel le plus responsable », qui tiennent plus compte des IP;
- ▶ l'augmentation du nombre d'IP qui assument des rôles de leadership;
- ▶ l'augmentation du nombre de domaines d'expertise des IP – méthadone, santé des réfugiés, diversité de la population;
- ▶ la meilleure reconnaissance du rôle des IP par le public;
- ▶ l'acceptation légèrement accrue du rôle des IP par les médecins.

En ce qui a trait à cette acceptation, et dès les débuts de l'ICIIP, les médecins jugeaient que la question de la responsabilité professionnelle était un important obstacle à la pratique collaborative avec les IP (et autres fournisseurs de soins de santé). L'ICIIP est parvenue à réunir la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) et l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) dans l'objectif d'élaborer un énoncé commun (ACPM et SPIIC, 2013, révisé par la suite). Aujourd'hui, alors que tous les IP doivent avoir une couverture d'au moins 5 millions de dollars en matière de responsabilité professionnelle, comme recommandé par l'ICIIP, la plupart des IP souscrivent un montant plus élevé. La SPIIC (s.d.- a.) offre maintenant, dans le cadre de recours civils, « jusqu'à 10 millions de dollars par réclamation pour négligence professionnelle reliée aux soins prodigués au Canada », et « jusqu'à 1 million de dollars par cas » pour enquêtes et poursuites criminelles ou infractions statutaires touchant les membres d'un organisme membre de la SPIIC. Les IP qui sont membres des associations et ordres ci-dessous sont des bénéficiaires de la SPIIC¹⁴ :

- ▶ CARNA
- ▶ OIIM
- ▶ ARNNL
- ▶ CRNNS
- ▶ SRNA
- ▶ NPAO
- ▶ CRNBC
- ▶ AIINB
- ▶ RNANT/NU
- ▶ ARNPEI
- ▶ YRNA

Depuis janvier 2015, les IP de la Colombie-Britannique, du Québec et de l'Ontario qui ne sont pas membres de ces associations et ordres peuvent devenir bénéficiaires de la SPIIC par voie d'inscription individuelle.

Les membres de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) sont admissibles à une couverture en matière de responsabilité professionnelle d'au plus 10 millions de dollars par cas ou poursuite auprès de la Liberty Mutual Insurance Company. Ce montant couvre les « réclamations et les poursuites juridiques pour négligence professionnelle découlant de la prestation de soins infirmiers professionnels [et comprend] le paiement des montants de règlement ou paiement des dommages-intérêts, coûts, dépenses et frais juridiques imposés par la cour, conformément aux modalités de la politique. [Le programme de responsabilité professionnelle offre aussi jusqu'à 1 million de dollar pour] poursuites et enquêtes criminelles, infractions statutaires, enquêtes publiques, enquêtes de coroner, enquêtes sur un décès et procédures externes. » [traduction] (AIIAO, s.d.)

¹⁴ Consulter la liste des acronymes

Les programmes de la SPIIC et de la Liberty Mutual Insurance Company présentent certaines différences, la principale étant que celui de la SPIIC offre une assurance responsabilité professionnelle et une aide juridique sur base d'événement (SPIIC, s.d.-b). Une protection de ce genre permet aux bénéficiaires de recevoir des prestations sans limite de temps imposée.

Au Québec, la responsabilité professionnelle des IP est limitée à 5 millions de dollars par perte et par période d'assurance. Cette protection est offerte par la La Capitale assurances générales inc., qui a conclu un partenariat avec l'OIIQ afin d'offrir un programme d'assurance responsabilité professionnelle à ses membres.

Grâce aux programmes d'assurance d'aujourd'hui, la protection en matière de responsabilité professionnelle ne semble plus être un obstacle à l'acceptation du rôle des IP par les médecins.

Progression possible

D'un point de vue de la pratique, il y a différentes façons d'intégrer pleinement et de façon harmonisée les IP au système de santé canadien. En voici quelques-unes :

- ▶ étendre à une plus grande échelle les modèles de soins en équipe incluant les IP;
- ▶ étendre à une plus grande échelle les modèles d'IP innovateurs, comme la clinique mobile au Manitoba;
- ▶ encourager les modèles de financement d'équipe qui appuient l'intégration des IP;
- ▶ évaluer différents modèles de soins en équipe qui incluent les IP, de même qu'une évaluation du rendement du capital investi;
- ▶ réserver du temps ou des fonds précisément pour les activités liées à la pratique infirmière avancée, comme la recherche et la formation continue;
- ▶ élaborer un programme de mentorat pour les IP.

3. FORMATION

Les recommandations de l'ICIIP dans son *Education Framework for Nurse Practitioners in Canada* (s.d.-a) étaient d'uniformiser les modèles de formation provinciaux, territoriaux et fédéraux (consulter le sommaire des actions du cadre à l'annexe F).

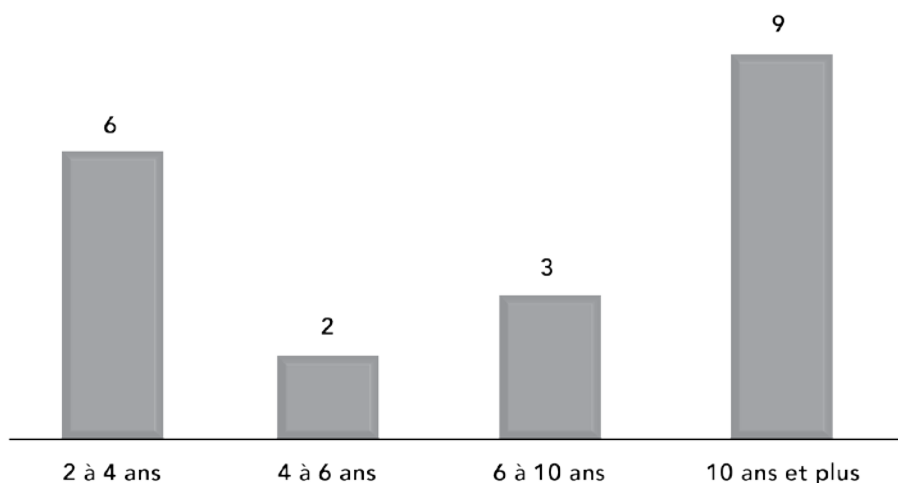
Réussites

Des progrès considérables ont été réalisés au chapitre de l'adoption des recommandations sur la formation de l'ICIIP. Récemment, l'ACESI a dirigé l'élaboration d'un cadre national de formation pour les IP, composé de principes directeurs et d'éléments essentiels. Ce cadre (ACESI, 2012) contient bon nombre des éléments

énoncés dans le cadre de formation de l'ICIIP, quoique la mesure à laquelle les programmes de formation sont conformes à ses recommandations n'a pas été déterminée.

Le sondage national sur les pratiques et les programmes réalisé par l'ACESI en 2011 a révélé que toutes les écoles respectaient ou dépassaient le nombre minimal d'heures de pratique clinique recommandées par l'ICIIP. Bien que l'on ait relevé un très grand nombre de similitudes entre les cours des différents programmes des IP, il reste encore place à l'amélioration. La plupart recourait à une combinaison de cours d'apprentissage à distance et de formation sur place. Un programme est offert entièrement à distance, et quatre le sont entièrement sur place (ACESI, 2011).

Les cours de formation des IP continuent d'être offerts après le baccalauréat pour les IA, à la maîtrise et à la post-maîtrise, mais principalement au niveau de la maîtrise (ACESI, 2011). Le nombre de programmes n'a cessé d'augmenter au cours des dix dernières années (voir graphique 1). En 2013-2014, on comptait 28 programmes de formation des IP partout au pays, et au moins un programme était offert dans chaque province et territoire, à l'exception du Yukon et du Nunavut. Cette expansion sous-entend une récente recrudescence de l'intérêt des gouvernements provinciaux et territoriaux envers les IP.



Source: NP Forum Environmental Scan 2011

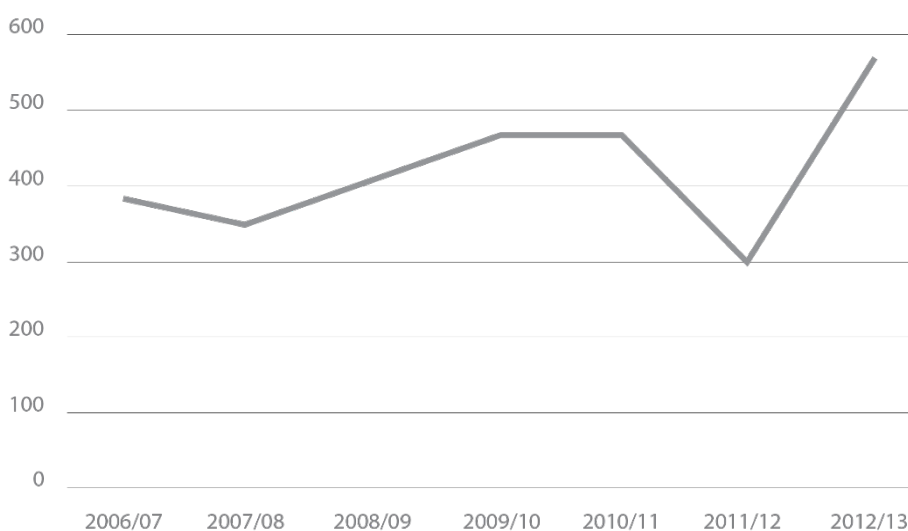
Graphique 1 : Âge des programmes de formation des IP au Canada¹⁵

¹⁵ Adapté de l'ACESI (2011).

Le graphique 2 présente le nombre d'admissions aux programmes de formation des IP qui s'est maintenu entre 350 et 450 depuis 2006-2007, à l'exception de 2012-2013. Alors que l'on ignore les raisons de la coexistence de la stabilité du nombre d'admissions et de l'augmentation du nombre de programmes (tendance qui nécessite une recherche plus approfondie), on assume que :

- ▶ les programmes sont de petite taille ou qu'ils ont été réduits, puisqu'ils se sont multipliés.
- ▶ les programmes font l'objet d'une répartition plus équilibrée aux quatre coins du pays.
- ▶ l'élargissement de la taille des programmes d'IP engendre des défis.

Graphique 2 : Admissions des IP de 2006 à 2013¹⁶



La hausse des admissions en 2012-2013 devrait se traduire en une augmentation du nombre de diplômés en 2014, 2015 et 2016, bien qu'il reste à voir si cette hausse se maintiendra.

Les participants à la table ronde sur les IP de l'AIIC en 2015 ont mentionné que la normalisation de la formation de maîtrise était une des réussites de l'avancement du rôle des IP au Canada depuis les dix dernières années, puisqu'elle a contribué à mieux faire comprendre le rôle des IP au public. Ils ont également souligné, sur une base empirique, que davantage d'IP détenaient un doctorat. L'ICIS n'a pas été en mesure de confirmer le nombre d'IP détenant un doctorat (les données nationales sur les effectifs d'IP ne comprennent pas d'information sur la formation). Cette information permettrait

¹⁶ Adapté de l'ACESI (2015).

de comprendre combien d'IP ont les compétences pour faire partie du corps professoral qui, à son tour, aura une incidence sur l'évolution future des programmes de formation des IP. Il serait également pertinent de connaître le nombre d'IP détenant un doctorat qui assume maintenant des rôles au sein des facultés.

Progression possible

Même si l'ACESI n'a pas encore commencé à reconnaître les programmes de formation des IP, comme recommandé par l'ICIIP, elle en reconnaît la valeur :

L'agrément favorise l'excellence et est reconnu partout dans le monde comme une méthode objective importante pour évaluer les programmes de formation professionnels. L'agrément permet de cerner les forces et les possibilités d'amélioration qui peuvent orienter la prise de décisions. Le processus donne aux administratrices et au corps professoral des renseignements sur les secteurs devant être développés ou modifiés ou ayant besoin de ressources. (ACESI, s.d.)

L'agrément est une occasion de renforcer la qualité pédagogique des programmes de formation canadiens des IP.

Un sondage réalisé en 2011 par l'ACESI sur les programmes de formation des IP a révélé que le manque d'enseignants qualifiés est l'enjeu le plus souvent invoqué. Les répondants ont relevé un total de 164 membres du corps professoral qui enseignaient dans le cadre des programmes à l'intention des IP, dont 18,3 % (soit 30 sur 64) détenant un doctorat.

Ce même sondage de l'ACESI a constaté que les IP avaient besoin de préceptorat clinique et de meilleures occasions de stages en milieu clinique, tout comme l'ont fait valoir les participants à la table ronde sur le rôle des IP de l'AIIC en 2015.

En ce qui concerne la formation continue des IP, les recommandations de l'ICIIP sont perçues comme étant moins fructueuses. La prestation d'une aide financière soutenue, l'allocation de périodes protégées et l'accès à de la formation continue convenable, sont des enjeux encore soulevés. L'accès à la formation continue était une des six grandes priorités relevées à la table ronde de l'AIIC sur le rôle des IP.

De nombreuses occasions de formation existent pour mieux intégrer de façon harmonisée les IP au système de santé canadien, entre autres :

- ▶ augmenter les possibilités de stages des IP en milieu clinique;
- ▶ élaborer un modèle de préceptorat en milieu clinique pour les IP;
- ▶ accroître l'accès à la formation continue pertinente des IP;
- ▶ évaluer la conformité des programmes des IP au *Cadre sur la formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada* (ACESI, 2012);
- ▶ encourager l'ACESI à procéder à l'agrément des programmes de formation des IP;
- ▶ former plus d'IP au moyen d'une stratégie pancanadienne coordonnée.

4. RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

L'annexe G renferme plusieurs recommandations de l'ICIIP sur les ressources humaines en santé (RHS).

Réussites

Une des plus grandes réussites accomplies en matière de RHS, qui a été entreprise dans le cadre de l'ICIIP (mais qui a évolué depuis) est l'élaboration de données à l'appui de la planification des RHS. Cette progression a eu lieu lorsque l'ICIS a élargi ses bases de données sur les soins infirmiers pour inclure des données sur les effectifs d'IP. Il fait rapport de ces chiffres chaque année.

L'ACESI recueille aussi des données sur la formation des IP dans le cadre de son sondage annuel auprès des étudiants et des enseignants. Les statistiques sur la formation, que l'ACESI publie annuellement dans le rapport *Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada* fournit de l'information sur les programmes, les admissions et le nombre de remise de diplômes des IP (que nous avons présentée dans notre section sur la formation).

En ce qui concerne la centralisation des possibilités d'emploi des IP, il existe plusieurs sites d'emploi au pays pour faciliter le recrutement et l'embauche des IP, notamment les sites www.nurisngcareersCanada.ca de l'AIC et www.NPCanada.ca. Il suffit de faire une recherche rapide sur ces sites Web pour constater que plusieurs postes d'IP sont vacants, surtout dans les régions rurales et éloignées du Canada, ce qui a été confirmé par quelques participants à la table ronde sur le rôle des IP de l'AIC en 2015.

Les statistiques récentes sur la main-d'œuvre (ICIS, 2015) révèlent une augmentation de 300 % du nombre d'IP autorisés au cours des dix dernières années.¹⁷ Toutefois, les IP ne représentent que 1,4 % des effectifs des IA et IP. En 2014, plus de 95 % des IP avaient un emploi, lequel était à temps plein pour 77 à 80 % d'entre eux, tendance qui est demeurée constante au cours de la dernière décennie. L'âge moyen des IP est également resté le même (45 ans) pendant la même période (AIC et ICIS, 2005; ICIS, 2015).

Après l'ICIIP, l'AIC a élaboré des fiches de renseignements fondées sur des données probantes sur la présence des IP dans le domaine des soins de longue durée, dans les urgences ainsi que dans les régions rurales et éloignées.¹⁸ Le but était de faire progresser le déploiement des IP dans ces contextes partout au pays.

¹⁷ Augmentation de 976 IP (2006) à 3 966 (2014)

¹⁸ L'AIC a mis à jour deux de ces fiches (soins de longue durée et urgences) en 2013, de même que son énoncé de position sur les IP en 2009.

Entre 2011 et 2013, l'AICC a dirigé une campagne sur les IP avec plusieurs de ses organismes membres. L'objectif de la campagne était de mieux faire connaître le rôle des IP afin de stimuler la demande et de les appuyer davantage.

Les premiers publics cibles étaient le grand public, les politiciens fédéraux, provinciaux et territoriaux, les décideurs gouvernementaux, les médias, les organismes membres de l'AICC ainsi que les IP et leurs associations canadiennes. Les campagnes publicitaires radiophoniques et imprimées, les médias sociaux et les initiatives en matière de relations gouvernementales ont été déployées en trois phases au pays :

- ▶ Phase 1 : au Nouveau-Brunswick et à Ottawa
- ▶ Phase 2 : à Terre-Neuve-et-Labrador, en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique
- ▶ Phase 3 : à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Yukon et en Ontario.

Les sondages indiquent dans l'ensemble que la campagne a réussi à rendre le public plus à l'aise avec l'idée d'être traité par des IP. Les sondages réalisés au cours de la phase un ont révélé un pourcentage plus élevé de répondants acceptant volontiers d'être aiguillés vers un IP lorsque leurs problèmes étaient généraux ou modérés. Les sondages des phases deux et trois ont permis de constater que les personnes exposées aux publicités étaient disposées en plus grand nombre à être traitées par des IP, soit pour des besoins de santé généraux ou des symptômes moyennement préoccupants.

Progression possible

Une répartition plus équilibrée des IP dans les différents contextes de travail et dans les régions rurales ou urbaines est un aspect qui mérite d'être approfondi. Au cours de la dernière décennie, on a constaté une transition considérable dans le milieu de travail des IP au Canada, transition qui ne s'est toutefois pas faite dans la bonne direction. Entre 2005 et 2014, le pourcentage des IP travaillant en santé communautaire est passé de 58,3 % à 32,2 %. En dépit de l'augmentation du nombre d'IP de 300 % (ICIS, 2015), l'accès aux services de soins primaires pourrait ne pas s'être amélioré autant que l'on croirait. De plus, le pourcentage des IP qui travaillent dans les régions rurales est passé de 29 à 18 % cent au cours de la dernière décennie. Les besoins en santé des Canadiens des régions rurales et éloignées sont parmi les plus élevés du pays (voir les figures 3 et 4).

Pendant la durée de l'ICIIP, des chercheurs éminents en RHS ont élaboré et mis à l'essai un modèle de simulation de la planification des besoins en santé des populations de trois provinces (l'Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Alberta). Les résultats ont démontré que les plans visant à former, à éduquer et à mettre en poste un certain nombre d'IP de façon à ce qu'ils exercent dans leur champ d'exercice proposé dans le système de santé s'avéreront insuffisants pour répondre aux besoins (ICIIP, s.d.-b). Il semble qu'aucun gouvernement provincial ou territorial n'avait depuis planifié les RHS fondées sur les besoins en santé de sa population, bien que ce modèle et la formation aient été fournis aux gouvernements qui ont démontré de l'intérêt pendant la durée de l'ICIIP.

La rémunération des IP varie d'un bout à l'autre du pays, et d'un secteur provincial et territorial à l'autre, sans même tenir compte de la valeur du rôle des infirmières et infirmiers en pratique avancée. Bon nombre d'IP ont affirmé n'avoir touché aucune augmentation de salaire depuis de nombreuses années. Les participants de la table ronde de l'AICC sur le rôle des IP ont déterminé qu'il fallait manifestement améliorer cette situation, soulignant que les IA avaient souvent des salaires plus élevés que les IP (voir l'annexe G).

Un nombre de variables portent à croire que le Canada devrait former plus d'IP afin de répondre davantage aux besoins en santé de nos populations, surtout les plus vulnérables. Voici quelques-unes de ces variables :

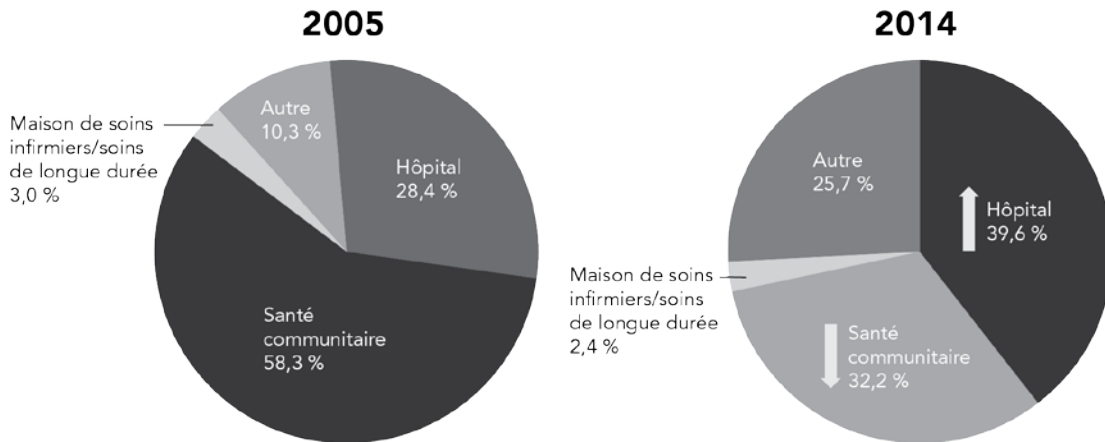
- ▶ le Canada s'est retrouvé en 2013 au dernier rang des 11 pays de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) en ce qui a trait à l'accès ponctuel à un fournisseur de soins de santé primaires;
- ▶ l'augmentation du taux des maladies chroniques, comme le cancer, les cardiopathies, la démence, le diabète et autres;
- ▶ le vieillissement de la population;
- ▶ le nombre élevé de postes d'IP vacants;
- ▶ le taux d'emploi de 95 % des IP;
- ▶ le nombre relativement faible d'IP au sein de la main-d'œuvre en soins infirmiers;
- ▶ le nombre d'admissions relativement constant des IP.

Former plus d'IP nécessiterait que l'on élabore une stratégie pancanadienne coordonnée, en collaboration avec les écoles, les gouvernements et les employeurs. Le modèle de planification des RHS mentionné précédemment (ICIIP, s.d.-b) pourrait faciliter la mise en place d'une telle initiative.

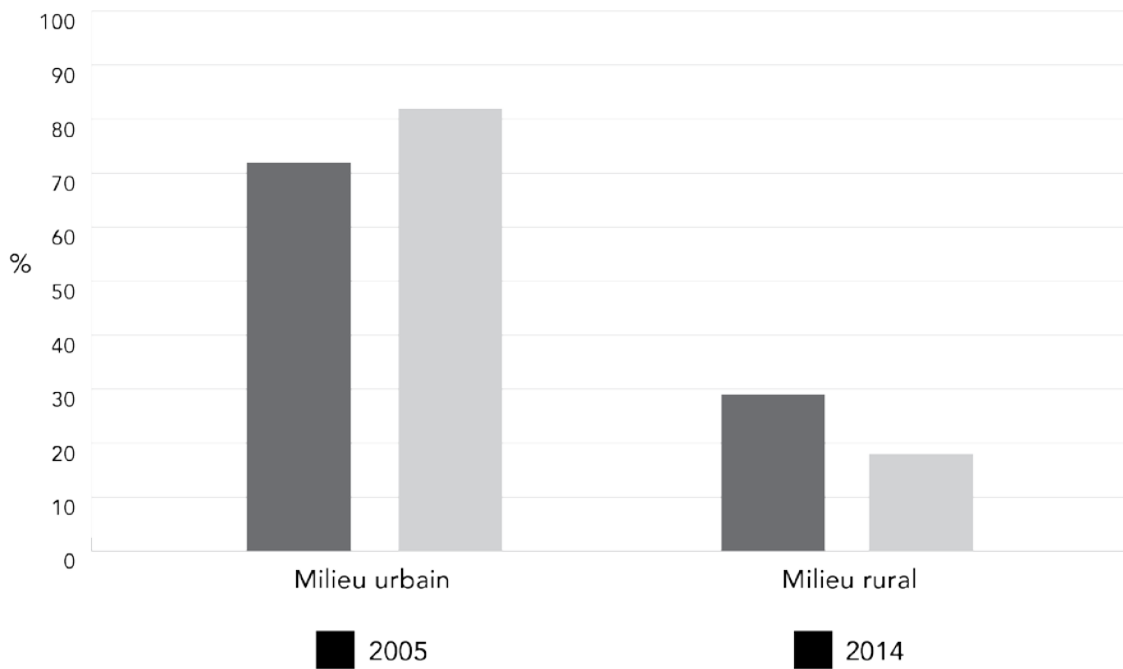
En matière de RHS, il y a différentes façons d'intégrer pleinement et de façon harmonisée les IP au système de santé canadien. En voici quelques-unes :

- ▶ améliorer les données de l'ACESI sur la formation des IP, afin de préciser les niveaux d'éducation;
- ▶ améliorer les données de l'ICIS sur les effectifs d'IP (notamment sur les types et les volets d'IP ainsi que sur les niveaux d'éducation);
- ▶ déployer les IP dans les communautés, afin d'offrir des soins primaires aux populations vulnérables, soit :
 - aux grands consommateurs de soins
 - aux clients en régions rurales ou éloignées
 - aux Premières Nations
 - aux aînés
 - aux réfugiés
 - autres
- ▶ harmoniser la rémunération des IP entre les secteurs, les provinces et les territoires, et tenir compte du rôle des infirmières et infirmiers en pratique avancée;
- ▶ mettre en œuvre une stratégie de recrutement ciblée comportant des mesures incitatives pour améliorer la répartition des IP;
- ▶ mener une planification des besoins en santé de la population au moyen du *Health Human Resources Planning Simulation Model for Nurse Practitioners in Primary Health Care*;
- ▶ tirer parti des outils et ressources de la campagne nationale de l'AICC sur les IP afin de sensibiliser davantage le public et les décideurs.

Graphique 3 : Milieu de travail des IP au Canada, en 2005 et 2014



Graphique 4 : Répartition des IP dans les milieux ruraux et urbains au Canada, en 2005 et 2014



RÉSUMÉ DES POSSIBILITÉS

Voici un résumé des principales possibilités qui contribueraient à l'avancement du rôle des IP au Canada, en vue de renforcer le système de soins de santé primaires et d'améliorer la santé de tous les Canadiens :

- ▶ éliminer l'exigence d'avoir une entente officielle de partenariat avec un médecin;
- ▶ éliminer les obstacles fédéraux à la pratique des IP;
- ▶ continuer de modifier les lois provinciales et territoriales qui empêchent l'optimisation du rôle des IP dans le système de santé;
- ▶ permettre aux IP de procéder aux examens médicaux pour conducteur;
- ▶ normaliser le titre des IP dans l'ensemble du Canada;
- ▶ étendre à une plus grande échelle les modèles de soins en équipe incluant les IP;
- ▶ étendre à une plus grande échelle les modèles d'IP innovateurs, comme la clinique mobile au Manitoba;
- ▶ encourager les modèles de financement axés sur le travail d'équipe qui appuient l'intégration des IP;
- ▶ évaluer différents modèles de soins en équipes qui incluent les IP, de même qu'une évaluation du rendement du capital investi;
- ▶ réserver du temps ou des fonds précisément pour les activités liées à la pratique infirmière avancée, comme la recherche et la formation continue;
- ▶ élaborer un programme de mentorat pour les IP;
- ▶ augmenter les possibilités de stages des IP en milieu clinique;
- ▶ élaborer un modèle de préceptorat en milieu clinique pour les IP;
- ▶ accroître l'accès à la formation continue pertinente des IP;
- ▶ évaluer la conformité des programmes d'éducation des IP au *Cadre sur la formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada* de l'ACESI (2012);
- ▶ appuyer l'ACESI dans l'agrément des programmes de formation des IP;
- ▶ améliorer la qualité des données disponibles de l'ACESI sur la formation des IP;
- ▶ former plus d'IP grâce à une stratégie pancanadienne coordonnée;
- ▶ améliorer les données de l'ICIS sur les effectifs d'IP (notamment sur les types et les volets d'IP);
- ▶ déployer les IP dans les communautés, afin d'offrir des soins primaires aux populations vulnérables, soit :
 - aux grands consommateurs de soins
 - aux aînés
 - aux clients en régions rurales ou éloignées
 - aux réfugiés

- aux Premières nations
 - autres
- ▶ harmoniser la rémunération des IP entre les secteurs, les provinces et les territoires, et tenir compte du rôle des infirmières et infirmiers en pratique avancée;
 - ▶ mettre en œuvre une stratégie de recrutement ciblée comportant des mesures incitatives pour améliorer la répartition des IP;
 - ▶ mener une planification des besoins en santé de la population au moyen du *Health Human Resources Planning Simulation Model for Nurse Practitioners in Primary Health Care*;
 - ▶ tirer parti des outils et ressources de la campagne nationale sur les IP afin de sensibiliser davantage le public et les décideurs;

RECOMMANDATIONS

On recommande les stratégies pancanadiennes suivantes pour poursuivre l'intégration du rôle des IP :

- ▶ promouvoir et mettre en œuvre des modèles innovateurs de travail en équipes incluant les IP, qui serviront d'exemples;
- ▶ évaluer différents modèles d'équipes qui incluent les IP, de même que le rendement du capital investi;
- ▶ améliorer la qualité des données de l'ICIS sur les effectifs d'IP, et celle des données de l'ACESI sur la formation des IP;
- ▶ faire progresser le déploiement des postes d'IP au sein de la communauté afin de dispenser des soins primaires aux populations vulnérables, comme aux grands consommateurs de soins, aux aînés, aux clients en régions rurales ou éloignées, aux réfugiés ou aux membres des Premières Nations;
- ▶ élaborer une stratégie de recrutement ciblée comportant des mesures incitatives pour améliorer la répartition des IP;
- ▶ harmoniser la rémunération des IP entre les secteurs, les provinces et les territoires, et tenir compte du rôle des infirmières et infirmiers en pratique avancée;
- ▶ planifier les besoins en santé de la population à l'aide du *Health Human Resources Planning Simulation Model for Nurse Practitioners in Primary Health Care*;
- ▶ former plus d'IP grâce à une stratégie pancanadienne coordonnée;
- ▶ tirer parti des outils et ressources qui ont déjà été utilisés dans le cadre de la campagne sur les IP afin de sensibiliser davantage le public et les décideurs;
- ▶ accroître l'accès à la formation continue pertinente des IP.

CONCLUSION

Même si les IP sont aujourd'hui plus répandus au Canada qu'ils l'étaient il y a dix ans, les enjeux qui les concernent persistent (à divers degrés) selon la province ou le territoire et s'étendent davantage aux quatre coins du pays. Les provinces et les territoires en sont à différentes étapes dans leurs efforts d'intégration des IP dans la prestation des soins de santé.

Compte tenu des défis importants auxquels est confronté le système de soins de santé aujourd'hui ainsi que de la transition vers les soins interprofessionnels, il est important d'utiliser nos professionnels de la santé disponibles à leur plein potentiel et de voir à ce qu'ils se trouvent au bon endroit, au bon moment. Les IP sont déjà considérés comme une solution rentable permettant d'améliorer l'accès opportun du public à des soins de santé de qualité, peu importe où les soins sont prodigués. Compte tenu du vieillissement de la population et d'une augmentation des incidences des maladies chroniques, nous pouvons et devrions faire progresser maintenant le rôle des IP dans le système de santé.

RÉFÉRENCES

Association canadienne de protection médicale, Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Énoncé commun de l'ACPM et de la SPIIC sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative*. Extrait de https://www.cmpa-acpm.ca/documents/10179/24937/com_joint_statement-f.pdf

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (s.d.). *L'ACESI et l'agrément*. Extrait de <http://www.casn.ca/fr/accreditation/casn-and-accreditation/>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2011). *Nurse practitioner education in Canada: Final Report*. Extrait de <http://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/EnvironmentalScanofNursePractitionerProgramsEn.pdf>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2012). *La formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada : Cadre national de principes directeurs & éléments essentiels*. Extrait de <http://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINALNPFrameworkFR20130131.pdf>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2015). *Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada, 2013-2014*. Extrait de <http://www.casn.ca/wp-content/uploads/2015/11/2013-2014-FR-SFS-draft-report-FINAL-public-copy.pdf>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (s.d.). *Liability protection*. Extrait de <http://rno.ca/join/benefits/plp>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005/2010). *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Extrait de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/competency_framework_2010_f.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Health human resources planning simulation model for nurse practitioners in primary health care [User guide]*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *La pratique infirmière avancée : Un cadre national*. Extrait de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Recommandations de l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens : rapport d'étape*. Extrait de http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/cnpi_report_2009_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *Plan d'intégration collaboratif du rôle des infirmières et infirmiers praticiens au Canada, 2011-2015*. Extrait de http://www.ipenfin.ca/docs/Integration_Plan_for_the_Nurse_Practitione_-_Role_Fr.pdf

Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière. (2015). *Pediatric primary care nurse practitioner exam [fiche de renseignements]*. Extrait de https://crnns.ca/wp-content/uploads/2014/12/pncb-ccnr_fact_sheet-sept2015.pdf

Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière. (2016). *Adult-gerontology primary care nurse practitioner exam [fiche de renseignements]*. Extrait de <http://www.ccnr.ca/assets/aanpcp-fact-sheet-june-2016.pdf>

Gouvernement du Canada. (2006). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Extrait de http://canadiensensante.gc.ca/health-system-systeme-sante/cards-cartes/collaboration/2003-accord-fra.php?_ga=1.36156384.1538443535.1448560260

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens. (s.d.-a). *Education framework for nurse practitioners in Canada*. Extrait de http://www.npnow.ca/docs/tech-report/section5/06_Education%20Framework.pdf

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens. (s.d.-b). *Technical report: Health human resources chapter*. Extrait de http://www.npnow.ca/docs/tech-report/section4/01_Health_Human_Resources.pdf

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens. (2006a). *Nurse practitioners: The time is now — A solution to improving access and reducing wait times in Canada [rapport technique]*. Extrait de http://www.npnow.ca/docs/tech-report/section1/01_Integrated_Report.pdf

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens. (2006b). *Practice framework for nurse practitioners in Canada*. Extrait de http://www.npnow.ca/docs/tech-report/section3/04_Practice%20Framework.pdf

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens. (2006c). *Legislative and regulatory framework (rapport technique)*. Extrait de http://www.npnow.ca/docs/tech-report/section2/01_legislation_regulation.pdf

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens. (2006d). *Competence assessment framework for nurse practitioners in Canada*. Extrait de http://www.npnow.ca/docs/tech-report/section1/07_Report_Tool2.pdf

Institut canadien d'information sur la santé, Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *La réglementation et le nombre d'infirmières praticiennes et d'infirmiers praticiens au Canada*. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/NP_Technical_Appendix_FR.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Le personnel infirmier réglementé 2014*. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNurses2014_Report_FR.pdf

Naylor, D., Girard, F., Mintz, J., Fraser, N., Jenkins, T., & Power, C. (2015). *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada* (« Rapport Naylor »). Extrait du site Web de Santé Canada : <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf>

Nurse Practitioners of Saskatchewan. (2016). *NP fact sheets*. Extrait de <http://npos.ca/nurse-practitioners-in-saskatchewan/np-fact-sheets/>

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (s.d.-a). *Nos services*. Extrait de <http://www.cnps.ca/index.php?m=15&page=3&lang=fr>

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (s.d.-b). *Understanding the CNPS advantage*. Extrait de <http://www.cnps.ca/index.php?page=305> (en anglais seulement)

Spence, L., Agnew, T., & Fahey-Walsh, J. (2015). *A pan-Canadian environmental scan of the scope of practice of nurse practitioners*. Toronto: Ontario Nurse Practitioners' Association.

LISTE DES ACRONYMES

ARNNL	Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador
ARNPEI	Association of Registered Nurses of Prince Edward Island
ACIIPA	Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée
CARNA	College and Association of Registered Nurses of Alberta
ACESI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
CCORPI	Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
CRNBC	College of Registered Nurses of British Columbia
CRNM	College of Registered Nurses of Manitoba
CRNNS	College of Registered Nurses of Nova Scotia
AIINB	Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
NPAO	Nurse Practitioners Association of Ontario
NPOS	Nurse Practitioners of Saskatchewan
RNANT/NU	Registered Nurses Association of Northwest Territories and Nunavut
AIIAAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
SRNA	Saskatchewan Registered Nurses' Association
YRNA	Yukon Registered Nurses Association

ANNEXE A

PARTICIPANTS À LA TABLE RONDE DE L'AIIC SUR LES IP – LE 12 NOVEMBRE 2015

Infirmières et infirmiers praticiens

Theresa Agnew, IP en soins de santé primaires

Deanna J. Barlow, IP

Laurie Brehaut, IP (Î.-P.-É.)

Sophie Charland, IP en soins primaires (Québec)

Cindy Fehr, IP (Manitoba)

Kathleen Fyvie, IP (C.-B.)

Lee Holliday, IP (Yukon)

Jason Ings, IP (Alberta)

Maureen Klenk, IP

Aimee Mains, IP (Saskatchewan)

Raleen Murphy, IP (T.-N.-L.)

Kimberly Newton, IP (Nouvelle-Écosse)

Janet Weber, IP en soins de santé primaires (N.-B.)

Affiliation

Directrice générale, Nurse Practitioner's Association of Ontario

Présidente, Nurse Practitioners of Saskatchewan

Présidente sortante, Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée

Pratique infirmière avancée

Kate Burkholder, présidente du conseil

Jennifer Fournier, membre du conseil

Melanie McCarthy, secrétaire

Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée

Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée

Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée

Université

Esther Sangster-Gormly, professeure agrégée

Ruth Martin-Misener, professeure

Université de Victoria

Université Dalhousie

Gouvernement

Barbara Foster

Beverly Griffiths, directrice des services de santé actifs, infirmière en chef provinciale de Terre-Neuve-et-Labrador

Jacques Néron

Santé Canada

N.L. Department of Health and Community Services

Santé Canada

AIC

Lisa Little, facilitatrice

Josette Roussel, infirmière-conseillère principale

ANNEXE B

RECOMMANDATIONS SUR LA LÉGISLATION ET LA RÉGLEMENTATION

Adopter le *Legislative and regulatory framework* (cadre législatif et réglementaire pour les infirmières et infirmiers praticiens) de l'ICIP afin d'uniformiser les modèles de législation et de réglementation provinciaux, territoriaux et fédéraux.

Élément	Mesure
Principes	Adopter les 10 principes sous-jacents comme base des processus législatifs et réglementaires des IP.
Champ d'exercice	Élaborer et mettre en place un vaste champ d'exercice pour les IP fondé sur les compétences de base pancanadiennes.
Définition du rôle des IP	Adopter la définition de l'ICIP.
Protection du titre	Protéger le titre et la désignation d'IP dans la réglementation dans toutes les provinces et tous les territoires canadiens.
Compétences de base	Adopter le <i>Cadre des compétences de base des IP</i> de l'AIC.
Inscription/autorisation d'exercer	Élaborer et mettre en place un cadre pour faciliter la pratique du rôle élargi/accru des infirmières et infirmiers autorisés (IA). Adopter les exigences normalisées pour l'inscription/autorisation d'exercer des IP. Adopter l'Examen canadien des infirmières et infirmiers praticiens : famille/tous âges (ECIP/FTA). Établir un consensus sur les mécanismes harmonisés afin d'appuyer la pratique des IA dans leur rôle élargi/accru.
Assurance de la qualité	Adopter le <i>Competence Assessment Framework for Nurse Practitioners in Canada</i> de l'ICIP.
Responsabilité professionnelle	Adopter une exigence en matière de responsabilité professionnelle de 5 millions de dollars (minimum) pour les IP du Canada.

Élément	Mesure
Application des autres règlements	Modifier les règlements fédéraux, provinciaux et territoriaux existants pour qu'ils soient conformes à la pratique des IP.
Systèmes de données	Élargir la base de données nationale sur les IA (ICIS) pour y inclure des données pertinentes sur les IP.
Participation du public	Inclure l'adhésion/la participation du public à tous les conseils d'administration des organismes de réglementation et à leur comité statutaire. Faire participer le public et autres intervenants dans l'évolution des processus législatifs et réglementaires pour les IP. Fournir de l'information aux clients sur le rôle des IP.
Mobilité	Élaborer et mettre en œuvre une entente de reconnaissance mutuelle pour les IP. Réduire les obstacles inutiles aux IP canadiens et à ceux formés à l'étranger faisant demande d'inscription/autorisation d'exercer.
Évaluation de l'efficacité réglementaire	Élaborer et adopter un cadre d'évaluation pancanadien pour évaluer l'efficacité des mécanismes et des processus réglementaires liés au rôle des IP.

ANNEXE C

OBSTACLES FÉDÉRAUX À LA PRATIQUE DES IP

Population générale

Titre de la législation	Personnes visées	Description
<i>Code canadien du travail</i> (articles 132, 204, 205.1, 206, 206.3, 206.4, 207.2, 239)	Employés <ul style="list-style-type: none">• enceintes ou allaitantes;• dont un membre de la famille est gravement malade;• dont un enfant est gravement malade;• malades ou accidentés.	Formulaires d'examens et certificats médicaux. Sauf exception, la définition d'un spécialiste de la santé se limite aux médecins. (<i>Loi sur l'assurance-emploi</i> - Pour les prestations de soins -- un autre spécialiste de la santé, comme une IP, peut signer le certificat médical quand le membre de la famille gravement malade se trouve en un emplacement géographique où l'accès à un médecin est limité ou impossible, et quand le médecin a autorisé l'autre spécialiste de la santé à traiter ce membre de la famille gravement malade.)
<i>Loi sur l'assurance-emploi</i> (articles 23.1, 23.2, 152.06, 152.061, 41.2)	Personnes/prestataires	Formulaires d'examens et certificats médicaux. Sauf exception, la définition d'un spécialiste de la santé se limite aux médecins. Circonstances exceptionnelles = quand le traitement par un médecin n'est pas facilement accessible, un spécialiste de la santé peut être désigné par ce médecin.

Titre de la législation	Personnes visées	Description
Règlement sur l'assurance-emploi (article 63)	Les assurés souhaitant recevoir des prestations d'un régime d'indemnité.	Seuls les soins offerts par un médecin sont mentionnés.
<u>Loi de l'impôt sur le revenu (articles 63, 118.2, 118.3, 118.6, 146.4)</u>	<p>Toute personne</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans l'incapacité de s'occuper de ses enfants en raison de l'infirmité mentale ou physique qu'elle a et de son obligation; • ayant des déficiences et suivant une thérapie; • bénéficiaire ayant besoin qu'un médecin atteste de son état de santé. 	<p>Les déductibles pour les traitements fournis par des médecins (et certains autres professionnels de la santé; aucune mention des IP ou des IA dans ces articles de la loi). Autres professionnels de la santé mentionnés : psychologues, optométristes, orthophonistes, audiologistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes. Dans le cadre des régimes d'épargne-invalidité, un médecin doit attester de l'état de santé d'un bénéficiaire.</p>
<u>Règlement de l'impôt sur le revenu (articles 8302, 8503, 8517)</u>	Toute personne	L'admissibilité aux prestations de retraite dépend de l'attestation que seul un médecin peut faire.
<u>Loi sur la mise en quarantaine (article 22)</u>	Tout voyageur (c.-à-d. membre du public) qui est ou pourrait être atteint d'une maladie transmissible doit subir un contrôle médical.	Examens médicaux par des spécialistes de la santé. La définition se limite aux professionnels autorisés à pratiquer la médecine.
<u>Règles de la Section d'appel des réfugiés (articles 67, 68)</u>	Quiconque souhaite changer la date ou l'heure d'une audience pour des raisons médicales.	Les certificats médicaux peuvent être fournis par des « médecins qualifiés ». La définition n'est pas claire, mais semble restreindre cette fonction aux médecins.

Titre de la législation	Personnes visées	Description
<u>Règles de la Section de la protection des réfugiés (articles 8, 54, 65)</u>	Tout demandeur d'asile qui demande une prorogation de délai pour des raisons médicales doit fournir le formulaire de fondement de la demande d'asile. Quiconque souhaite changer la date ou l'heure d'une procédure pour des raisons médicales.	Les certificats médicaux peuvent être fournis par des « médecins qualifiés ». La définition n'est pas claire, mais semble restreindre cette fonction aux médecins.

Employés de professions ou métiers précis

Titre de la législation	Personnes visées	Description
<u>Loi sur l'aéronautique (article 6.5)</u>	Les membres d'équipage, les contrôleurs aériens (ou tout autre titulaire d'un document d'aviation canadien assorti de normes médicales ou optométriques).	Examens et certificats médicaux. Seuls les médecins et les optométristes sont énoncés.
<u>Règlement transitoire sur la santé et la sécurité au travail concernant les ouvrages en mer dans la zone extracôtière Canada – Nouvelle-Écosse*</u> * Voir aussi : <u>Règlement transitoire sur la santé et la sécurité au travail concernant les ouvrages en mer dans la zone extracôtière Canada – Terre-Neuve-et-Labrador</u> (articles 134, 281) <u>Règlement sur la santé et la sécurité au travail (trains)</u> (article 7.19) <u>Règlement sur la santé et la sécurité au travail en milieu maritime</u> (article 254)	Employés (leur capacité à travailler avec des matières dangereuses)	Examens et certificats médicaux. Seuls les médecins sont précisés.

Titre de la législation	Personnes visées	Description
<p>Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail (article 10.7)</p> <p>Règlement sur la santé et la sécurité au travail (aéronefs) (article 5.7)</p> <p>Règlement sur la sécurité et la santé au travail (pétrole et gaz) (article 11.22)</p>		
<p>Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail (article 18.7)</p>	Employés (divers)	Examens et certificats médicaux. Seuls les médecins sont précisés.
<p>Règlement sur les opérations de plongée liées aux activités pétrolières et gazières au Canada (articles 27, 64, 67)*</p> <p>* Voir aussi :</p> <p>Règlement transitoire sur la sécurité des opérations de plongée dans la zone extracôtière Canada – Terre-Neuve-et-Labrador (articles 26(b)(ii), 62(b)(ii), 66(5), 66(6)(c))</p> <p>Règlement transitoire sur la sécurité des opérations de plongée dans la zone extracôtière Canada – Nouvelle-Écosse (articles 26(b)(ii), 62(b)(ii), 66(5), 66(6)(c))</p>	Plongeurs/directeurs de plongée Pilotes (de systèmes de plongée à pression atmosphérique, comme un sous-marin monoplace)	Examens et certificats médicaux. Seuls les médecins sont précisés.
<p>Loi sur la marine marchande du Canada (article 90)</p>	Employés (ne doivent pas être susceptibles de constituer un risque pour la sécurité maritime, comme le conducteur d'un navire, etc.)	Examens et certificats médicaux. Seuls les médecins et les optométristes sont énoncés.
<p>Règlement de l'aviation canadien (articles 404; 604)</p>	Pilotes Passagers incapables de se tenir assis le dos droit.	Examens et certificats médicaux. Seuls les médecins peuvent fournir des examens médicaux et traiter les demandes médicales des passagers.

Titre de la législation	Personnes visées	Description
<u>Règlement sur la santé et la sécurité dans les mines de charbon (articles 64, 142)</u>	Machiniste d'extraction	Examens et certificats médicaux. Seuls les médecins peuvent attester de l'état de santé d'un machiniste d'extraction.
<u>Règlement sur les produits laitiers (article 11.1)</u>	Employés participant au conditionnement d'un produit laitier exposé.	Certificat médical uniquement par les médecins.
<u>Règlement sur les aliments et drogues (B.24.300, B.24.301)</u>	Vendeur d'un aliment présenté comme étant conçu pour un régime à très faible teneur en énergie.	Ordre écrit uniquement du médecin, pour tout aliment présenté comme étant conçu pour un régime à très faible teneur en énergie.
<u>Règlement général sur le pilotage (articles 2,3, 4)</u>	Pilotes (et demandeurs d'un brevet ou d'un certificat de pilotage)	Les examens et certificats médicaux ne peuvent être émis que par les médecins.
<u>Loi sur la sécurité ferroviaire (article 35)</u>	Employés (titulaires de postes essentiels pour la sécurité ferroviaire)	Seuls les examens médicaux réalisés par les médecins sont permis en vertu de la loi.

Anciens combattants et personnel de la GRC

Titre de la législation	Personnes visées	Description
<u>Règlement sur l'assurance des soldats de retour (articles 8,9)</u>	Anciens combattants assurés	Les examens médicaux pour les bénéficiaires pour invalidité ne doivent être réalisés que par les médecins.

Titre de la législation	Personnes visées	Description
<u>Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants (articles 25,30)</u>	Les anciens combattants et leurs familles	Les fonctions exécutées dans le cadre d'une thérapie pour les clients, et l'indemnisation des déplacements pour les visites des membres de la famille dépendent du médecin.
<u>Règlement sur l'assurance des anciens combattants (annexe 10)</u>	Anciens combattants assurés	Les examens médicaux pour les bénéfices pour invalidité ne peuvent être réalisés que par les médecins.
<u>Règlement sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada (article 26.2)</u>	Membres de la gendarmerie/ contributeurs	Les examens médicaux ne peuvent être réalisés que par les médecins.

Autres employés de la fonction publique

Titre de la législation	Personnes visées	Description
<u>Règlement du calcul du service des anciens membres du Sénat ou de la Chambre des communes (article 6)</u>	Employés de la fonction publique (p. ex., membres du Parlement)/ contributeurs	Les examens médicaux ne peuvent être réalisés que par des médecins.

<p><u>Règlement sur l'indemnisation des employés de l'État (article 3)</u></p>	<p>Employés de la fonction publique et membres de leurs familles</p>	<p>L'attestation médicale ne peut être réalisée que par des médecins, pour que l'indemnisation puisse être versée à l'employé ou à ses personnes à charge.</p>
<p><u>Règlement sur la pension de la fonction publique (article 43)</u></p>	<p>Employés de la fonction publique/contributeurs</p>	<p>Seuls les examens médicaux réalisés par les médecins sont permis en vertu de la loi.</p>

ANNEXE D

RECOMMANDATION RELATIVE À LA PRATIQUE

Adopter le *Practice Framework for nurse practitioners in Canada* (cadre de pratique pour les infirmières et infirmiers praticiens du Canada) de l'ICIIP afin d'uniformiser les modèles de pratique provinciaux, territoriaux et fédéraux.

Élément	Mesure
Pratique infirmière avancée	Revoir le cadre de pratique infirmière avancée de l'AIC pour clarifier et faire état du rôle des IP.
Description du rôle	Adopter la description du rôle des IP de l'ICIIP.
Responsabilité professionnelle	Établir une base de données nationale sur une base volontaire pour faire un suivi des poursuites et des réclamations intentées contre les fournisseurs de soins de santé, y compris les IP. Les gouvernements provinciaux et territoriaux couvrent les coûts liés à la protection de la pratique et à la responsabilité professionnelle.
Collaboration et consultation	Incorporer les sept éléments jugés essentiels pour une collaboration optimale dans toutes les dispositions liées à la pratique, y compris les ententes existantes.
Pratique interprofessionnelle	Élaborer et mettre en œuvre une orientation claire en matière de politiques pour les modèles interprofessionnels de prestation de services en soins de santé primaires et une stratégie d'appui aux changements apportés à la gestion.

ANNEXE E

LISTE DES MODÈLES DE SOINS ET DES MODÈLES DE FINANCEMENT

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
Territoires du Nord-Ouest et Nunavut	La majorité du travail se fait dans les cliniques familiales, les hôpitaux et les centres de santé. Une IP est embauchée par une société minière.	48 salariés (gouvernement)
Colombie-Britannique	<p>Les IP en soins primaires travaillent en tant que salariés du ministère de la Santé (MS) dans des cliniques multidisciplinaires offrant des soins primaires à des populations marginalisées précises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIH/sida, santé mentale et dépendances, bien-être des femmes et des enfants victimes de violence ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues, gériatrie/personne âgée fragile, Premières Nations, jeunes; • les unités de santé mobiles offrant un accès à des soins de santé primaires aux populations éloignées ou marginalisées; 	<p>Modèles de salariés d'une autorité sanitaire (AS) où cette dernière reçoit du MS tous les fonds nécessaires aux postes des IP (salaires, avantages, soutien administratif, perfectionnement professionnel);</p> <p>Modèle de salariés NP4BC, où l'autorité sanitaire reçoit partiellement les fonds nécessaires aux postes des IP (salaires et avantages seulement; le budget général de l'AS doit couvrir les frais afférents au soutien administratif et au perfectionnement professionnel).</p> <p>Aucun modèle de capitation¹⁹ n'est offert aux IP, mais les médecins qui touchent à ces fonds embauchent des IP.</p>

¹⁹ L'impôt de capitation est une entente de paiement conclue pour les fournisseurs de services de soins de santé, comme les médecins ou les infirmières et infirmiers praticiens. En vertu de cette entente, un médecin – ou groupe de médecins – reçoit un montant pour chaque patient inscrit qui leur est attribué au cours d'une période donnée, que ce patient ait besoin ou non de soins.

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
	<ul style="list-style-type: none"> les IP et médecins se partagent l'ensemble des établissements de soins; <p>Les IP en soins primaires travaillent en tant que salariés du MS dans des centres généraux de soins de santé primaires (où l'on applique notamment la rémunération à l'acte, y compris pour les IP salariés).</p> <p>Les IP qui travaillent en tant que salariées du MS dans des cliniques multidisciplinaires de l'autorité sanitaire offrant des soins de deuxième niveau pour traiter des problèmes de santé précis :</p> <ul style="list-style-type: none"> p. ex., cliniques de santé cardiaque, cliniques de transplantation, cliniques de douleurs chroniques, cliniques de suivi posttraumatique, cliniques d'accès rapide (médecine interne). <p>Les IP en soins primaires travaillent dans des cliniques multidisciplinaires privées ou privées et multipartenariat, offrant des soins primaires dans tous les contextes :</p> <ul style="list-style-type: none"> p. ex., la Copeman Healthcare Clinic – où l'IP est rémunérée par la clinique. La facturation pro forma est possible dans de tels contextes. 	<p>Facturation pro forma – Le médecin employeur facture les tâches accomplies par l'IP à la clinique multipartenariat, afin de couvrir le salaire de celle-ci.</p> <p>Paye privée – Les patients paient l'IP pour les services que l'IP ne peut se faire rembourser à même les fonds IP de la clinique multipartenariat (peu courant).</p>

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
	<p>Les IP qui travaillent en tant que salariées du MS dans des centres multidisciplinaires de soins actifs offrant des soins tertiaires spécialisés à des populations précises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • p. ex., chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique, hémodialyse, chirurgie générale, multitraumatismes, néphrologie, oncologie, populations pédiatriques spécialisées, urgence/soins urgents. 	
Alberta	<p>La majorité des soins primaires sont fournis par l'intermédiaire de réseaux de soins primaires (RSP) situés dans toute la province.</p>	<p>Les Alberta Health Services (AHS) ont la responsabilité du principal modèle de financement. La plupart des IP sont embauchées par les AHS et travaillent dans le domaine des soins actifs.</p> <p>Il y a deux ans, une initiative avait pour objectif de lancer des centres d'assistance familiale (CAF). Les AHS versaient les salaires des IP pour la prestation des soins primaires. L'objectif initial était d'ouvrir 145 CAF, mais le gouvernement n'en a ouvert que 3 avant d'annuler l'initiative.</p>

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
		<p>Par manque de modèle de financement, quelques IP travaillent dans des RSP. Ces IP ne peuvent générer des revenus pour leur organisation, mais doivent être rémunérés à même le budget de fonctionnement du RSP. Comme le salaire d'une IP représente des coûts, le RSP préfère embaucher un médecin.</p>
Saskatchewan	<p>Les IA (IP) sont inscrits pour exercer dans les catégories des soins aux adultes, de la néonatalogie et des soins de santé primaires. Les rôles sont répartis entre les soins de santé primaires, les urgences hospitalières, les services de gériatrie, la prise en charge des douleurs chroniques, la santé des femmes, les refuges de jeunes, les soins de longue durée, la réadaptation, les unités de soins intensifs en néonatalogie, et la santé en milieu scolaire (NPOS, 2016).</p> <p>Les IA (IP) ont un contrat dans le Nord de la province avec différents grands conseils.</p> <p>Certains IA (IP) sont embauchés à l'extérieur des autorités sanitaires régionales, dans des programmes privés ou affiliés tels que les communautés Eden Care, ou d'autres postes de prestations de soins de longue durée.</p>	<p>Les autorités sanitaires régionales financent la plupart des postes d'IA (IP) de la province.</p> <p>Il y a aussi quelques postes au sein de l'autorité sanitaire régionale qui ne sont pas financés par la région, mais par des spécialistes qui paient pour que le poste soit ajouté à leur pratique ou collaboration.</p> <p>Les IA (IP) ne sont pas rémunérés à l'acte.</p>

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
Manitoba	<p>Environ 145 IP sont inscrits auprès du CRNM.</p> <p>Chacune des cinq autorités sanitaires régionales compte des IP.</p> <p>Les IP travaillent dans différents contextes. On les retrouve majoritairement dans le domaine des soins primaires (cliniques d'accès, cliniques de soins rapides, cliniques privées et régionales, cliniques mobiles) puis, dans une moindre mesure, en soins d'urgence et en soins hospitaliers spécialisés (soins cardiaques, pédiatrie), ainsi que dans des centres de soins longue durée.</p> <p>Les IP sont inscrits dans la catégorie « famille », puis se spécialisent selon leur population (c.-à-d. adultes, familles, pédiatrie, gérontologie).</p>	<p>Santé Manitoba fournit la rémunération de la plupart des IP, à la fois pour les postes indépendants ou encore les équipes collaboratives (dirigées par des autorités sanitaires régionales ou liées à des cliniques privées de médecins).</p>
Ontario	<p>Les IP travaillent dans différents modèles et contextes, dont des hôpitaux, des équipes de santé familiale, des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes, des centres de santé communautaires, des unités de santé publique, des établissements de soins de longue durée, des cabinets de médecin de famille, des centres d'accès aux soins communautaires, etc.</p> <p>Ils peuvent se spécialiser dans les catégories des soins de santé primaires, des soins aux adultes et des soins en pédiatrie.</p>	<p>Les modèles de financement varient.</p> <p>Les IP ne peuvent facturer l'assurance maladie de l'Ontario pour des services offerts aux patients.</p> <p>La plupart des postes salariés sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.</p> <p>Les IP œuvrant dans le domaine des soins actifs sont souvent rémunérées à même le budget global de l'hôpital.</p>

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
		Certains sont directement embauchés par des médecins en pratique seule, qui les rémunèrent à même leur propre salaire ou rémunération à l'acte.
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>Les IP travaillent dans différents modèles : soins de santé primaires, soins actifs, soins intensifs et programmes spécialisés (p. ex., chirurgie bariatrique, clinique du VIH).</p> <p>Les IP travaillent dans différents contextes : cliniques, hôpitaux, cabinets de médecin de famille, cliniques externes, milieux communautaires, ruraux, éloignés ou le long de la côte de Terre-Neuve-et-Labrador).</p>	<p>Un faible nombre d'IP sont embauchées par des entreprises privées extracôtières. Une IP pourrait être rémunérée par un cabinet de médecin de famille privé. Bien que l'on en compte deux à l'emploi du ministère provincial de la Justice, la plupart des IP sont embauchés par l'autorité sanitaire régionale. Une d'entre elles est travailleur autonome et facture ses services directement à ses patients.</p>

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
Nouveau-Brunswick	<p>Toutes les IP sont agréées dans la catégorie de soins de santé primaires – tous âges. Il n'y a aucune IP spécialisée en soins actifs, ni sage-femme.</p> <p>Une IP a reçu l'approbation de l'AIINB et de l'infirmière en chef pour ouvrir une clinique privée. Après évaluation, l'AIINB a confirmé que cette clinique respectait la portée de la prestation des soins de santé primaires.</p> <p>Autres organisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Premières Nations – soins financés par les bandes • Forces canadiennes – ministère de la Défense nationale • Universités – principal rôle des IP en tant qu'éducateurs • Services correctionnels • Employeurs du secteur privé • Irving Oil Company – affichage d'un poste d'IP en soins de santé primaires • Bourses de recherche • Cliniques de méthadone • IP en pratique privée 	<ul style="list-style-type: none"> • Les IP sont principalement rémunérées par le ministère de la Santé, et embauchées par une ou deux autorités sanitaires régionales, dans des centres de santé communautaires, aux urgences, en santé publique, dans des maisons de soins infirmiers (par l'intermédiaire du ministère des Services sociaux), en santé mentale, dans des cliniques de méthadone, dans des cabinets de médecin, auprès des Premières Nations, et dans des cliniques universitaires.

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
		<ul style="list-style-type: none"> En avril 2015, le ministère de la Santé a annoncé le lancement d'un projet pilote, au cours duquel un médecin peut embaucher une IP et recevoir, du régime d'assurance-maladie, l'équivalent de la moitié du taux habituel facturé par l'IP pour chaque visite. Selon ce plan, les IP ne feront partie d'aucun syndicat et devront négocier tous leurs avantages.
Île-du-Prince-Édouard	<p>Deux IP travaillent sous le modèle de rémunération à l'acte. Embauchées au privé par des médecins, elles ne peuvent pas facturer leurs services directement au régime d'assurance-maladie, c'est le médecin qui le fait.</p> <p>La plupart des IP travaillent dans la catégorie « famille/tous âges », en collaboration avec des médecins de famille. Quelques nouveaux projets pilotes ont été lancés.</p> <p>Une IP a été embauchée dans le programme sur le diabète, principalement pour offrir des soins aux patients non affiliés. Une autre IP travaille temporairement en obstétrique-gynécologie, offrant des soins prénatals aux patientes non affiliées.</p> <p>Une IP travaille au PEI Cancer Treatment Centre.</p>	<p>Une IP a été embauchée, grâce à des fonds privés, dans une clinique exploitée par le centre de ressources familiales CHANCES.</p> <p>Elles sont à l'emploi du gouvernement provincial et rémunérées conformément à l'entente collective du syndicat des infirmières de l'Î-P-É.</p>

Provinces	Modèle de soins	Modèle de financement/ N ^{bre} d'IP
Nouvelle-Écosse	<p>47 IP spécialisées dans les soins aux adultes.</p> <p>Trois IP spécialisées dans les soins aux enfants.</p> <p>Sept IP spécialisées en néonatalogie.</p> <p>89 IP spécialisées en F/TA – De façon générale, les groupes F/TA travaillent dans des cliniques de soins primaires, quelques IP ont été embauchées dans des centres d'urgence communautaires, une travaille aux urgences et certaines IP œuvrent dans les soins de longue durée et les soins primaires.</p>	<p>La plupart des IP sont à l'emploi de l'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse, et sont rémunérées par le ministère de la Santé et du Bien-être. Leur facturation est pro forma, car, en tant qu'employées salariées, elles n'ont pas le droit de facturer leurs services.</p> <p>Les IP peuvent travailler au privé, mais le médecin doit alors participer activement aux soins des patients, à quelques exceptions près (tests de Pap, immunisation, vaccins contre la grippe et injections).</p> <p>Une IP est travailleur autonome, dans le domaine de l'esthétique.</p> <p>Une IP est employée par le gouvernement avec avantages (Commission d'indemnisation des accidentés du travail, assurances, etc.)</p>
Yukon	<p>Trois IP provenant de la Nouvelle-Écosse.</p> <p>Deux IP travaillent en collaboration avec des cliniques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une IP participe à un projet pilote de trois ans. • Deux IP devaient s'assurer d'avoir une assurance adéquate contre la faute professionnelle, trouver des remplaçants en vue de leurs congés, etc. 	

ANNEXE F

RECOMMANDATION RELATIVE À L'ÉDUCATION

Adopter l'*Education Framework for Nurse Practitioners in Canada* (cadre de formation des IP au Canada) de l'ICIP afin d'uniformiser les modèles de pratique provinciaux, territoriaux et fédéraux.

Élément	Mesure
Philosophie directrice, hypothèses et valeurs	Fait état de la philosophie directrice, des hypothèses et des valeurs trouvées dans l' <i>Education Framework for Nurse Practitioners in Canada</i> .
Programmes de formation d'admission à la pratique des IP	
Exigences d'admission	Établir des critères d'admission qui comprennent la désignation des IA actifs et au moins deux ans d'expérience en soins infirmiers cliniques à temps plein équivalents.
Évaluation et reconnaissance des acquis (ERA)	Adopter et mettre en application les principes qui se trouvent dans l'Évaluation et reconnaissance des acquis pour la formation et la réglementation des IP au Canada.
Transfert des crédits	Établir une démarche pancanadienne pour le transfert des crédits. Permettre le transfert des crédits entre les établissements de formation sous réserve de limites maximales établies par les établissements.
Harmonisation du programme et liens	
Philosophie du programme	Élaborer les énoncés de philosophie, de mission et d'objectifs qui s'harmonisent aux cadres pancanadiens régissant la formation des IP et les évaluer et les revoir régulièrement.

Élément	Mesure
Agrément du programme	Établir et promouvoir la participation dans le cadre d'un processus d'agrément pancanadien pour les programmes de formation des IP. Établir des liens entre les processus d'agrément et d'approbation.
Besoins des intervenants	Être réactif aux besoins factuels et définis de façon générale des intervenants.
Conception du programme et des compétences de base des IP	Être conforme au <i>Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada</i> et aux normes inhérentes au processus d'approbation du programme des IP.
Normalisation du diplôme de compétences à la fin des études	Adopter la maîtrise (M. Sc. inf.) comme diplôme de compétences exigé à la fin des études idéalement d'ici 2010, mais au plus tard en 2015.
Mécanismes de liaison pour les programmes de formation des IP	Élaborer et mettre en œuvre des mécanismes de liaison pour appuyer la transition d'un programme vers l'obtention d'un diplôme (M. Sc. inf.) comme exigence normalisée à la fin des études.
Mécanismes de liaison pour les personnes	Élaborer et mettre en œuvre des mécanismes de liaison pour appuyer la transition d'une personne vers l'obtention d'un diplôme.
Prestation de la formation aux IP	

Élément	Mesure
Corps professoral	Lorsque possible, désigner des IP actifs en pratique et prêts pour le Ph.D. à enseigner des cours particuliers aux IP. Lorsque limité, faciliter l'accès à la préparation au Ph.D.; mettre à contribution des IP ou autres professionnels compétents prêts pour la maîtrise; ou avoir recours à l'enseignement en équipe ou à des modèles de ressources partagées.
Ratios enseignants/étudiant(e)s	Reconnaître les heures cliniques des IP comme des heures d'enseignement. Établir et faire un suivi des lignes directrices régissant les ratios enseignants/étudiants du programme de formation des IP.
Heures de pratique clinique	Proposer 700 heures comme le nombre minimal normalisé d'heures de pratique clinique.
Précepteurs cliniques	Exiger que les précepteurs cliniques soient des IP, des infirmières en pratique avancée ou une spécialité équivalente dans une discipline professionnelle pertinente comprenant bien le rôle des IP. Mettre en oeuvre un effort coordonné afin de maintenir et d'augmenter le nombre de précepteurs disponibles. Élaborer des programmes de préparation en préceptoriat.
Formation à distance	Élaborer des normes pancanadiennes pour la formation à distance des IP. Élaborer et offrir des cours de formation à distance pour les IP.

Élément	Mesure
Programmation en collaboration	Élaborer des approches innovatrices pour appuyer la programmation en collaboration et rechercher et mettre en oeuvre des sources de financement en vue de démarches en matière de programmation concertée.
Enseignement et apprentissage interprofessionnel	Élaborer et offrir des cours interprofessionnels.
Évaluation et examen des éventuels IP	Mettre en œuvre des méthodologies factuelles d'évaluation et d'examen des étudiant(e)s. Établir une banque de ressources pancanadienne, dont des approches et des outils.
Permis d'exerce	Mettre en œuvre la collaboration entre provinces et territoires au sein des écoles et des organismes réglementaires pour veiller à ce que le processus d'admission à la pratique pour les éventuels IP est appuyé par le contenu du programme de formation et les processus d'enseignement et d'apprentissage.
Transition en milieu de travail	<p data-bbox="230 1369 607 1402">Facilitation de la transition</p> <p data-bbox="230 1600 363 1633">Mentorat</p> <p data-bbox="636 1369 1351 1520">Élaborer et mettre en œuvre des processus et des structures pour faciliter la transition des IP de leur programme de formation au milieu de travail et du niveau novice à spécialisé.</p> <p data-bbox="636 1600 1442 1675">Établir le mentorat et une culture de mentorat comme aspect normalisé de l'expérience d'apprentissage des IP.</p> <p data-bbox="636 1738 1448 1848">Élaborer des outils de mentorat à l'échelle canadienne et en promouvoir l'utilisation auprès de tous les programmes de formation des IP et en milieu de travail.</p>

Élément	Mesure
Apprentissage continu et compétences	<p>Créer et appuyer une culture d'apprentissage continu parmi les étudiants est les IP actifs en pratique.</p> <p>Éliminer les obstacles potentiels à la formation continue, y compris le financement, le temps alloué à la formation et l'accès aux occasions d'apprentissage.</p>
Réadmission à la pratique	Élaborer des programmes de formation de mise à jour nécessaires pour réintégrer la pratique.

ANNEXE G

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Mener une planification des ressources humaines en santé en fonction des besoins et au moyen d'une approche interprofessionnelle pancanadienne fondée sur un cadre conceptuel. Pour appuyer cette planification, utiliser le Health Human Resources Planning Simulation Model for Nurse Practitioners in Primary Health Care (modèle de simulation de la planification des ressources humaines en santé pour les IP en soins de santé primaires).²⁰

Élaborer et mettre en œuvre une directive politique claire pour les modèles de prestation de service de soins de santé primaires interprofessionnels et une stratégie de gestion du changement à l'appui.

Adopter des modèles de financement pour les services de soins de santé primaires faisant état d'un système fondé sur les besoins (dont l'état de santé) qui appuie la pratique interprofessionnelle et incorpore les résultats de santé de la population.

Rémunérer les IP en fonction de leur champ d'exercice et de leurs responsabilités et normaliser la rémunération pour aborder :

- Les divergences entre les salaires et les avantages sociaux (dans les provinces et territoires)
 - Les dépenses courantes annuelles
 - Les incitatifs et les mesures de soutien pour attirer des IP dans des régions où il est difficile de recruter
 - Frais administratifs, d'exploitation et d'infrastructure supplémentaires
-

Avoir recours aux services des IP dans tous les milieux de soins de santé en régions rurales/éloignées/isolées. La pratique des IP devrait être un mélange de visites individuelles et familiales, d'activités en santé de la population et d'autres activités de pratique avancée (recherche, leadership, collaboration et agent du changement).

Créer des milieux de travail sains pour les IP qui appuient les résultats positifs pour les clients, les fournisseurs et le système.

²⁰ Consulter ICIP (s.d.-b).

ANNEXE H

RÉMUNÉRATION DES IP (EN DATE DE JUIN 2015)²¹

Provinces	Salaire min.	Salaire max.	Date d'entrée en vigueur	Échelon	Syndiqué	Heures en moyenne	Sources
Colombie-Britannique	93 327 \$	102 667 \$			Non		Santé intérieure (une région)
Alberta	97 635 \$	127 250 \$	1 ^{er} avril 2014	11	Non ²²	2022,75 ²³	Alis.alberta.ca Services de santé de l'Alberta (SSA)
Saskatchewan	92 821 \$	111 023 \$	1 ^{er} avril 2013	5	La plupart avec le SUN ou le SCFP	1 948	SUN
Manitoba	90 108 \$	111 137 \$	1 ^{er} avril 2015	5	Tous avec le MNU	2 015	
Ontario	Voir le tableau distinct plus bas.			8	Faible % avec l'AIIO	1 950	
Québec	53 100 \$	94 683 \$	1 ^{er} avril 2014	18	La plupart avec la FIQ et 2 autres syndicats	1 885	FIQ
Nouveau-Brunswick	82 420 \$	100 308 \$	1 ^{er} juillet 2014	6	La plupart avec le SIINB	1 957	SIINB
Nouvelle-Écosse	89 391 \$	108 166 \$	1 ^{er} novembre 2013	7	La plupart avec le NSNU	2 080	NSNU

²¹ Le salaire annuel moyen d'un IP équivalant à un ETP (1,0) était de 116 000 \$ en 2014.

²² Régi par la loi comme étant inadmissible à la syndicalisation.

²³ Par 1,0 ETP

Île-du-Prince-Édouard	88 140 \$	99 586 \$	1 ^{er} avril 2015	6	Tous avec le PEINU	1 950	PEINU
Terre-Neuve-et-Labrador	72 481 \$	89 680 \$	1 ^{er} juillet 2015	6	Tous avec le NLNU	1 950	NLNU
Territoires du Nord-Ouest et Nunavut	98 807 \$	120 900 \$			Non	1 950	FCSI

SALAIRES DES IP EN ONTARIO

Établissement	Minimum	Maximum	Augmentation?	Sources
ESF ²⁴	78 054 \$	89 203 \$	gel en 2006	MSSLD
CDIP	74 038 \$	89 203 \$	gel en 2006	MSSLD
CSC	74 038 \$	92 200 \$	presque tous en 2006; trois ≥ 92 000	ACSO
CASA	74 038 \$	92 200 \$	Quelques-unes en 2009	ACSO
AIIO : Lakeridge	111 813 \$	116 785 \$	de 1,4 % à 3 % par année**	AIIO
AIIO : Southlake	94 653 \$	118 521 \$	de 1,4 % à 3 % par année**	AIIO
Unités de santé publique	91 396 \$	118 735 \$		AIIO
AIIO : CASC	99 468 \$	122 280 \$	3 % en 2 ans**	AIIO

*Salaire moyen d'une IP en milieu hospitalier : 107 000 \$ par année. Salaire moyen d'une IP en CASC : 112 000 \$.

**Salaire moyen d'une IP en soins primaires : 89 203 \$ ou moins. Échelle salariale des IP d'ESF – Espanola et Area : 79 911 \$ – 89 154 \$ (l'AIIO représente les IP). Échelle salariale des IP en CSC au centre de Toronto : 74 038 \$ – 89 203 \$ (site Web de l'AIIO).

²⁴ **Légende** : équipe de santé familiale (ESF); cliniques dirigées par des infirmières praticiennes (CDIP); centre de santé communautaires (CSC); centre d'accès en santé autochtone (CASA); centre d'accès aux soins communautaires (CASC); Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO); ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD); Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO)