

Les professions paramédicales

Sociologie et délégations de soins

Bibliographie thématique

Décembre 2020

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Véronique Suhard

Relecture : Cécile Fournier & Lucie Michel

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

Sommaire

Objectif de la recherche	3
Les travaux de l'Irdes dans la problématique des soins primaires	3
Les relations interprofessionnelles au sein des professions de santé.....	22
FOCUS : QUELQUES REVUES DE LITTÉRATURE	22
ÉTUDES FRANÇAISES.....	22
ÉTUDES INTERNATIONALES	44
Les professions paramédicales : sociologie et délégation de soins	80
FOCUS : QUELQUES REVUES DE LITTÉRATURE	80
ÉTUDES FRANÇAISES.....	80
ÉTUDES INTERNATIONALES	101
La profession des pharmaciens	105
FOCUS : QUELQUES REVUES DE LITTÉRATURE	105
ÉTUDES FRANÇAISES.....	106
ÉTUDES INTERNATIONALES	119
La profession infirmière	157
FOCUS : QUELQUES REVUES DE LITTÉRATURE	157
ÉTUDES FRANÇAISES.....	157
ÉTUDES INTERNATIONALES	195
La profession des aides-soignants	257
ÉTUDES FRANÇAISES.....	257
ÉTUDES INTERNATIONALES	263
La Profession des masseurs-kinésithérapeutes	279
ÉTUDES FRANÇAISES.....	279
ÉTUDES INTERNATIONALES	287
La profession des psychologues.....	292
La profession des assistants de service social	296
ÉTUDES FRANÇAISES.....	296
ÉTUDES INTERNATIONALES	297

Objectif de la recherche

Le terme de profession paramédicale n'a pas de valeur légale en France. Le Code de la santé publique français définit sous cette appellation les professions de la santé qui ne sont pas médicales, c'est-à-dire qui ne sont pas exercées par un médecin, une sage-femme, un dentiste ou un pharmacien. Parmi les [professions de la santé](#) relevant du terme "paramédical", on peut donc distinguer trois grands groupes : les préparateurs en pharmacie (Livre II, Titre IV), le corps des auxiliaires médicaux (Livre III, Titres I, II, III, IV, V, VI et VII) et le corps des professions relevant du statut d'aide-soignant (Livre III, Titre IX)¹. Cependant, des professions non définies dans le code de la santé publique mais intervenant régulièrement auprès de patients sont communément incluses dans le terme de [profession paramédicale](#). En France, selon la Drees, plus d'un million de personnes exercent une profession paramédicale, dont près de 640 000 infirmiers, plus de 400 000 aides-soignants et 154 500 professionnels de la rééducation (données au 1er janvier 2015)²³.

L'objectif de cette recherche est d'identifier de la littérature française et internationale sur les relations interprofessionnelles et les délégations de soins entre les professions médicales et paramédicales au sein des soins de santé primaires ou à l'hôpital. Concernant les professions médicales, les métiers ciblés sont les médecins et les pharmaciens. Au niveau des professions paramédicales, les métiers principalement retenus étaient ceux des infirmiers, des aides-soignants, des masseurs-kinésithérapeutes et des psychologues... Enfin la recherche a été élargie à certains travailleurs sociaux comme les assistants de service social.

Les recherches ont été effectuées sur les bases et portails suivants : Irdes, Bdsp, Ehesp, Cairn, Prisme, Medline sur la période de 2002 à janvier 2020 avec quelques références-clefs antérieures. Les références sont classées par ordre chronologique, puis par ordre alphabétique d'auteurs. Elles sont accompagnées de résumés.

Les études qualitatives ainsi que les revues systématiques ont été privilégiées de même que les études sociologiques sur les professions concernées. Quelques éléments bibliographiques relatifs à la démographie de professions sont aussi mentionnés.

Les travaux de l'Irdes dans la problématique des soins primaires

2020

Bourgeois, I. et Fournier, C. (2020). "Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles." Revue Française Des Affaires Sociales(1): 167-193.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-167.htm>

Les principaux enjeux que soulève le développement des maladies chroniques se matérialisent de façon très concrète pour les professionnels de santé du premier recours, par une gestion de prises en charge de plus en plus complexes au moment où, dans certains territoires, de nombreux médecins généralistes partent à la retraite sans succession.

¹ Code la santé publique. Partie législative : quatrième partie sur les professions de santé- [Site de Legifrance](#).

² Drees (2015). [Autres professions de santé : synthèse au 1^{er} janvier 2015](#).

Voir aussi sur le [Site de la Drees](#) : les tableaux sur la démographie médicale : données RPPS ET Adeli.

³ Nombre de fonctions médicales et paramédicales en 2018 : Base permanente des équipements (BPE) – [Site de l'Insee](#).

Localement, depuis plus d'une dizaine d'années, des professionnels de santé libéraux s'engagent ainsi dans une transformation de leur manière de travailler ensemble au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). La moitié des équipes engagées dans ces projets contractualisent avec l'Assurance maladie afin de financer leur activité collective, au moyen de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Cassou, M., Mousquès, J. et Franc, C. (2020). "General practitioners' income and activity: the impact of multi-professional group practice in France." *The European Journal of Health Economics* **21**(9): 1295-1315.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01226-4>

France has first experimented, in 2009, and then generalized a practice level add-on payment to promote Multi-Professional Primary Care Groups (MPCGs). Team-based practices are intended to improve both the efficiency of outpatient care supply and the attractiveness of medically underserved areas for healthcare professionals. To evaluate its financial attractiveness and thus the sustainability of MPCGs, we analyzed the evolution of incomes (self-employed income and wages) of General Practitioners (GPs) enrolled in a MPCG, compared with other GPs. We also studied the impacts of working in a MPCG on GPs' activity through both the quantity of medical services provided and the number of patients encountered. Our analyses were based on a quasi-experimental design, with a panel dataset over the period 2008–2014. We accounted for the selection into MPCG by using together coarsened exact matching and difference-in-differences (DID) design with panel-data regression models to account for unobserved heterogeneity. We show that GPs enrolled in MPCGs during the period exhibited an increase in income 2.5% higher than that of other GPs; there was a greater increase in the number of patients seen by the GPs' (88 more) without involving a greater increase in the quantity of medical services provided. A complementary cross-sectional analysis for 2014 showed that these changes were not detrimental to quality in terms of bonuses related to the French pay-for-performance program for the year 2014. Hence, our results suggest that labor and income concerns should not be a barrier to the development of MPCGs, and that MPCGs may improve patient access to primary care services.

Chevillard, G. et Mousques, J. (2020). "Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?" *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(247): 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>

L'accessibilité géographique aux médecins généralistes diminue et les inégalités territoriales s'aggravent. Les territoires où l'accessibilité diminue le plus sont aussi les plus éloignés des pôles d'emplois, des équipements et des services. L'implantation des médecins généralistes s'inscrit donc dans une problématique territoriale plus générale. Elle est aussi, compte tenu de l'importance des questions de santé pour la population, un élément clé de la politique d'aménagement du territoire. Dans ce contexte, cette étude mesure l'impact des maisons de santé pluriprofessionnelles sur l'évolution de la densité des médecins généralistes en distinguant les effets selon les territoires et les catégories d'âge des médecins. Dans les territoires avec une faible accessibilité aux soins, l'ouverture de maisons de santé favorise-t-elle l'installation et le maintien de nouveaux médecins généralistes ? Permet-elle la consolidation et le maintien d'une offre de médecins ? L'étude compare l'évolution dans le temps de la densité de médecins généralistes entre des territoires avec maisons de santé et des territoires aux caractéristiques voisines mais sans maison de santé. Les résultats

montrent que les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins et dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre de soins et attirent davantage les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ou 45 ans. Ainsi, dans les espaces périurbains ayant une moindre accessibilité aux soins primaires, leurs arrivées sont supérieures aux départs et les maisons de santé participent donc à rééquilibrer la répartition de l'offre de soins. Dans les marges rurales peu attractives et aux populations fragiles, elles ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite, mais cet effet est à lui seul insuffisant pour inverser la dynamique démographique défavorable. D'autres mesures complémentaires sont donc nécessaires dans ces territoires.

Fournier, C. (2020:09). "Travailler en équipe en maison de santé : un questionnaire éthique renouvelé." *La Santé en Action*(453): 35-38.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/travailler-en-equipe-en-maison-de-sante-un-questionnement-ethique-renouvele>

C'est une petite révolution dans les soins primaires qui fait son chemin : 1 500 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), soutenues par les pouvoirs publics, réunissent médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens et de nombreux autres professionnels paramédicaux. Pour ces professionnels libéraux, faire le choix de travailler au sein d'une MSP, c'est développer un ethos particulier et renouer, d'une manière différente, avec une médecine sociale défendue de longue date par les professionnels salariés des centres de santé municipaux, mutualistes et associatifs : travailler en équipe, développer des projets de santé à l'intention des patients venant consulter et aussi des habitants du territoire, et pour cela tisser de nouveaux types de partenariats. Dans la pratique, les professionnels y mènent donc une réflexion éthique permanente sur des manières de faire qui bouleversent leurs habitudes. Ce questionnement s'exerce non seulement dans la relation de soin avec un patient et son entourage, mais aussi, lors de l'élaboration d'actions collectives, dans la relation avec les autres professionnels, les partenaires institutionnels et les représentants de la population.

Michel, L. et Or, Z. (2020). "Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays." *Questions D'economie De La Santé (Irdes)*(248): 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/248-decloisonner-les-prises-en-charge-entre-medecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.pdf>

Le vieillissement de la population, qui engendre une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, oblige les systèmes de santé à repenser leur organisation. Répondre aux besoins des patients rend nécessaire une meilleure coordination de leurs prises en charge au confluent des soins primaires, de la médecine spécialisée et du médico-social. En France, depuis une quinzaine d'années, les soins primaires se réorganisent à travers, notamment, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires. Mais les médecins spécialistes sont rarement engagés dans ces organisations. L'hyperspécialisation, qui risque de produire une fragmentation de l'offre de soins de plus en plus importante, et les difficultés d'accès aux soins de spécialistes interrogent sur les modes d'organisation de la médecine spécialisée. A partir de huit études de cas observés dans cinq pays, nous proposons ici une analyse de nouveaux modèles d'organisation de la médecine spécialisée. Nous décrivons les démarches et outils mobilisés afin de mieux prendre en compte les besoins des patients et de decloisonner les prises en charge. Nous questionnons ensuite la manière dont ces démarches viennent bousculer tant les rôles des spécialistes que ceux des autres professionnels de santé concernés. Nous montrons aussi en quoi les modes de financement changent pour s'adapter aux nouveaux besoins.

Ray, M., Bourgueil, Y. et Sicotte, C. (2020). "Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1): 57-77. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-57.htm>

En France, le champ organisationnel des soins primaires connaît des transformations significatives depuis une vingtaine d'années, avec l'émergence de nouvelles formes de régulation et de nouveaux modèles organisationnels. Parmi ces derniers, les maisons de santé pluriprofessionnelles ont bénéficié du soutien des pouvoirs publics depuis le milieu des années 2000. À travers l'étude rétrospective de documents d'archive sur les politiques de développement des maisons de santé en France, nous proposons une analyse logique de ces politiques publiques et de ce modèle organisationnel. Nous caractérisons ensuite, en nous appuyant sur les théories néo-institutionnelles, les logiques qui sous-tendent la diffusion de ces nouvelles organisations formelles et discutons l'utilité de ce cadre d'analyse pour appréhender les transformations associées aux réformes de l'organisation des soins primaires.

2019

Afrite, A., Franc, C. et Mousques, J. (2019). "Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes." *Questions D'economie De La Santé (Irdes)* (239) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/239-des-organisations-et-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.pdf>

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmières, Action de santé libérale en équipe (Asalée), a plusieurs objectifs : améliorer la qualité de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et sauvegarder du temps médical grâce à l'éducation thérapeutique et une délégation d'actes des médecins généralistes vers les infirmières. Démarré en 2004, il concerne aujourd'hui environ 700 infirmières et 3 000 médecins. Cette typologie des binômes de médecins généralistes et d'infirmières participant au dispositif Asalée s'inscrit dans le cadre du programme d'évaluation DAPHNEE de l'expérimentation de coopération de ces professionnels. Elle complète les premiers travaux qualitatifs parus (Fournier et al., 2018) par une analyse quantitative exploratoire de 1 065 binômes de médecins généralistes et d'infirmières à partir d'une enquête menée mi-2015. Trois classes de binômes se distinguent par l'intensité de l'activité des professionnels impliqués, leur ancienneté dans le dispositif et leur perception de ses apports, la nature et l'intensité des échanges au sein des binômes et le contexte ou mode d'exercice des infirmières. La classe 1 (38 % des effectifs) regroupe les binômes les plus anciens dans le dispositif, considérant positivement ses apports et dont l'activité est la plus intense, soit les binômes entrés dans une phase de maturité. La classe 2 (44 % des effectifs) est caractérisée par des binômes en phase de croissance, entrés plus récemment et présentant une activité intermédiaire. La classe 3 (18 % des effectifs) est surtout constituée de binômes en construction avec moins de deux ans d'expérience dans Asalée, et ayant l'activité dans le dispositif la plus faible.

Fournier, C. (2019). "Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles." *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* 37(1) : 72-91.

https://crd.gh-t-novo.fr/index.php?lvl=notice_display&id=28559

Instrument récent de politique publique, une maison de santé pluriprofessionnelle repose avant tout sur la création d'une équipe dont les membres, appartenant à différentes professions libérales, développent des pratiques collectives. Si chaque équipe s'inscrit dans une histoire, indissociable des trajectoires de ses membres et des opportunités liées à l'environnement local, ses pratiques et leur évolution dépendent également étroitement des politiques publiques qui les soutiennent, dans un contexte d'injonction croissante à l'organisation pluriprofessionnelle des soins de premier recours. L'enquête renouvelée à quatre ans d'intervalle dans quatre maisons de santé aux caractéristiques variées permet de saisir des manières contrastées de construire des actions pluriprofessionnelles et de travailler ensemble, dans des configurations et des environnements changeants, au fil de l'évolution des politiques publiques. Elle montre tout d'abord des tensions entre les dynamiques de chaque profession et une dynamique pluriprofessionnelle émergente. Ces dynamiques se voient elles-mêmes bousculées de différentes manières par la logique gestionnaire, associée à l'action publique et à ses instruments, qui s'est renforcée entre les deux moments de l'enquête.

Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., et al. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. Document de travail Irdes ; 77. Paris Irdes : 36.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/077-impact-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-medecin-generaliste-et-infirmiere-asalee-sur-l-activite-des-medecins.pdf>

Dans de nombreux pays, les politiques et réformes ont explicitement encouragé l'intégration des organisations de soins primaires et la coopération pluri-professionnelle afin d'améliorer l'efficacité productive et allocative de l'offre de soins et lutter contre l'inégale répartition géographique des médecins. En France, la Direction de la Sécurité sociale et une association dénommée Asalée (« Action de santé libérale en équipe », depuis 2004) ont mis en place une expérimentation destinée à favoriser l'intégration verticale et le travail en équipe entre médecins généralistes et infirmières par la mise en place de nouveaux modes de rémunération et la formation d'infirmières sélectionnées. Cet article évalue l'extension de cette expérimentation sur la période 2010-2016 en étudiant l'influence de cette coopération, mais aussi de l'organisation et des incitations financières à l'œuvre, sur l'activité des médecins généralistes appréhendée à partir de trois indicateurs : le nombre de jours travaillés, de patients rencontrés (en file active et, parmi eux, ceux inscrits médecin traitant) et d'actes (consultations au cabinet et visites à domicile). Nous contrôlons autant que possible des biais d'endogénéité et de sélection en recourant à un design cas-témoins, selon une méthode d'appariement exact, et des méthodes d'estimation en différence de différences sur données de panel. Dans ce cadre, nous montrons un effet positif du dispositif mais relativement modeste sur le nombre de jours travaillés (+1,2 %) par les médecins et un effet plus marqué sur le nombre de patients rencontrés (+7,55 %) et inscrits médecin traitant (+6,87 %). En revanche, aucun effet significatif n'est mis en évidence sur le nombre de consultations et visites.

Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., et al. (2019). "La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée." Questions D'economie De La Sante (Irdes) (241) : 1-7.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.pdf>

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmières, Action de santé libérale en équipe (Asalée), a pour objectif principal d'améliorer la qualité des soins et services rendus. Il peut également se traduire par la sauvegarde de temps médical grâce à

l'éducation thérapeutique et à une délégation d'actes des médecins généralistes vers les infirmières. L'impact du dispositif, inscrit dans le programme d'évaluation DAPHNEE, est appréhendé ici à travers l'évolution de l'activité des médecins généralistes qui y sont entrés entre 2011 et 2015. Les médecins généralistes volontaires, participant au dispositif Asalée, modifient-ils leur nombre de jours travaillés lorsqu'ils coopèrent avec une infirmière Asalée ? Reçoivent-ils davantage de patients ? Réalisent-ils davantage d'actes ? L'expérimentation a-t-elle un impact similaire pour tous les médecins ou cet impact dépend-t-il de l'intensité et du contenu de la coopération avec l'infirmière ? Autant de questions explorées dans ce troisième volet du programme d'évaluation DAPHNEE, qui est fondé sur une approche économique et quantitative menée à partir d'un design quasi-expérimental. Les principaux résultats montrent que l'entrée dans le dispositif Asalée a un impact positif et significatif sur la taille de la patientèle mais pas sur le nombre des consultations au cabinet ou à domicile. Ainsi, la délégation d'une partie de l'activité des médecins généralistes aux infirmières semblerait libérer du temps médical que les médecins allouent à l'accroissement de la taille de leur patientèle.

2018

Fournier, C., Bourgeois, I. et Naiditch, M. (2018). "Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires." Questions D'economie De La Sante (Irdes) (232) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

Le dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques. Dans le cadre du programme d'évaluation Daphnee, une recherche sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif Asalée et, d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels. D'autres aspects de cette évaluation donneront lieu à des publications de l'Irdes, notamment une typologie de la coopération entre médecins et infirmières et des résultats concernant l'effet du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins de leurs patients.

Mousques, J., Kennedy, G., Lewis, V. A., et al. (2018). "Accountable Care Organizations and Post-Acute Care: A Focus on Preferred SNF Network." Medical Care Research and Review (On line) : 1-19.

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077558718781117>

Due to high magnitude and variation in spending on post-acute care, accountable care organizations (ACOs) are focusing on transforming management of hospital discharge through relationships with preferred skilled nursing facilities (SNFs). Using a mixed-methods design, we examined survey data from 366 respondents to the National Survey of ACOs along with 16 semi-structured interviews with ACOs who performed well on cost and quality measures. Survey data revealed that over half of ACOs had no formal relationship with SNFs; however, the majority of ACO interviewees had formed preferred SNF networks. Common elements of networks included a comprehensive focus on care transitions beginning at hospital admission, embedded ACO staff across settings, solutions to support information sharing, and jointly established care protocols. Misaligned incentives, unclear regulations,

and a lack of integrated health records remained challenges, yet preferred networks are beginning to transform the ACO post-acute care landscape.

2017

Bourgeois, I. (2017). "Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention d'action organisée en médecine de ville." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante 37(1) : 54-71.

Fondé sur une méthodologie d'enquête du type participation observante dans le cadre d'interventions de terrain en santé publique, l'article propose de montrer en quoi l'accompagnement de professionnels de santé de premier recours permet de comprendre les transformations en cours de l'offre de soins de premier recours au sein du mouvement des Maisons et Pôles de Santé Pluri professionnels. Le mouvement de structuration de l'offre de soins de premier recours, depuis une dizaine d'années, promeut de nouvelles formes d'exercice coordonné pluri professionnel et transforme progressivement les prises en charge des patients en médecine de ville. L'analyse des transformations de l'offre de soins de premier recours, opérées dans le cadre d'une expérience d'accompagnement de ces transformations depuis une dizaine d'années, permet de montrer les modalités concrètes et les enjeux d'une action organisée naissante dans un milieu aux logiques professionnelles fortes.

Supper, I., Bourgueil, Y., Ecochard, R., et al. (2017). "Impact of multimorbidity on healthcare professional task shifting potential in patients with type 2 diabetes in primary care: a French cross-sectional study." Bmj Open (7) : 11, tab., graph., fig.
<http://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e016545.info>

This study estimate the transferability of processes of care from general practitioners (GPs) to allied healthcare professionals and the determinants of such transferability. From 8572 processes of care that concerned 1088 encounters of patients with diabetes, 21.9% (95% CI 21.1% to 22.8%) were considered eligible for transfer from GPs to allied healthcare professionals (78.1% to nurses, 36.7% to pharmacists). Processes were transferable with condition(s) for 70.6% (ie, a protocol, shared record or supervision). The most transferable processes concerned health maintenance (32.1%) and cardiovascular risk factors (hypertension (28.7%), dyslipidaemia (25.3%) and diabetes (24.3%)). Multivariate analysis showed that educational processes or a long-term condition status were associated with increased transferability (OR 3.26 and 1.47, respectively), whereas patients with higher intellectual occupations or those with two or more associated health problems were associated with lower transferability (OR 0.33 and 0.81, respectively).

2014

Combes, J. B., Delattre, E., Elliott, B., et al. (2014). "Hospital Staffing and Local Pay: an Investigation into the Impact of Local variations in the Competitiveness of Nurses Pay on the Staffing of Hospitals in France." European Journal of Health Economics: 1-18.
<http://link.springer.com/article/10.1007/s10198-014-0628-y>

Spatial wage theory suggests that employers in different regions may offer different pay rates to reflect local amenities and cost of living. Higher wages may be required to compensate for a less pleasant environment or a higher cost of living. If wages in a

competing sector within an area are less flexible and therefore less competitive this may lead to an inability to employ staff. This paper considers the market for nursing staff in France where there is general regulation of wages and public hospitals compete for staff with the private hospital and non-hospital sectors. We consider two types of nursing staff, registered and assistant nurses and first establish the degree of spatial variation in the competitiveness of pay of nurses in public hospitals. We then consider whether these spatial variations are associated with variation in the employment of nursing staff. We find that despite regulation of pay in the public and private sector, there are substantial local variations in the competitiveness of nurses' pay. We find evidence that the spatial variations in the competitiveness of pay are associated with relative numbers of assistant nurses but not registered nurses. While we find the influence of the competitiveness of pay is small, it suggests that nonpay conditions may be an important factor in adjusting the labour market as might be expected in such a regulated market.

Mousques, J. (2014). Soins primaires et performance : de la variabilité des pratiques des médecins généralistes au rôle de l'organisation des soins. Paris Université Paris Dauphine, Université Paris-Dauphine. Ecole doctorale de Dauphine. Paris. FRA. Thèse de doctorat de sciences économiques : 182.

La recherche économique considère le médecin généraliste comme un agent offrant à l'échange information et services intellectuels en santé à des principaux. L'imparfaite convergence entre leurs objectifs, comme la présence d'incertitudes et d'asymétries d'information, conduisent le médecin à « fixer » les quantités, l'effort fourni et la qualité des soins et services rendus. Cette thèse vise à identifier le rôle des caractéristiques des généralistes, de leur mode d'exercice ou

Mousques, J., Bourgueil, Y., Afrite, A., et al. (2014). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Les rapports de l'Irdes ; 559. Paris IRDES : 157.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-évaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>

L'exercice pluriprofessionnel en soins primaires se développe en France sous les formes nouvelles de maisons et pôles de santé et, celle, plus ancienne de centres de santé. Souvent à l'initiative de professionnels, ces nouvelles organisations rencontrent l'intérêt des pouvoirs publics dans la mesure où elles permettraient de maintenir une offre de soins dans les zones déficitaires mais également le déploiement d'activités de soins plus coordonnées et plus efficaces. Parmi les incitations au renforcement de ces organisations innovantes, des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination de groupes pluriprofessionnels en soins de premiers recours ont été mises en œuvre en 2010 et ont récemment été étendues jusqu'à fin 2014. Elles visent à financer des activités de coordination de nouveaux services aux patients. Ces nouveaux services se déclinent en programmes d'éducation thérapeutique collective et de coopération entre généralistes et infirmiers au sein des maisons, pôles et centres de santé, sur la base de paiements forfaitaires complémentaires de la rémunération à l'acte des individus ou des structures. Ces innovations organisationnelles posent deux questions principales au regard des attentes qu'elles suscitent : l'exercice collectif interprofessionnel permet-il de maintenir une offre de soins dans les zones moins bien dotées ? Est-il plus performant en termes d'activité et de productivité des professionnels, de consommation de soins des bénéficiaires, et de qualité des soins et services rendus ? Ce rapport tente de répondre à ces questions au moyen d'une évaluation de l'impact du regroupement pluriprofessionnel tel qu'observé pour les sites participant aux ENMR. Cette évaluation n'a donc pas pour principal objectif de mesurer

l'impact des financements reçus par les ENMR même si certaines analyses permettent de s'en faire une idée.

2010

Bourgueil, Y. (2010). "Coopérations entre professionnels : les grandes lignes d'une réforme." Actualité Et Dossier En Sante Publique (70) : 14-15.

Pourquoi parle-t-on aujourd'hui de coopération interprofessionnelle ? Quels sont les enjeux soulevés par l'évolution des métiers de la santé ? Que peuvent nous apprendre les expériences des autres pays ? Que sait-on des pratiques réelles ? Pourquoi de expérimentations en France ? Quelles en sont les enseignements ? Quelles sont les perspectives d'évolution ? Autant de questions qui seront explorés dans ce dossier.

Bourgueil, Y. (2010). "Le processus d'expérimentation et ses conclusions. La reconnaissance des pratiques informelles pour une nouvelle régulation des professions de santé." Actualité Et Dossier En Sante Publique (70) : 36-38.

Les expérimentations menées par l'Observatoire national de la démographie médicale visaient à tester une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé. Elles ont abouti à des recommandations formulées par la Haute Autorité de santé et un processus de généralisation par la loi HPST.

Bourgueil, Y. (2010). "Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification." Actualité Et Dossier En Sante Publique (70) : 30-32.

Ce texte reprend en grande partie les éléments développés dans le rapport établi en septembre 2007 sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, réalisé à la demande de la Haute autorité de santé.

Bourgueil, Y., Berland, Y. et Burdillat, M. (2010). "Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels. Dossier." Actualité Et Dossier En Sante Publique (70) : 13-66.

[BDSP. Notice produite par EHESP nGBpkR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Pourquoi parle-t-on aujourd'hui de coopération interprofessionnelle ? Quels sont les enjeux soulevés par l'évolution des métiers de la santé ? Que peuvent nous apprendre les expériences des autres pays ? Que sait-on des pratiques réelles ? Pourquoi des expérimentations en France ? Quelles en sont les enseignements ? Quelles sont les perspectives d'évolution ? Autant de questions qui sont explorées par ce dossier. Celui-ci met en lumière l'importance de la ressource humaine dans le fonctionnement des services de santé et donc de sa régulation comme outil et levier de toute politique de santé. Il vise à éclairer les lecteurs sur les raisons d'une adaptation du cadre de régulation des professions de santé, les dimensions impliquées par une telle adaptation et les enjeux qu'une telle démarche soulève. Il apporte également des enseignements sur les caractéristiques d'une démarche d'expérimentation et son issue dans le champ de la santé en France.

Mousques, J., Bourgueil, Y., Le Fur, P., et al. (2010). Effect of a french experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Document de travail Irdes ; 29. Paris Irdes : 17.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT29EffectExperGenePractiNursesDiabetPatientsCare.pdf>

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié au moins une consultation infirmière d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

Mousques, J., Bourgueil, Y., Le Fur, P., et al. (2010). "Effect of a french experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care." *Health Policy* 98(2-3) : 131-143.

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié d'au moins une consultation infirmière d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

2009

Bourgueil, Y. (2009). "Collaboration médecin-infirmière au cabinet de médecine générale : un plus pour le suivi des patients diabétiques de type 2." *Reseaux Diabète* (39) : 12-14.

Bourgueil, Y., Clement, M. C., Couralet, P. E., et al. (2009). "Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)* (147) : 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>

Les maisons de santé pluridisciplinaires, qui regroupent dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux, se développent un peu partout en France. Dans

un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels. Une évaluation exploratoire de neuf maisons de santé pluridisciplinaires menée dans les régions de Franche-Comté et de Bourgogne confirme que ces structures, comparées à la pratique moyenne en médecine générale, permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels. Les maisons de santé pluridisciplinaires présentent d'autres avantages : une plus grande accessibilité horaire, une coopération effective entre les professionnels notamment entre généralistes et infirmières, une gamme étendue de l'offre de soins. La qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 semble également meilleure dans les maisons de santé pluridisciplinaires malgré la forte hétérogénéité des résultats. À ce stade, on ne peut conclure à l'augmentation ou à la réduction des dépenses de soins de ville des patients suivis en maisons de santé pluridisciplinaires.

2008

Bourgueil, Y. (2008). "Qui va nous soigner demain ?" Pratiques : Les Cahiers De La Medecine Utopique (42) : 66-69.

Entretien avec Yann Bourgueil concernant l'évolution des professions de santé et des modes possibles d'organisation des soins ambulatoires.

Bourgueil, Y., Le Fur, P., Mousques, J., et al. (2008). La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. Les rapports de l'Irdes ; 1733. Paris IRDES : 143.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1733.pdf>

Cette recherche évalue l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Les infirmières ont pour rôle principal de gérer les données informatisées (dossier patient et rappels informatiques) et de dispenser des consultations d'éducation thérapeutique. La méthode d'évaluation est rétrospective, avant/après, contrôlée. L'évaluation de l'efficacité repose sur la mesure de l'amélioration, sur une année, des taux de réalisation des examens recommandés et du contrôle de l'équilibre glycémique (HbA1c). L'évaluation des coûts repose sur la comparaison de l'évolution sur deux années consécutives des coûts directs. Cette expérimentation de coopération s'avère être efficace sans dépense significativement majorée pour l'assurance Maladie. L'apport bénéfique de l'action des infirmières est également clairement démontré tant pour l'amélioration de l'équilibre glycémique (éducation thérapeutique) que pour celui de la qualité du suivi (gestion des dossiers patients et rappels informatiques).

Bourgueil, Y., Le Fur, P., Mousques, J., et al. (2008). "La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE." Questions D'economie De La Sante (Irdes) (136) : 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>

ASALEE, Action de Santé Libérale En Equipe, associée, dans le département des Deux-Sèvres, 41 médecins généralistes et 8 infirmières afin d'améliorer la qualité des soins, notamment des patients atteints de maladies chroniques. Lancée en 2004, elle représente la seule

expérimentation de coopération entre professionnels de santé portant sur les soins de premiers recours. Les infirmières se voient confier par les médecins la gestion informatique de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique, selon un protocole bien défini. Une évaluation médico-économique du dispositif ASALEE a été menée par l'IRDES. Centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, qui représentent un tiers de l'activité des infirmières, l'étude montre que les patients inclus dans le dispositif voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin. Ils réalisent également plus systématiquement les examens de suivi et cela sans coût supplémentaire significatif pour l'assurance maladie. Les modalités de l'étude imposent toutefois que ces résultats soient confirmés par des analyses complémentaires.

2007

Bourgueil, Y. et Elbaum, M. (2007). Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé : Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum. Saint-Denis : HAS : 261-291.

L'objet de cette note est d'analyser dans un laps de temps court, les enseignements en termes de coopération des professions de santé, des multiples expériences de réseaux qui se sont succédé au fur et à mesure des évolutions de la définition et de la politique des réseaux. (Réseaux villes-hôpital, puis des réseaux "Soubie" puis des réseaux de santé financés dans le cadre de la Dotation Nationale des Réseaux). La note présente trois parties distinctes. La première partie propose un cadre conceptuel global de la coopération permettant d'interroger la contribution des réseaux à la coopération mais permettant également de préciser et distinguer les leviers disponibles entre réorganisation des rôles professionnels et réorganisation des services de soins. La deuxième partie est plus spécifiquement consacrée à la description des travaux d'évaluation des réseaux de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires. Enfin la troisième partie discute les principaux enseignements que nous retenons de l'analyse des réseaux et des maisons de santé pluridisciplinaires et propose quelques pistes de réflexion et d'action pour renforcer les différents aspects de la coopération telle que définit initialement.

2006

Bourgueil, Y. (2006). "Pluridisciplinarité en soins primaires en Europe et au Canada : quels enseignements pour l'exercice infirmier libéral ?" Avenir Et Sante (340) : 16-22.

L'objet de cet article est de présenter une étude menée par l'Irdes à la demande de la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé dont le questionnement était : quelles sont les substitutions d'actes de médecins à infirmières qui existent à l'étranger ?

Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousques, J. (2006). "Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes." Serie Etudes - Document De Travail – Drees (57) : 257.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/soins-primaires-vers-une-cooperation-entre-medecins-et-infirmieres-l-apport-d>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE KROxXAUP. Diffusion soumise à autorisation]. Les sept pays sélectionnés dans le cadre de cette étude - Allemagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Canada (Québec et Ontario) - présentent une variété de configurations d'organisation de l'offre de soins primaires. Celle-ci diffère grandement selon les pays et renvoie aux principes structurant l'organisation générale du système de soins. Ainsi, une opposition très nette existe, d'une part, entre les pays où les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels ou en groupes monodisciplinaires (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Canada), et, d'autre part, les pays caractérisés par une pratique majoritaire de groupe en coopération avec d'autres professionnels de santé, notamment des infirmières (Finlande, Royaume-Uni, Suède). Ces modèles dominants de délivrance de soins dessinent des configurations différentes de la collaboration entre médecins et infirmières.

Bourgueil, Y., Marek, A., Mousques, J., et al. (2006). Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes : rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005. Les rapports de l'Irdes ; 1624. Paris IRDES : 257.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1624part1.pdf>

Cette étude a été commanditée et financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle s'inscrit dans les travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé, notamment dans le champ des soins primaires, et fait suite à une revue de la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, qui avait mis en évidence sa faisabilité et son efficacité (QES n° 65). Cette comparaison européenne et canadienne de la coopération entre médecins généralistes et infirmières permet d'appréhender plus spécifiquement le contexte de développement, les formes et le contenu de cette coopération et d'analyser ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires.

Bourgueil, Y., Mousques, J. et Tajahmadi, A. (2006). "Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature." Questions D'économie De La Santé (Irdes) (116) : 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude réalisée pour le compte de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) et a bénéficié d'un financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle a donné lieu à la publication d'une synthèse dans le rapport annuel 2005 de l'ONDPS et à un rapport IRDES en juin 2006. Ce " Questions d'économie de la santé " présente la première partie des résultats relatifs aux principaux enseignements de la revue de la littérature internationale consacrée aux politiques visant à combattre les inégalités de répartition géographique des professionnels de santé. Une prochaine édition présentera les résultats d'une enquête recensant en France les mesures nationales, régionales et locales qui visent à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé. Ces résultats seront analysés en regard des conclusions de la revue de la littérature.

Bourgueil, Y., Mousques, J. et Tajahmadi, A. (2006). Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Les rapports de l'Irdes ; 1635. Paris IRDES : 69.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>

Les objectifs de cette étude sont de recenser les mesures publiques visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé en France ; d'analyser leurs caractéristiques (nature, évaluation, efficacité) et de les mettre en perspective, notamment au regard de la littérature internationale. Ce rapport en présente les principaux enseignements au travers des trois parties suivantes : une revue de la littérature internationale consacrée à l'évaluation des politiques visant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé ; un recensement et une analyse des mesures nationales visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé mises en œuvre en France ; l'identification et l'analyse des mesures régionales et locales au moyen d'une enquête par questionnaire menée en 2005 auprès des comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et d'entretiens ciblés dans trois régions.

Bourgueil, Y., Mousques, J. et Tajahmadi, A. (2006). Les mesures et les dispositifs nationaux et régionaux destinés à améliorer la répartition des professionnels de santé. Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé : tome 1 : rapport 2005, Paris : La Documentation française : 155-164.

Cette contribution, issue du 1^{er} tome du rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) intitulé : Les effectifs et la répartition des professionnels de santé, a pour objectif de recenser, d'analyser et de mettre en perspective, au regard de la littérature internationale, l'ensemble des mesures publiques, évaluées ou non, visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé.

2005

Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousques, J. (2005). "La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec." Questions D'economie De La Sante (Irdes) (95) : 12.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf>

Cette étude a été commanditée et financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle s'inscrit dans les travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé, notamment dans le champ des soins primaires, et fait suite à une revue de la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, qui avait mis en évidence sa faisabilité et son efficacité (QES n° 65). Cette comparaison internationale de la coopération entre médecins généralistes et infirmières nous permet d'appréhender plus spécifiquement le contexte de développement, les formes et le contenu de cette coopération. Nous en livrons ici les principaux résultats descriptifs. Une prochaine publication proposera une analyse de ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires.

Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousques, J. (2005). "La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada." Etudes Et Résultats (406) : 12.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er406.pdf>

Cette étude a été commanditée et financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle s'inscrit dans les travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé, notamment dans le champ des soins primaires, et fait

suite à une revue de la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, qui avait mis en évidence sa faisabilité et son efficacité (IIRDES, QES n° 65). Cette comparaison internationale de la coopération entre médecins généralistes et infirmières nous permet d'appréhender plus spécifiquement le contexte de développement, les formes et le contenu de cette coopération. Nous en livrons ici les principaux résultats descriptifs. Une prochaine publication proposera une analyse de ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires.

Bourgueil, Y., Robelet, M. et Serre, M. (2005). La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Convention DREES/ENSP n° 19/01. Rapport final. Rapport Irdes. Lyon Université Lyon 3 : 329.

Compte tenu des attentes multiples et de l'implication des professionnels de santé, du social, des "gestionnaires" et des observateurs et experts du système de santé, la formalisation de la coordination dans les réseaux de santé est apparue comme un objet de recherche privilégié pour étudier la façon dont les processus de rationalisation des soins interagissent avec mutations qui affectent les pratiques professionnelles et les frontières entre groupes professionnels dans le système de santé. L'analyse des processus de formalisation de la coordination à la fois à un niveau institutionnel (macrosociologique) et sur plusieurs réseaux de santé (microsociologique) dans le champ des soins gériatriques et des soins palliatifs permet de questionner les effets des injonctions à la rationalisation des processus de soins autour de trois axes. Ils seront traités successivement dans les trois parties de ce rapport.

Polton, D. (2005). "Démographies professionnelles dans le secteur médico-social : l'exemple des infirmières." Revue Hospitalière De France (503) : 71-74.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xHczyG. Diffusion soumise à autorisation]. Malgré des conditions de travail difficiles, la profession d'infirmière reste attractive. Les effectifs n'ont cessé d'augmenter, passant de 246 000 en 1980 à 446 000 en 2004, et si les durées de vie professionnelle sont plus courtes que dans d'autres métiers, on ne peut parler de fuite massive et précoce. Cet état des lieux peut paraître contradictoire avec le sentiment de pénurie largement répandu dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux. Mais cette contradiction n'est qu'apparente. Le déséquilibre du marché du travail, alors même que les effectifs n'ont cessé d'augmenter, suggère en fait un accroissement important des besoins en main d'œuvre, qui s'explique par une conjonction de facteurs : réduction du temps de travail, augmentation de certains besoins comme les soins aux personnes âgées, augmentation de la mobilité et du turn-over. Pour couvrir les besoins, une augmentation des quotas de formation a été mise en œuvre : le nombre d'infirmières admises en formation a presque doublé en quatre ans. Avec les quotas actuels, les effectifs devraient continuer à augmenter, même si de nombreux départs en retraite sont prévus dans les années qui viennent. On peut avancer l'hypothèse que les difficultés devraient s'atténuer progressivement sauf peut-être dans le secteur médico-social qui reste moins attractif que les services de soins aigus, l'aide au maintien à domicile ou les établissements et services pour personnes âgées souffrant d'un fort déficit d'image.

2004

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P. et Midy, F. (2004). "Intervenants et structures de l'aide à domicile." Problemes Politiques Et Sociaux (903) : 61-63.

L'Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec les Services d'Aide au maintien à Domicile (ECILAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en mai 2001 auprès d'un échantillon de professionnels infirmiers libéraux vise à décrire les actions de coordination du professionnel infirmier libéral avec le secteur de l'aide à domicile dans le but de mettre en place une aide au maintien à domicile d'un patient. Cet article propose un extrait de la synthèse "L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile" réalisée en août 2002 par le Credes.

2003

Midy, F. (2003). "Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières : revue de la littérature 1970-2002." Questions D'economie De La Sante (Credes) (65) : 4. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf>

Les anglo-saxons utilisent le terme de " skill mix " pour décrire la variété des professionnels qui composent une équipe de soins et la répartition des tâches entre eux. Cette problématique, que l'on traduira par " répartition des compétences ", renvoie en France aux questions posées en termes de partage des tâches et des compétences, et de définition du contenu et des frontières des métiers. Cette analyse de la délégation de tâches du médecin généraliste à l'infirmière repose sur la bibliographie réalisée par le National Primary Care Research and Development Centre, qui comprend 888 articles internationaux de langue anglaise publiés entre 1965 et 1998 (Halliwell et al. [1999] ; Sergison et al. [1997]), et sur une actualisation pour la période 1998-2002. L'analyse complète et l'ensemble de la bibliographie sont disponibles sur le site du CREDES : www.credes.fr.

Midy, F. (2003). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. Document de travail (Credes). Paris CREDES : 43.

Midy, F. (2003). "France: toward a nursing care plan for disabled." Health Policy Developments (1) : 48-50.

Midy, F. (2003). Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans. Propos d'infirmières. Paris : Credes 20.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'une formation en sociologie en juin 2003. L'auteur analyse les propos recueillis par Lidy Arslan et publiés dans l'ouvrage "Les infirmières" (Collection "Si c'était à refaire", éditions Seli Arslan, 2002, Paris). L'ouvrage restitue des entretiens réalisés auprès d'infirmiers et infirmières libéraux ou hospitaliers. A partir de ce matériau brut, l'auteur propose une analyse transversale et thématique des propos tenus par les professionnels interviewés.

2002

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P. et Midy, F. (2002). Coordination sanitaire et sociale : premiers résultats. Enquête CREDES. Paris : Credes.

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P. et Midy, F. (2002). L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile. Rapport Credes. Paris CREDES : 100, 131 graph., 114 tabl.

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/rap1390.pdf>

Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité a manifesté, en mai 2001, le souhait de clarifier "les modalités de coordination entre les infirmiers libéraux et les services sociaux". Cette étude est issue de l'Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec les Services d'Aide au maintien à Domicile (ECILAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en mai 2001 auprès d'un échantillon de professionnels infirmiers libéraux. Elle vise à décrire les actions de coordination du professionnel infirmier libéral avec le secteur de l'aide à domicile dans le but de mettre en place une aide au maintien à domicile d'un patient. La première partie de ce rapport présente la méthode de l'enquête sur laquelle l'étude s'appuie. La seconde partie décrit les échantillons d'infirmiers libéraux et de patients observés. La troisième partie informe sur le secteur de l'aide à domicile et précise la connaissance générale qu'en ont les infirmiers libéraux, en particulier sur le plan local. La dernière partie rapporte des cas de mise en oeuvre concrète d'aides au maintien à domicile pour les patients, de l'évaluation des besoins aux solutions recherchées, en passant par les personnes ou organismes contactés, et précise les délais de réalisation et les circonstances des échecs.

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P. et Midy, F. (2002). "L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile." Questions D'economie De La Sante (Credes) (55) : 4.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes55.pdf>

L'Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec les Services d'Aide au maintien à Domicile (ECILAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en mai 2001 auprès d'un échantillon de professionnels infirmiers libéraux vise à décrire les actions de coordination du professionnel infirmier libéral avec le secteur de l'aide à domicile dans le but de mettre en place une aide au maintien à domicile d'un patient. Cette synthèse est issue du rapport "L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile".

Midy, F. (2002). Les infirmières : image d'une profession. Document de travail (Credes) : 40.

Midy, F. (2002). Substitution et qualité des soins : revue de la littérature, Paris : Cnamts

Cette communication a été présentée lors du séminaire organisé en octobre 2002 par le Conseil Scientifique de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), à l'initiative de son Conseil Scientifique et en collaboration avec le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé. Cette revue de littérature a pour objectif de présenter des expériences étrangères de substitution.

Paris, V. (2002). Perspectives démographiques des personnels « non médicaux »

http://www.credes.fr/En_ligne/WorkingPaper/profsan/paramedic.pdf

Polton, D. (2002). Comparaison avec les densités de professionnels dans d'autres pays, Paris : Cnamts

Cette communication portant sur une comparaison internationale de densité médicale des médecins, généralistes et infirmiers, a eu lieu lors du séminaire organisé en octobre 2002 par le Conseil Scientifique de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), à l'initiative de son Conseil Scientifique et en collaboration avec le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) et la Direction

de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé.

2000

Bourgueil, Y., Durr, U., Pouvourville, G. d., et al. (2000). La régulation des professions de santé : études monographiques : Allemagne, Belgique, Etats-Unis, Pays-Bas, Québec, Royaume-Uni : rapport provisoire. Saint-Maurice ENSP : 250.

L'objectif de ce rapport est de comparer les mécanismes de régulation des professions de santé existants dans divers pays européens. Pour chaque pays étudié, il dresse tout d'abord un état des lieux de la démographie médicale et présente les outils de planification. Il analyse ensuite les modes de régulation mis en place agissant sur l'accès à la formation et sur le marché du travail.

Com-Ruelle, L., Midy, F. et Ulmann, P. (2000). La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens. Rapport Credes. Paris CREDES: 164 , 164 graph., 116 tabl., 166 ann.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1318.pdf>

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale qui a sollicité le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) pour une analyse des conditions d'exercice et de rémunération des professions de santé dispensant des soins infirmiers ou de nursing à travers les expériences menées dans d'autres pays européens (Royaume Uni, Suède, Allemagne). Dans la première partie du rapport, les auteurs présentent l'organisation de la profession en France et dans les pays retenus (ressources humaines et conditions de travail, organisation de la profession et domaine de compétence) ainsi que quelques exemples de réformes mises en place. Dans la seconde partie, les auteurs proposent une analyse et une comparaison internationale des principaux points développés dans la première partie.

Com-Ruelle, L., Midy, F. et Ulmann, P. (2000). "La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens." Questions D'economie De La Sante (Credes) (33) : 4, 1 graph., 2 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes33.pdf>

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale qui a sollicité le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) pour une analyse des conditions d'exercice et de rémunération des professions de santé dispensant des soins infirmiers ou de nursing à travers les expériences menées dans d'autres pays européens (Royaume Uni, Suède, Allemagne). Dans la première partie du rapport, les auteurs présentent l'organisation de la profession en France et dans les pays retenus (ressources humaines et conditions de travail, organisation de la profession et domaine de compétence) ainsi que quelques exemples de réformes mises en place. Dans la seconde partie, les auteurs proposent une analyse et une comparaison internationale des principaux points développés dans la première partie.

1998

Com-Ruelle, L. et Dumesnil, S. (1998). "Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992. Les auxiliaires médicaux." Questions D'economie De La Sante (Credes) (4) : 4, 4 graph., 1 enc.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes04.pdf>

Ce 3^e tome de la série « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 » présente la consommation d'actes d'auxiliaires médicaux, infirmiers et kinésithérapeutes notamment. Différents indicateurs sont étudiés, dont le taux de consommateurs au cours de l'année, la dépense annuelle moyenne par personne protégée par le Régime général, le montant restant à la charge des ménages ou le taux de prise en charge par l'Assurance maladie. Ils sont ventilés selon les facteurs socio-économiques et selon les caractéristiques d'état de santé des personnes enquêtées, tels que l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de couverture sociale, le nombre de maladies, le risque vital, l'invalidité. Les résultats sont issus de l'appariement des données de remboursement de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et des données recueillies dans l'enquête sur la santé et la protection sociale menée par le CREDES.

1997

Com-Ruelle, L. et Dumesnil, S. (1997). Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992. Tome 3 : les auxiliaires médicaux. Rapport Credes. Paris CREDES : 129, 131 graph., 131 tabl.
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1200.pdf>

Ce 3^eme tome de la série « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 » présente la consommation d'actes d'auxiliaires médicaux, infirmiers et kinésithérapeutes notamment. Différents indicateurs sont étudiés, dont le taux de consommateurs au cours de l'année, la dépense annuelle moyenne par personne protégée par le Régime général, le montant restant à la charge des ménages ou le taux de prise en charge par l'Assurance maladie. Ils sont ventilés selon les facteurs socio-économiques et selon les caractéristiques d'état de santé des personnes enquêtées, tels que l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de couverture sociale, le nombre de maladies, le risque vital, l'invalidité. Les résultats sont issus de l'appariement des données de remboursement de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et des données recueillies dans l'enquête sur la santé et la protection sociale menée par le CREDES.

1995

Raffy-Pihan, N. (1995). Soins infirmiers ou de nursing à l'hôpital : Consommation et dépense - Enquête nationale sur les hospitalisés 1991-1992, Paris : CREDES

1993

Le Fur, P. et Sermet, C. (1993). "Les soins infirmiers dans les institutions pour personnes âgées." Gerontologie (86) : 20-25.

1992

Le Fur, P. et Sermet, C. (1992). Les soins infirmiers et d'auxiliaires aux personnes âgées de 80 ans et plus en institution : enquête nationale France, 1987-1988. Rapport CreDES. Paris CREDES : 77, tabl., graph., fig.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'enquête nationale représentative sur les personnes âgées en institution, réalisée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, en 1987-1988. L'analyse porte d'une part sur les besoins en soins infirmiers curatifs et d'autre part sur la nature, la fréquence et le temps passé pour la réalisation des différents actes de soins infirmiers curatifs et d'entretien.

Les relations interprofessionnelles au sein des professions de santé

FOCUS : QUELQUES REVUES DE LITTÉRATURE⁴

Bourgueil, Y., Marek, A., Mousques, J., et al. (2006). Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes : rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005. Les rapports de l'Irdes ; 1624. Paris IRDES: 257.

Dierick-van Daele, A. T., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W., et al. (2008). "Critical appraisal of the literature on economic evaluations of substitution of skills between professionals: a systematic literature review." J Eval Clin Pract 14 (4) : 481-492.

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., et al. (2018). "Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research." Int J Nurs Stud 79 : 70-83.

Midy, F. (2003). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. Document de travail CreDES. Paris CREDES : 43.

Midy, F. (2002). Substitution et qualité des soins : revue de la littérature, Paris : Cnamts

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., et al. (2017). "Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes." Cochrane Database Syst Rev 6 : Cd000072

Saint-Pierre, C., Herskovic, V. et Sepulveda, M. (2018). "Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review." Fam Pract 35 (2) : 132-141.

Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., et al. (2017). "Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review." JBI Database System Rev Implement Rep 15 (11) : 2723-2788.

Williams, D. M., Medina, J., Wright, D., et al. (2010). "A review of effective methods of delivery of care: skill-mix and service transfer to primary care settings." Prim Dent Care 17 (2) : 53-60.

ÉTUDES FRANÇAISES

2019

Legendre, B., Aberki, C., Chaput, H., et al. (2019). "Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités." Etudes Et Résultats (1100) : 6.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1100.pdf

L'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore entre 2016 et 2017 (respectivement +2,3 %, +2,8 % et +5,4 %), soutenue par une croissance des effectifs de ces professionnels, notamment de ceux exerçant à titre libéral. Pour ces trois professions, les inégalités de répartition géographique diminuent, entre les communes les moins dotées et les mieux dotées, en particulier pour les sages-femmes. Toutefois, des inégalités territoriales subsistent. Les infirmiers sont plus inégalement répartis selon les régions et les masseurs-kinésithérapeutes selon le type de commune. La répartition des sages-femmes ne répond à aucune de ces deux logiques. Pour les trois professions, l'accessibilité est globalement meilleure dans les grands pôles urbains et le long du littoral. Si 7 habitants sur 10 bénéficient d'un bon accès à un professionnel de premier recours (que ce soit un médecin généraliste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute), 4,5 % de la population française rencontre simultanément des difficultés d'accès à ces trois professions. Le cumul des difficultés d'accès aux sages-femmes et aux maternités est moins répandu, puisque cela ne concerne que 1,5 % de la population.

2018

Has (2018). "Recommandation vaccinale sur l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination contre la grippe saisonnière."

Suite à une saisine de la Direction générale de la santé, la Haute Autorité de santé (HAS) et sa Commission Technique des vaccinations (CTV) émettent des recommandations établissant l'intérêt et les conditions d'une extension des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des sages-femmes et des pharmaciens ainsi que les formations et/ou les pré-requis nécessaires à la pratique de ces vaccinations. Cette recommandation porte uniquement sur la vaccination contre la grippe saisonnière. D'autres travaux à venir traiteront de l'ensemble des vaccinations de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte. La HAS a pris en considération les principales données disponibles pour ces vaccins qui sont détaillées dans cette évaluation à savoir : Les données de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière qui restent insuffisantes en France au regard de objectifs fixés à 75 % par l'Organisation Mondiale de la Santé et par la Commission Européenne ; L'absence d'impact sur la couverture vaccinale globale des incitations financières menées auprès des médecins généralistes ; La difficulté d'apprécier l'impact, y compris économique, des évolutions législatives et réglementaires ayant autorisé les infirmiers et sages-femmes à prescrire et pratiquer la vaccination contre la grippe saisonnière sans prescription préalable d'un médecin et les critères d'éligibilité des publics concernés qui diffèrent entre les deux professions ; Le bilan à un an des expérimentations mises en oeuvre en région Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine en France autorisant les pharmaciens d'officine à vacciner certaines populations ; Les données de sécurité des vaccins contre la grippe y compris chez des populations particulières (primo-vaccinés, femmes enceintes, immunodéprimés, personnes sous traitement anticoagulant,) et le risque rare de réactions anaphylactiques aux protéines de l'œuf chez l'adulte ; Le bilan des expériences étrangères portant sur l'impact de la couverture vaccinale de la vaccination contre la grippe saisonnière proposée en pharmacies d'officine.

Pribile, P. et Nabet, N. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Repenser l'organisation territoriale des soins. Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé : 22.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf

Des parcours de santé plus fluides grâce à des interventions coordonnées de professionnels issus de secteurs différents et aux modes d'exercice divers, des soins de meilleure qualité

grâce à une gradation de l'offre de soins et à un juste recours. En d'autres termes, que chaque patient qui le nécessite puisse disposer, autour du médecin traitant, d'éléments d'infrastructure nécessaires à sa prise en charge à proximité de son domicile : une permanence sanitaire infirmière, un support fiable logistique à domicile et de capacités d'hébergement temporaire. D'autre part, il est nécessaire d'organiser l'accès à une offre de soins graduée et complémentaire de prises en charge hospitalière. Tels sont les principaux attendus d'une meilleure organisation territoriale des soins. La mission considère que cette transformation territoriale ne peut s'opérer qu'en se fondant sur : un principe de prise en charge au domicile aussi longtemps et dès que possible de préférence à une prise en charge en établissement ; des innovations organisationnelles portées par les acteurs sur le terrain, facilitées par une simplification réglementaire et administrative ; la mise en responsabilité territoriale / populationnelle des professionnels et des acteurs du système de santé ; l'implication réelle des patients dans le fonctionnement du système .

2016

Drees (2016). Portrait des professionnels de santé, Paris : Drees

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>

À l'occasion de la Grande Conférence de la santé, organisée le 11 février 2016, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et ses partenaires ont réalisé un état des lieux inédit des connaissances sur les 1,9 million de professionnels de santé qui exercent en France. À travers une vingtaine de fiches à la fois pédagogiques et synthétiques, cet ouvrage fournit les chiffres clés sur les différents aspects des métiers et des parcours des professionnels de santé. Il livre tout d'abord un panorama de la démographie, passant en revue le nombre de professionnels et son évolution passée, les spécificités de l'exercice à l'hôpital et les transformations de l'exercice ambulatoire, ainsi que la répartition géographique des professionnels de premier recours. L'ouvrage se penche ensuite sur les rémunérations de ces professionnels selon le mode d'exercice et le métier ou la spécialité exercés, et place celles des médecins et infirmiers dans une perspective internationale. La formation fait l'objet d'une troisième partie. Celle-ci dresse une synthèse sur les évolutions des quotas et du numerus clausus, la sélection dans le cadre de la première année commune aux études de santé et des épreuves classantes nationales, ainsi que sur les formations des professions non médicales et les dispositifs de formation continue. Un quatrième ensemble de fiches décrit les conditions de travail des professionnels à l'hôpital et se penche sur l'exercice des médecins généralistes libéraux. Enfin, dans une dernière partie, l'ouvrage esquisse, à la lumière des connaissances actuelles, les tendances des futures évolutions démographiques et examine la répartition des professionnels sur le territoire qui pourrait se dessiner.

2015

Lelievre, M. (2015). Travailler ensemble en soins de premiers recours : quelle place pour la coordination et la coopération. Illustrations à partir de quatre exemples. Angers Faculté de Médecine, Université d'Angers. Faculté de Médecine. Angers. FRA. Thèse de Doctorat en Médecine : 240, tab., graph., fig.

<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20107121/2016MCEM5180/fichier/5180F.pdf>

En se basant sur les résultats d'une revue de la littérature, cette thèse analyse le travail en équipe au niveau des soins primaires selon quatre axes : regroupement des professionnels de santé, coopération autour des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, coopération entre médecins et infirmières, collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

Michaux (2015). Cultures et valeurs dans l'univers du soin : D'une logique de la différence à une logique d'ouverture, Seli Arslan, Paris

Cultures et valeurs n'ont jamais été aussi présentes dans l'univers du soin. Il semble aujourd'hui essentiel d'afficher ses valeurs personnelles et professionnelles, de revendiquer une culture de groupe ou de service, mais aussi de respecter les valeurs et volontés des patients, parfois opposées à celles des professionnels, ou encore de tenir compte des différences culturelles. Ces questions centrales très investies demeurent l'objet de crispations et de conflits entre les groupes professionnels ou entre personnes soignées et soignantes. Ce livre se propose d'étudier la réalité plurielle des valeurs et cultures qui imprègnent l'univers du soin. Si la formation professionnelle soignante mène à l'incontournable incorporation de valeurs, le plus souvent qualifiées d'humanistes, à l'apprentissage d'une culture dite soignante, ce cheminement n'est pas un gage d'ouverture obligée aux autres. Cultures et valeurs qui ont souvent fondé l'engagement dans un métier de la santé, peuvent même engendrer des antagonismes marqués, notamment entre les groupes professionnels médicaux et paramédicaux. La volonté d'agir pour le bien d'autrui ne peuvent se réduire à des prérogatives de groupes, ni à clamer que l'on agit au nom de valeurs. De même, la visée culturelle ne se réduit pas à tenir compte des différences supposées de patients dits d'autre origine. Une approche culturelle s'entretient tout au long du parcours professionnel, par le biais des formations, comme d'un esprit de curiosité intellectuelle, et d'ouverture à l'autre. Cet ouvrage s'adresse à tout professionnel soignant soucieux de se décentrer de logiques d'opposition, de dépasser ses certitudes et préjugés pour œuvrer, dans un esprit d'ouverture, à prendre soin d'autrui, si différent, si semblable.

2014

Cour des Comptes (2014). Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Paris : Cour des Comptes : 241-266., tabl.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/271242-securite-sociale-rapport-sur-lapplication-des-lois-de-financement-2019>

La France a développé un modèle spécifique visant à concilier un exercice libéral des professions de santé avec un accès aux soins de ville généralisé, garanti par une sécurité sociale organisant la solidarité collective. Les conventions nationales passées depuis 1971 entre l'assurance maladie et les différentes catégories de professionnels libéraux en constituent un outil essentiel. L'enjeu financier en est significatif : en 2013, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le sous-objectif des soins de ville s'est élevé en exécution à 79,4 Md€, soit 46 % du total. Les conventions élaborées par profession revêtent un caractère obligatoire une fois approuvées par arrêté ministériel, sauf refus d'adhésion par le praticien concerné. Plus de 99 % des professionnels de santé libéraux sont actuellement conventionnés. Le cadre de leur négociation a été profondément réformé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La Cour a examiné les politiques conventionnelles développées à la suite de cette réforme. Elle a centré son analyse sur cinq professions, qui représentent l'essentiel des dépenses de soins de ville: médecins,

chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes. Elle a constaté que les résultats de ces politiques sont insuffisants, que ce soit en termes d'accès aux soins ou d'efficacité dans leur dispensation... Le système conventionnel doit être réorienté, pour le recentrer sur les besoins des assurés sociaux et pour faciliter une réorganisation des soins de proximité en développant les approches interprofessionnelles.

Dupuis (2014). L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé : Ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes, Seli Arslan, Paris

Michel Dupuis contextualise les pratiques et vise à considérer les situations réelles de soins, les "soins en situation". D'autres valeurs apparaissent alors et, avec elles, d'autres exigences, qui s'inscrivent dans une politique et une économie des soins. L'éthique organisationnelle prend notamment en compte les techniques de management, les styles de leadership, les politiques institutionnelles, le climat éthique des organisations de soins, hospitalières et autres. Comme Ricoeur l'a montré, on ne perd rien de l'éthique en visant le niveau politique et collectif d'organisation. En passant d'une relation "courte" à autrui à une relation "longue" aux autres, on n'abandonne pas le souci de la rencontre singulière, mais on s'organise pour la rendre possible à chaque fois que se présente un nouvel autrui, anonyme, inconnu. Il s'agit donc toujours de prendre soin de personnes singulières, mais en visant le collectif qui a droit à la justice, à la reconnaissance, au partage des ressources. À ce niveau organisationnel, le professionnel trouve une position nouvelle : comme le patient, il a droit, pour lui-même, à une organisation juste, motivante, reconnaissante, légitimement exigeante. L'éthique organisationnelle, c'est le principe de réalité qui rejoint l'idéal soignant et qui le réalise, au moins un peu, dans les conditions concrètes des situations. (4^e de couv.).

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 1 : état des lieux des dispositifs de coopération. Paris HCAAM : 58, tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 1 à l'avis dresse un état des lieux des dispositifs de coopération en France : médecin traitant, profession d'infirmière, délégation de soins, le regroupement des professionnels de santé, assemblée...

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 2 : Les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient. Paris HCAAM : 6, tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 2 présente les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 3 : les enseignements des systèmes de santé étrangers. Paris HCAAM : 17, tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 3 présente une étude comparée des organisations pluri-professionnelles mises en place dans les pays de l'Union européenne.

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 4 : Enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé. Paris HCAAM: 4, tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 4 présente les enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé.

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 5 : Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées. Paris HCAAM : 11, tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 5 présente les comparaisons réalisées par la DREES

Jouet, Las, V., Noel, H., et al. (2014). Nouvelles coopérations réflexives en santé : de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins de formation et de recherche, Editions des Archives Contemporaines, Paris

Les champs de la recherche, de la pédagogie et de la thérapeutique médicales sont aujourd'hui bouleversés par la volonté de prendre au mieux en compte la réflexivité de tous les protagonistes. Associant chercheurs, malades et professionnels de la santé, cet ouvrage analyse des partenariats inédits de soins, de formation et de recherche qui en découlent en Europe, au Québec et au Brésil. Il fournit un point d'étape des nouvelles mobilisations de la réflexivité des malades et des soignants et de leurs effets, observant tant le déploiement de figures formalisées de représentants des usagers, patients experts, patients formateurs et patients co-chercheurs, que celui des premières promotions de docteurs en sciences

infirmières. Deux conclusions s'en dégagent : d'une part la progression de la prise en compte des savoirs des malades métamorphose les notions d'éducation thérapeutique et de démocratie sanitaire et questionne la formation des médecins et soignants ; d'autre part la construction d'enseignements universitaires des sciences infirmières oblige à la formalisation d'un modèle encore implicite de formation par la recherche. Plus généralement, dès lors que soigner ou maintenir en bonne santé est pensé comme un ensemble de coopérations entre personnes capables de réfléchir et disposant de leur libre arbitre, la valorisation de la réflexivité de tous devient essentielle. [résumé éditeur].

Sicot, Mercadier et Drulhe (2014). Sociologie, anthropologie et soins : Formations aux métiers du soin et de la santé, Seli Arslan, Paris

Inscrits dans des cadres sociaux très variés, les personnes soignées et les soignants vivent une expérience de la maladie, de la santé et des soins qui peut revêtir de multiples sens, avec des conséquences éventuellement contradictoires. Chacun étant pris dans des systèmes organisationnels et dans des ordres d'interaction, les logiques professionnelles peuvent se confronter aux logiques profanes. Face à ce contexte toujours plus prégnant dans le domaine de la santé, ce livre se propose de contribuer à développer un regard sociologique et anthropologique sur les situations professionnelles chez les étudiants des formations aux métiers du soin, ou bien à renforcer cette forme d'analyse des situations chez les formateurs et les professionnels. Élaboré dans un travail conjoint de sociologues et de professionnels de la formation aux métiers de la santé, il est construit de manière à permettre une articulation entre théorie et pratique, au travers de questionnements en lien avec les textes étudiés ou de questionnements mobilisant ces derniers pour l'analyse de situations de travail. Les auteurs ont sélectionné des extraits de textes issus des champs de la sociologie et de l'anthropologie, afin de donner aux étudiants et aux professionnels un aperçu des possibilités offertes par ces disciplines d'adopter un point de vue différent sur les situations vécues au quotidien.

2013

Georges, P. et Waquet, C. (2013). Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Paris igas: 138, fig., tabl., annexes.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

Dans un contexte où sont recherchées des formes d'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire, ainsi que des réponses aux inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, les centres de santé, qui offrent des soins ambulatoires pluri-professionnels en secteur 1 et en tiers payant, méritent une attention particulière. Si leur efficacité médico-économique ne peut être prouvée, leur utilité sanitaire et sociale est réelle. Il importe alors d'analyser les causes de leur fragilité financière, ce qui conduit à proposer un nouveau modèle économique, reconnaissant aux centres de santé une rémunération forfaitaire en plus du paiement à l'acte, sous réserve d'efforts de gestion.

2012

Isnardi, P. (2012). "Zoom sur le premier protocole français de coopération et son arrêté d'application. ; Spotlight on the first French cooperation protocol and its implementation order." SOINS. CADRES (81) : 28-30.

Les conditions de travail des professionnels de santé sont en pleine mutation. Il s'agit de continuer d'assurer des soins de qualité irréprochable dans un contexte de sécurité optimal tout en s'adaptant à l'évolution de leur pratique. Retour d'expérience sur le premier protocole de coopération entre professionnels en France validé par l'Agence régionale de santé (ARS) Paca et qui a reçu son arrêté d'application fin juillet 2011. (R.A.).

Pourcel, G., Ferrari, C. et Le Quellec-Nathan, M. (2012). Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse des bilans à un an des 35 sites pilotes. Collection Bilans d'activité et d'évaluation. Boulogne Billancourt INCA : 42 +annexes, tabl., fig. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer.-Synthese-nationale-des-bilans-a-un-an-des-35-sites-pilotes>

Dans le cadre du Plan cancer (mesure 18 et mesure 25), l'institut national du cancer et la Direction générale de l'offre de soins ont lancé, suite à un appel à projets, 35 expérimentations pilotes du « parcours personnalisé de patients pendant et après le cancer ». Il s'agit d'un nouveau dispositif de prise en charge des patients atteints de cancer, appuyant sur plus de coordination entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers (IDEC), qui inclut la dimension sociale de la prise en charge et renforce le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité. Un accompagnement des projets a été mis en place et un suivi régulier de leur mise en œuvre opérationnelle a été effectué au moyen d'indicateurs bimestriels. Ces expérimentations conduites sur un an dans 35 sites pilotes par des établissements de santé publics et privés, en partenariat avec médecins traitants et d'autres acteurs de proximité médicaux et sociaux, ont permis l'inclusion dans le dispositif de 9 200 patients dont plus de 2/3 ont reçu un programme personnalisé de soins. Une situation de fragilité sociale a été détectée chez 32 % d'entre eux conduisant à une prise en charge sociale dans 2/3 des cas. Un programme personnalisé de l'après-cancer a été établi pour 31 % des patients des 2 800 patients en fin de phase de traitement actif. Plusieurs outils de coordination ont été élaborés et testés par les équipes pilotes (Fiche de détection de la fragilité sociale, contenu minimum du programme personnalisé de l'après-cancer). L'expérimentation a permis également de recenser les activités des IDEC, regroupées en 4 grandes fonctions clés, évaluation des besoins et facilitation du parcours qui ont mobilisé le plus de temps, devant les fonctions d'écoute et soutien et d'information. Par ailleurs, l'intervention plus spécifique des IDEC auprès de patients ou de situations complexes sur les plans médical et/ou social a été identifiée, ainsi que l'apport de leur activité en lien avec l'assistant social pour optimiser et anticiper la prise en compte des problématiques sociales, notamment liées à l'emploi. Les principaux constats établis au terme des expérimentations menées sur les 35 sites où des organisations différentes ont été mises en place, permettent de dégager deux points forts qui sont le rôle des infirmiers coordonnateurs et la mise en place de l'accompagnement social. Le programme personnalisé de soins constitue un point de vigilance en raison d'importantes variations de pratique d'un site à l'autre. Son utilisation en tant qu'outil destiné en priorité au patient dans la phase initiale de sa prise en charge nécessitera d'être reprécisée au niveau national. Enfin, la participation du médecin traitant positionné en tant que référent de proximité dans le parcours personnalisé, et la mise en place du suivi de l'après-cancer constituent des marges de progrès pour optimiser le dispositif du parcours personnalisé tout au long de la maladie. Ces résultats et constats ont été complétés par ceux plus qualitatifs de l'évaluation d'impact des expérimentations menée fin 2011 auprès des patients, de leurs médecins traitants et des équipes projets hospitalières, afin d'apporter à l'INCa et à DGOS, des éléments de décision pour les suites à donner au dispositif de parcours personnalisé en cancérologie.

Proult, E., Lacouette-Fougere, C. et Schwab, L. P. (2012). Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer : rapport d'évaluation. Collection Bilans d'activité et d'évaluation. Boulogne Billancourt INCA : 194, tabl., fig.

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer.-Rapport-d-evaluation>

L'INCa et la DGOS ont lancé, suite à un appel à projets, des expérimentations du « parcours personnalisé de patients pendant et après le cancer » (mesures 18 et 25 du Plan cancer). Ces expérimentations ont été menées sur un an, de septembre 2010 à septembre 2011, dans 35 sites pilotes (établissements de santé publics et privés), en partenariat avec des médecins traitants ainsi que d'autres acteurs ou structures de proximité médicaux et sociaux. Ce nouveau dispositif avait pour objectifs de : permettre une prise en charge personnalisée des patients en s'appuyant sur davantage de coordination entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers (interlocuteurs privilégiés des patients et facilitateurs de la coordination hôpital-ville) ; mieux prendre en compte la dimension sociale tout au long de la prise en charge y compris dans l'après-cancer et pendant le suivi ; renforcer le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité. Au total, 9200 patients ont été inclus dans ce dispositif de parcours personnalisé. L'évaluation d'impact montre que le parcours personnalisé apparaît globalement comme un dispositif pertinent, perçu positivement par tous les professionnels et dont l'impact sur la satisfaction des patients est élevé. L'apport des infirmiers coordonnateurs a été confirmé, en particulier par la réponse apportée en termes d'information, d'écoute et de détection précoce des problèmes sociaux. Des questionnements persistent cependant sur le rôle de ces infirmiers coordonnateurs dans l'articulation ville-hôpital. De plus, la coordination des différents acteurs de la prise en charge et la mise en place de l'après-cancer restent à approfondir. Compte tenu de ces différents constats, l'expérimentation sera prolongée par une seconde phase en 2013 afin de mieux définir les objectifs du dispositif, de mieux le cibler en particulier sur les parcours complexes des parcours plus complexes sur le plan médical et/ou psychosocial, et de préciser les rôles prioritaires des infirmiers coordonnateurs. Cette seconde phase sera accompagnée d'une approche coût-efficacité afin d'apporter aux décideurs des éléments objectifs pour proposer un dispositif de parcours personnalisé pérenne et généralisable à terme.

Vega (2012). Soignants-Soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers, De Boeck Université, s.l.

Les soignants comme les soignés sont porteurs d'histoires, d'expériences et de savoirs qui influencent leurs pratiques de soins et leurs rapports à la différence. Ce simple constat constitue à lui seul le fil directeur de ce manuel, présenté à partir d'axes thématiques en lien avec les préoccupations et les difficultés des usagers et des professionnels de santé rencontrés. Les apports de connaissance sont illustrés par des exemples tirés du "terrain" : ils s'appuient sur des études réalisées en milieu hospitalier, mais aussi en secteur libéral et à domicile dans différentes cultures. En effet, Anne Vega cherche à initier les soignants aux principaux apports de sa discipline, l'anthropologie, dès lors qu'ils sont susceptibles d'enrichir et d'améliorer les relations avec les soignés (les représentations de la santé et de la maladie ; les catégories de l'autre et du semblable ; les organisations de la famille, les représentations de la naissance et de la mort). Son ouvrage s'adresse également aux étudiants (para) médicaux. En plus d'apports méthodologiques et théoriques généraux - issus également de la sociologie - ils trouveront dans ce manuel de nombreuses pistes bibliographiques (réactualisées) pour la réalisation de leurs mémoires : des apports méthodologiques et théoriques généraux : des exemples tirés du "terrain" ; des synthèses et des exercices

amènent progressivement le lecteur à s'interroger sur ses propres pratiques soignantes ; de nombreuses pistes bibliographiques commentées et réactualisées, en phase avec les programmes universitaires (LMD, facultés).

2011

Anger, E. et Gimbert, V. (2011). "Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1). Les coopérations entre professionnels de santé." Note D'analyse (La) (254) : 11, graph.

<http://archives.strategie.gouv.fr/cas/en/system/files/2011-12-5-cooperations-professionnels-v1-na254.pdf>

À quoi ressemblera l'offre de santé en France dans vingt ans ? Les défis sanitaires sont nombreux : hausse des maladies chroniques, vieillissement de la population, évolution de la démographie médicale, etc. Pour y répondre, deux leviers d'action sont disponibles. D'une part, la télésanté, ou production de soins à distance. D'autre part, la coopération entre professionnels de santé, grâce à laquelle personnels médicaux et paramédicaux peuvent développer de nouveaux modes d'exercice collectif et opérer entre eux des transferts d'activité afin d'optimiser la production de soins. En France, ces démarches sont encore marginales, notamment dans le secteur ambulatoire, car elles nécessitent de faire évoluer certains principes d'exercice libéral. Dans d'autres pays, les coopérations sont très développées dans le champ des soins primaires, mobilisant surtout médecins généralistes et infirmiers sur l'accès aux soins courants et sur la qualité de prise en charge des pathologies chroniques. Cette évolution requiert une politique volontariste de soutien aux structures pluridisciplinaires et la reconnaissance juridique des nouvelles compétences acquises. L'essor des coopérations en France, gage d'un renforcement du secteur ambulatoire, permettrait, sous certaines conditions, de mieux adapter l'offre aux besoins des patients et d'améliorer l'efficacité du système de santé en réduisant le poids des dépenses hospitalières.

Henart, L., Berland, Y. et Cadet, D. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Paris Ministère chargé de la santé : 2 vol. (57 ; 39).

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

Le monde de la santé fait face à des changements majeurs. Après avoir participé de façon remarquable au cours des trente dernières années à l'amélioration de la santé publique et accompagné les évolutions sociales et économiques de la population, on perçoit que son organisation actuelle pourrait se révéler moins performante face aux défis du futur, qui sont d'un ordre différent. L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital. Les professionnels de santé sont inégalement répartis en termes géographiques et certains ont une démographie qui s'annonce inquiétante. Pourtant les besoins ne vont et n'iront pas en diminuant et la régulation devient un souci prégnant pour les pouvoirs publics. Les membres de la mission ont choisi d'auditionner un très grand nombre de professionnels de toutes catégories, des employeurs, des représentants syndicaux et des associations de patients. En outre des tables rondes ont été organisées sur les thèmes : personnes âgées, maladies chroniques, cancer, maladies mentales, chirurgie et imagerie. Le rapport de la mission met en lumière les professions et les professionnels, leur environnement et propose

des actions de mise en œuvre de nouveaux métiers qui prennent pleinement en compte les métiers existants. Pour l'ensemble des membres de la mission, le plus important n'était pas de dresser un inventaire de nouveaux métiers possibles, mais de dessiner un cadre conceptuel et une méthode à même d'assurer à ces nouveaux intervenants une émergence durable et une valeur ajoutée certaine, une intégration. La mission présente neuf propositions reposant sur quatre piliers : une priorité : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé ; une nouveauté : créer des professions de santé de niveau intermédiaire ; une méthode : adopter un système rigoureux de validation ; une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur.

Michaud, S. (2011). "Coopération entre professionnels de santé : un exercice partagé avant la redéfinition des métiers ?" Revue Hospitaliere De France (541) : 16-20.

[BDSP. Notice produite par EHESP ER0xr9FB. Diffusion soumise à autorisation]. Dans une première partie, l'auteur apporte quelques repères sur des notions fréquemment évoquées depuis 2002 : transfert/délégation de tâches, transfert de compétences, coopération entre professionnels de santé. Puis, il revient sur le contexte législatif favorable à l'évolution des métiers, de l'article 131 de la loi du 9 août 2004 à l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009, s'attardant sur les enjeux de cet article 51 qui affirme le principe général de coopération entre professionnels de santé afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Michaud, S., Cadet, D., Anquetil, B., et al. (2011). "Coopération entre professionnels : expérimentations et enjeux." Revue Hospitaliere De France (541) : 16-32.

[BDSP. Notice produite par EHESP F7kR0xFC. Diffusion soumise à autorisation]. A travers quatre articles, ce dossier revient sur l'historique de la coopération entre professionnels, de la loi d'août 2004 relative à la politique de santé publique à la loi HPST du 21 juillet 2009, explore la notion de nouveaux métiers et de métiers intermédiaires, expose le rôle des agences régionales de santé dans la mise en œuvre des protocoles de coopération et présente la démarche d'un projet de coopération initié par la communauté hospitalière de territoire CHU de Nancy/CHR Metz-Thionville.

2010

Berland, Y., Burdillat, M., Mino, J.-C., et al. (2010). "Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux." Actualite Et Dossier En Sante Publique (70) : 16-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9DHR0xDr. Diffusion soumise à autorisation]. La situation inédite de la baisse certaine, pour les dix ans, à venir, du nombre de médecins en France a déclenché études et débats, présentés par Martine Burdillat, permettant ainsi de disposer d'informations objectives et détaillées sur la ressource humaine en santé, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Cette approche très générale est complétée par une analyse de l'évolution des pratiques de terrain développée par Jean-Christophe Mino et Magali Robelet, qui s'interrogent sur la possibilité de la reconnaissance des pratiques invisibles et de leurs acteurs. Le processus en cours soulève de nombreux enjeux dépassant la seule question de la baisse du nombre de médecins. Enjeu de cadre juridique tout d'abord, comme l'expose Joël Moret-Bailly. La formation des professions de santé constitue un deuxième enjeu d'importance. Il s'agit tout d'abord, comme l'expose Jacques Domergue, de l'organisation de la formation initiale commune à plusieurs professions qui se met en place. Mais c'est également l'articulation de la formation avec les processus de qualification, et surtout de définition initiale des compétences requises, et l'adaptation au cadre du LMD

européen qui font l'objet d'une véritable révolution selon les termes de Marie Ange Coudray. Enfin, l'enjeu économique et plus précisément l'analyse des conditions économiques du développement des coopérations comme leurs effets attendus, en ville comme à l'hôpital, sont présentés par Sandrine Chambaretaud.

Buscail, S., Chabot, J.-M., Derenne, R., et al. (2010). "Coopération entre professionnels de santé. Enjeux et perspectives." Revue Hospitaliere De France (533) : 66-68.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xElmJ8. Diffusion soumise à autorisation]. La Haute Autorité en Santé (HAS) a souligné, dans sa recommandation d'avril 2008, que de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ne pouvaient se développer que dans le cadre d'une orientation politique forte. Le travail d'expertise et de concertation de la HAS et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé a contribué à préparer le chemin législatif. La loi Hôpital, patients, santé, territoires, dans son article 51, donne à la HAS compétence pour émettre un avis conforme sur les protocoles qui émaneront des acteurs de terrain et seront relayés par les futures agences régionales de santé. Ce travail devra s'accompagner d'une réflexion continue sur l'évolution des métiers de la santé, les conditions de leur formation initiale et leurs missions, dans le contexte d'un exercice de moins en moins marqué par l'individualisme, et de plus en plus tourné vers la complémentarité et la pluridisciplinarité.

Haas, S. et Vigneron, E. (2010). "La démographie médicale et paramédicale. L'inégalité des possibles." La Gazette Sante Social (2/37-2047) : 32, tabl., cartes.

http://www.fehap.fr/jcms/fehap_61710/la-demographie-medicale-et-paramedicale-octobre-2010

Cette étude sur la démographie médicale et paramédicale, a analysé les dernières données disponibles (mai 2010), à l'échelon cantonal. Sa première partie fait un état des lieux en constatant un déséquilibre généralisé à l'échelle nationale et un déséquilibre grandissant à l'échelle locale entre les grandes villes et les territoires périphériques. La deuxième partie examine les causes et remèdes de ces disparités territoriales.

2009

Cordier, M. (2009). "L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes." Etudes Et Resultats (Drees) (709) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er709.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x8FE99. Diffusion soumise à autorisation]. L'organisation du travail dans le secteur de la santé répond à des exigences d'égalité d'accès et de continuité des soins. En conséquence, les contraintes temporelles de travail, le dimanche et de nuit, y sont nettement plus répandues que dans la plupart des autres secteurs marchands de l'économie. Ceci se vérifie, notamment pour le personnel soignant (infirmières et aides-soignantes) et médical (médecins et pharmaciens). De plus, quand ils sont interrogés, les professionnels de santé déclarent souvent être contraints par un rythme de travail soutenu, des délais très courts et des demandes exigeant des réponses immédiates. S'ajoutent à cela de fortes contraintes liées au travail collectif et à une constante collaboration avec leurs collègues. En outre, la moitié des infirmières et des aides soignantes et un tiers des médecins déclarent ne pas pouvoir interrompre momentanément leur travail. En trois ans, un salarié sur deux affirme avoir ressenti une accentuation de ces contraintes de rythme, surtout lorsque son établissement a été confronté, durant la même

période, à la montée de l'isolement ou à l'appauvrissement de ses usagers. C'est aussi grâce à ce travail collectif que les personnels hospitaliers peuvent compter sur l'appui des collègues et de la hiérarchie, en cas de surcharge de travail ou de difficultés face à un patient ou sa famille.

Levy, Pavot et Dang Ha, D. (2009). "Essai de simulation de délégation des tâches : le secteur des soins ambulatoires en France." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 49(2) : 167-203.

En 2004, deux enquêtes entreprises par le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales (CSDM) mettent en lumière la surcharge de travail des professions paramédicales : 31 % des infirmières libérales interrogées déclarent que "leur charge de travail est trop lourde". Du côté des masseurs kinésithérapeutes libéraux, 6 % des enquêtés estiment que "leur charge de travail est certainement suffisante". Un an plus tard, une autre enquête conduite auprès des médecins libéraux, laisse voir que 9 % des généralistes et 29 % des spécialistes éprouvent de "grandes difficultés à trouver du personnel auxiliaire pour les aider". [...] De cette étude une simulation de délégation de tâches a été élaborée. Il s'agit d'opérer des calculs en partant d'hypothèse sur la durée de travail des médecins, le pourcentage d'infirmières (ou de kinés) qui acceptent les tâches qui leur sont transférées et le nombre d'heures supplémentaires que chaque "infirmière (ou kiné) acceptante" veut bien accomplir chaque semaine en plus de son horaire habituel. [...] Ainsi, pour obtenir des succès significatifs, une action cherchant à promouvoir la délégation des tâches devrait s'accompagner de très généreuses incitations et, avant tout, d'incitations financières. On peut, à ce stade, s'interroger sur la pertinence de toute la démarche compte tenu de l'escalade actuelle des dépenses de santé et du risque qu'elle représente pour la pérennité du système de protection sociale d'aujourd'hui. Par ailleurs, la simulation fait apparaître deux paradoxes de taille. Le premier se rapporte à la charge de travail du corps médical. Lorsque cette charge est lourde ("52" heures), son allègement est faible, en tout cas bien plus faible que quand elle est légère ("39" heures). En d'autres termes, la délégation des tâches n'obtient que des résultats homéopathiques quand on en a le plus besoin. L'explication vient de la constance du stock des receveurs (les infirmières ou les kinés) alors que la charge de travail des médecins s'avère plus lourde. L'autre paradoxe vient de la différence entre les régions au nord de la Loire et celles qui sont au sud. Dans les dernières, la densité médicale est généralement plus élevée et la charge de travail par médecin moins importante qu'au nord de la Loire. Mais c'est dans les régions du sud que la simulation enregistre les résultats les moins modestes pour la délégation des tâches. Dans ces régions méridionales, le nombre d'infirmières par médecin est bien plus élevé qu'au nord, et ceci explique cela. Ici encore, la simulation montre que la délégation des tâches risque de conduire à des résultats décevants dans les contrées où elle serait la plus nécessaire. (Extrait Résumé d'auteur).

2008

Bouchayer. F. (2008). "Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral : Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes : Approche sociologique de la fonction soignante de proximité." Marseille : Ehess ; Shadyc.

Ce projet vise à mieux connaître et "décrypter" les pratiques et les attitudes des médecins (généralistes) et des paramédicaux (infirmières et kinésithérapeutes) "tout venant" exerçant en libéral et amenés, de fait, à avoir dans leur clientèle une part et un nombre plus ou moins importants de personnes âgées. Une majeure partie du suivi médical de la population âgée et très âgée est assurée par ces professionnels. Or peu de recherches en sciences sociales en France ont été consacrées à leurs activités dans ce domaine. L'attention s'orientera de façon

privilegiée vers ce qui relève des attitudes de ces professionnels à l'égard des patients, et à la manière dont ils "vivent" et pratiquent leur métier, en général et vis-à-vis des patients âgées. Cette approche s'inscrit dans une réflexion plus générale sur les processus d'appropriation de leur métier et d'élaboration progressive des univers professionnels par les acteurs engagés dans la pratique soignante, en accordant une place centrale à la "présence des patients".

Doan, Levy et Pavot (2008). "The Task Delegation Issue : Scenarios for the French Sector of Ambulatory Care.; La délégation des tâches : scénarios pour le secteur ambulatoire en France." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 48(2) : 307-324.

De toute évidence, une délégation de tâches implique qu'il y ait d'un côté des "donneurs de tâches" et de l'autre, des "receveurs des mêmes tâches". En 2004, une enquête entreprise parmi les infirmières libérales en exercice en France métropolitaine révèle que sur 10 d'entre elles, 3 déclarent que leur charge de travail est "trop lourde". A la même date, les deux tiers des masseurs-kinésithérapeutes libéraux pensent que leur charge de travail est "sûrement suffisante". Au printemps 2005, une autre enquête montre que 9 % des omnipraticiens et 29 % des médecins spécialistes déclarent qu'ils rencontrent des difficultés à trouver du personnel pour les assister dans leur travail. En partant de l'hypothèse (plausible) que les infirmières ayant une charge de travail trop lourde n'acceptent pas de tâches supplémentaires, un modèle de simulation montre que dans l'état actuel de choses, des mesures visant à promouvoir la délégation des tâches n'obtiendraient que de maigres résultats. Là où le corps médical n'est pas surchargé, son temps de travail hebdomadaire n'accuserait qu'une réduction de 0,7 % à 3,1 %. Lorsque la pénurie médicale s'aggrave et que les médecins doivent faire face à une activité intense, l'allègement, paradoxalement, serait encore plus faible, entre 0,5 % et 2,3 %. (Résumé d'auteur).

HAS (2008). Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante. Guides méthodologiques : 27, tabl.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf

[BDSP. Notice produite par HAS BR0xn9pA. Diffusion soumise à autorisation]. L'intégration de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante se traduit par une transformation des fonctionnements et des pratiques en place. Il est donc important de se donner les moyens d'une gestion de projet de qualité. Ce guide repose entièrement sur le vécu des professionnels qui ont pris part aux expérimentations de nouvelles formes de coopération citées dans l'arrêté de mars 2006.

HAS (2008). Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade. Rapport de synthèse. Enquêtes et études. Saint-Denis : HAS : 119.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/rapport_de_synthese_des_evaluations_quantitatives_relatives_aux_nouvelles_formes_de_cooperation_entre_professionnels_de_sant.pdf

[BDSP. Notice produite par HAS H9ER0xr8. Diffusion soumise à autorisation]. Entre décembre 2003 et octobre 2007, 15 expérimentations visant à apporter des éléments de réflexion détaillés sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de redéfinition de ces contours ont été menées en France. Ces expérimentations (qui se sont déroulées en deux vagues successives) se sont inscrites dans des démarches volontaires devant déboucher sur des résultats évaluables portant notamment sur l'efficacité et la sécurité des soins dispensés.

HAS (2008). Délégation, transferts, nouveaux métiers? Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. Saint Denis Haute Autorité de santé : 61, ann.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf

Le projet de recommandation est organisé en quatre grands chapitres. Il propose tout d'abord un état des lieux sur les conditions de l'exercice des professions médicales et paramédicales. Il examine ensuite le potentiel de développement de ces nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé pouvant être atteint sans modifications majeures de cadre d'exercice. Puis il analyse les évolutions structurelles qui sont nécessaires à un développement des coopérations au-delà du potentiel immédiat. Enfin, il propose les conditions immédiates de mise en œuvre de coopération.

HAS (2008). "Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques." Saint-Denis : HAS

Les coopérations entre professionnels de santé prennent place dans un contexte juridique caractérisé par un certain nombre de contraintes, dont l'une des conséquences a, notamment, été l'obligation de prévoir, dans une loi, et non dans un acte réglementaire, la possibilité des expérimentations de nouvelles formes de coopération. Nous consacrerons donc la deuxième partie du rapport à cette question (2). Il ne faudrait, cependant, pas croire que le système n'est constitué que de contraintes. Celui-ci comprend, en effet, un certain nombre de marges d'initiative et de possibilité laissée aux acteurs, que nous aborderons dans la troisième partie, consacrée aux libertés qu'offre le système (3). La prise en compte de ces deux caractères nous permettra, ensuite, de produire une analyse des différents modèles d'organisation des professions de santé actuellement à l'œuvre en droit français, ainsi que d'effectuer un certain nombre de propositions d'évolution (4). Le rapport se terminera, enfin, d'une part par une synthèse des orientations proposées (5), d'autre part par une série d'annexes (6).

2007

ENSP (2007). Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles. Rennes Editions ENSP : 326.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2.pdf>

L'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière a pour finalité d'être un outil d'aide à la décision pour l'ensemble des acteurs de santé. Son ambition est d'éclairer les professionnels dans leurs choix, qu'il s'agisse des orientations stratégiques d'un établissement ou de l'élaboration d'un projet professionnel. Elle se présente en deux tomes complémentaires mais qui peuvent faire l'objet d'une lecture séparée. Le premier tome examine les 10 grands facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social impactant les ressources humaines et les organisations. Le second est consacré à l'étude des 10 métiers sensibles de la FPH, traités sous forme de monographie qui présente : les caractéristiques actuelles du métier ; les activités, compétences, profil, positionnement, recrutement, formation, parcours, effectifs ; les facteurs d'évolution qui impactent le métier ; les caractéristiques futures du métier ; les enjeux RH et les pistes d'action.

Strohl, H. et Bastianelli, J. P. (2007). Enquête sur l'utilisation du temps un jour donné dans trois C.H.S. (Personnels médicaux et personnels soignants). Tome III/III - Complément au rapport. Paris Igas : 143.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=393838>

Cette enquête a été réalisée dans le cadre et pour les besoins d'une mission de l'Igas portant sur la gestion des ressources humaines dans les CHS. Le présent document rassemble les résultats de cette enquête. Il comporte huit chapitres : les conditions de réalisation de l'enquête et d'exploitation des données, les résultats concernant : les médecins, les infirmiers (et cadres de santé), les aides soignants, les agents des services hospitaliers, les psychologues, les assistantes sociales, les autres professionnels spécialisés (psychomotriciens, psychothérapeutes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, secrétaires médicales).

Strohl, H., Bastianelli, J. P., Laurand, G., et al. (2007). Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Rapport définitif. Tome II/III - Annexes. Paris Igas : 89.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000022.pdf>

La mission IGAS a contrôlé les établissements psychiatriques de Ville-Evrard (Seine Saint-Denis), Evreux (Eure), Thuir (Aude), Pierrefeu-du-Var (Var), Bassens (Savoie) et l'Institut Marcel Rivière (Yvelines), établissement privé participant au service public hospitalier, géré par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN). Dans chacun de ces établissements, une mission composée de deux inspecteurs généraux a contrôlé l'exercice de la fonction " gestion des ressources humaines ", l'utilisation de ces moyens rapportés à l'activité de l'établissement et à son offre de service. Il s'agissait d'analyser comment chacun de ces établissements mobilisait les moyens humains financés et disponibles et ensuite d'apprécier la nature du service rendu par ces soignants, médecins et non-médecins. Ce document présente les annexes du rapport : Condition de travail et temps de travail, utilisation du temps de présence du personnel paramédical et médical.

Vallencien (2007). "La concurrence entre les métiers." SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE (15) : 95-96.

La nouvelle médecine impose un réexamen des métiers et sans doute l'émergence de nouvelles professions. Le système de santé tarde à s'y préparer. Cet article aborde des expériences de délégation de soins tentées dans les pays anglo-saxons sans pour autant baisser la qualité des soins.

2006

Alla. (2006). la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque. Rennes : ENSP

L'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome classiquement défini comme l'impossibilité pour le cœur d'assurer un débit sanguin suffisant pour satisfaire les besoins métaboliques de l'organisme. L'IC est une maladie grave, recensée comme la 1^{ère} cause d'hospitalisation après 60 ans assortie de nombreuses ré-hospitalisations. Sa prise en charge se révèle extrêmement coûteuse. En effet son coût est estimé entre 1 et 2 % du budget global de santé dans les pays industrialisés, en France il s'élève à environ 1 milliard d'euros par an. Un renforcement de la coopération des différents acteurs au moyen d'un réseau de santé pourrait améliorer la prise en charge de l'IC. Les réseaux de soins sont nés il y a plus de 40 ans aux États-Unis avec les "managed care". Ils permettent à plusieurs professionnels de santé de coopérer à une

meilleure prise en charge du patient ayant un problème d'ordre médical ou médico-social. A l'étranger, les réseaux ont fait la preuve de leur efficacité tant au niveau de leurs impacts sur le coût des prises en charge que sur l'amélioration de la qualité des soins. En France, les réseaux ont favorisé un décloisonnement ville/hôpital et rompu l'isolement des malades en améliorant la continuité des soins. Au regard de la loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique, les réseaux constituent un mode d'organisation privilégié de notre système de soins. Bien qu'un cadre réglementaire soit venu légitimer les réseaux, des difficultés perdurent notamment sur la question de la rémunération des professionnels libéraux et de l'articulation des différents intervenants. En effet, faire travailler ensemble différentes professions de santé a révélé des difficultés autour des profils de compétences et d'activité. Il s'agira de résoudre le problème de partage des tâches dans le cadre d'une coopération multiprofessionnelle. Les problèmes liés à la démographie médicale et les nouvelles règles relatives au temps de travail médical ont considérablement accru les problèmes d'organisation médicale, suscitant une réflexion sur la répartition des tâches entre médecins et infirmières. Le cadre juridique actuel de la profession infirmière n'autorise pas un transfert de compétences en dehors d'un protocole pré défini. A partir de ces constats, il est possible d'élaborer la structure d'un cahier des charges d'un réseau de prise en charge multidisciplinaire de l'IC, dont les points essentiels gravitent autour de l'éducation du patient, la formation des personnels, la coordination des acteurs. (R.A.).

Bouchayer, F. (2008). Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral : Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes : Approche sociologique de la fonction soignante de proximité. Marseille Ehess ; Shadyc : 125.

Ce projet vise à mieux connaître et « décrypter » les pratiques et les attitudes des médecins (généralistes) et des paramédicaux (infirmières et kinésithérapeutes) « tout venant » exerçant en libéral et amenés, de fait, à avoir dans leur clientèle une part et un nombre plus ou moins importants de personnes âgées. Une majeure partie du suivi médical de la population âgée et très âgée est assurée par ces professionnels. Or peu de recherches en sciences sociales en France ont été consacrées à leurs activités dans ce domaine. L'attention s'orientera de façon privilégiée vers ce qui relève des attitudes de ces professionnels à l'égard des patients, et à la manière dont ils « vivent » et pratiquent leur métier, en général et vis-à-vis des patients âgés. Cette approche s'inscrit dans une réflexion plus générale sur les processus d'appropriation de leur métier et d'élaboration progressive des univers professionnels par les acteurs engagés dans la pratique soignante, en accordant une place centrale à la « présence des patients ».

Berland, Y. r. et Bourgueil, Y. r. (2006). Rapport "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé". Paris ONDPS : 69, tabl., schann.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

Ce document est un rapport d'étape d'une démarche d'expérimentation initiée en décembre 2003 visant à apporter des éléments détaillés de réflexion sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de transfert et ou de délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé. La mise en œuvre de ces expérimentations a suscité de nombreux débats et sollicitations de la part de multiples acteurs du champ de la santé désireux de faire valoir leurs expériences et pratiques de terrain. Les réactions des organisations professionnelles et syndicales aux projets inscrits dans le cadre des expérimentations ont mis en lumière, les craintes mais aussi les attentes vis à vis d'une évolution des rôles et des responsabilités. Nous avons pu, à cette occasion, constater l'importance des initiatives et des projets visant à redistribuer les rôles et les tâches entre professionnels pour faire face à une augmentation mais aussi à une

évolution de la demande de soins. Paradoxalement, a contrario de ce que nous montre la littérature internationale, il existe très peu de travaux documentés en France sur les motivations, les organisations et les effets de nouvelles formes d'organisation des soins faisant appel à une délégation d'activité des médecins à d'autres.

Breuil-Genier, P. et Sicart, D. (2006). "L'origine sociale des professionnels de santé." Etudes Et Résultats (496) : 8.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE OreR0xPX. Diffusion soumise à autorisation]. L'étude de l'origine sociale des parents des professionnels de santé permet de préciser les milieux dans lesquels ces métiers recrutent et d'éclairer les logiques dans lesquelles s'inscrivent l'entrée dans ces professions. Ainsi, en moyenne, sur la période 1990-2002, 43% des médecins et 40% des pharmaciens et dentistes en activité avaient un père cadre supérieur, contre 29% de l'ensemble des cadres supérieurs.

Cash, R. et Ulmann, P. (2008). Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé. Le cas de la France. OECD Health Working Paper ; 36. Paris OCDE : 113, tabl., graph.

<http://www.oecd.org/dataoecd/13/10/41437407.pdf>

Ce document examine la démographie des professionnels de la santé en France ainsi que les évolutions récentes des politiques migratoires relatives aux professionnels de la santé. Il traite également de la planification des effectifs et du rôle possible du recrutement du personnel de la santé étranger dans les années à venir. L'évolution des effectifs au cours des années 90 a été marquée par des restrictions concernant la formation de médecins et d'infirmières. Depuis lors, les capacités de formation ont été fortement accrues, et la France se situe ainsi au niveau de la moyenne européenne et au-dessus de l'ensemble des pays de l'OCDE en termes de densité de médecin. Les chiffres disponibles montrent qu'en France, le recrutement international de professionnels de santé ne joue pas un rôle prépondérant. Une proportion importante de ceux qui sont formés à l'étranger sont originaires de pays membres de l'Union Européenne, notamment en raison des dispositions législatives européennes, qui visent à faciliter la reconnaissance de diplôme des ressortissants de l'UE pour la plupart des professions de la santé. Pour ce qui est des diplômés hors Union Européenne, ils doivent répondre à des mesures plus restrictives, mises en place par la législation française, qui limite l'accès à la profession. Les médecins et infirmiers formés à l'étranger sont principalement employés en milieu hospitalier. Dans les derniers modèles de projections, l'évolution des effectifs de médecins est essentiellement liée à celle du *numerus clausus* et ne font pas d'hypothèse particulière en ce qui concerne la migration. Dans le même sens, les politiques actuelles de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé n'envisagent pas de recourir au recrutement international mais s'appuient sur un ensemble de mesures structurelles liées à l'âge de départ en retraite, à la coopération entre établissements hospitaliers et à d'autres mesures incitatives visant à favoriser l'installation en zone mal desservies. Cependant, le rôle des recrutements étrangers ne peut être négligé puisque dans le contexte de l'élargissement de l'UE les flux migratoires en provenance de pays d'Europe centrale et orientale, en particulier de la Roumanie, pourraient s'intensifier.

Legendre, N. (2006). "Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) (1) : 51-59.

<https://www.caducee.net/actualite-medicale/13580/les-revenus-des-infirmiers-dentistes-sages-femmes-et-masseurs-kinesitherapeutes-liberaux-en-2014.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 1PhR0xs5. Diffusion soumise à autorisation]. Entre 1993 et 2004, les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes, des infirmiers et des masseurs-

kinésithérapeutes ont globalement augmenté, à un rythme contrasté, selon les périodes et les professions. Ainsi, en moyenne sur cette période, leur croissance a été respectivement, en termes réels de +1.3 % ; 1.7 % ; et +0.3 % par an. A l'exception de l'Ile-de-France, les revenus moyens sont plus élevés dans la partie nord de la France.

2005

Deleau, M. E. (2005). Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale : installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de médecine générale, sur le mode de la délégation de tâches : exemple de la prise en charge du diabète de type 2. Poitiers : Université de Poitiers.

LeLan, R. (2005). "Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail." *Etudes Et Résultats* (373) : 12.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er373.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ggR0x5Gn. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête menée en 2003 dans les établissements de santé permet de dégager une typologie des personnels hospitaliers en fonction de leur perception des conditions de travail selon les exigences liées à la charge physique et mentale, l'autonomie ou marges de manœuvre et l'environnement de travail. Sept classes se dessinent et regroupent entre 6 et 32 % du personnel des établissements de santé. Les deux premières rendent compte d'exigences de travail élevées et rassemblent la moitié du personnel. Ce sont essentiellement des infirmières et des aides-soignantes. La 5^{ème}, - fort degré d'autonomie dans le travail et des responsabilités hiérarchiques liées à l'activité médicale - comprend un plus grand nombre de médecins et de cadres infirmiers. Les conditions de travail perçues ne sont pas seulement liées à la profession exercée. Les exigences de travail apparaissent ainsi plus lourdes pour les personnels cumulant des horaires de jour et de nuit, les salariés âgés de 25 à 30 ans et le personnel des services d'urgence et de réanimation.

2004

Bauer, D., Burdillat, M. et Bourgueil, Y. (2004). Démographie régionale de 5 professions de santé de premiers recours : rapport 2004. Paris La Documentation française : 207, tab., graph.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000455.pdf>

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé livre au public, avec ce premier rapport 2004, une synthèse générale, ainsi que quatre tomes thématiques sur les professions de santé en France. Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. Le tome 4 décrit, par canton, la démographie de cinq professions de premiers recours : médecins généralistes, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, et en propose des synthèses régionales.

Estryn, B., Le, N., Charton, P., et al. (2004). La situation des cadres de santé en France et comparaisons européennes : enquête Presst-Next (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'early exit study).

Ce fascicule publie, en version française, les résultats d'une enquête portant sur l'abandon prématuré de la profession de soignant menée auprès des personnels hospitaliers en Europe (Enquête PRESST - Promouvoir en Europe la santé et la satisfaction des soignants au travail, avec le volet français : NEXT - Nurses'exit study). Voulu et financé au départ par Saltsa (programme de recherche suédois de l'Institut national de la vie au travail), elle a reçu le soutien de la Communauté européenne en 2001. Réalisée dans dix pays et 61 établissements, auprès de 5 376 infirmiers, dont 480 cadres, cette enquête met en évidence le bilan des appréciations relatives à la fierté du métier et à la satisfaction du poste de travail, ainsi que la fréquence du souhait de quitter la profession. Ces appréciations sont traitées pour les différents grades et, pour les cadres, selon leur type d'institution. Le degré d'autonomie dans la pratique professionnelle, les craintes concernant le contenu du travail et la place du soutien du collectif de travail sont également développés. De plus, résultats et analyses portent sur les contraintes des horaires, des rythmes de travail et sur les caractéristiques de la charge physique. Autre analyse encore, celle de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, ainsi que la situation économique. Les répercussions de l'ensemble de ces facteurs sur l'état de santé physique et mental des cadres sont également présentées. Pour conclure, ces éléments sont analysés en lien avec le désir des cadres de quitter leur profession et l'existence d'un arrêt de travail de plus de cinq jours.

Lambert (2004). "Transfert de compétences : à la recherche du temps médical." BULLETIN DE L'ORDRE DES MEDECINS (2) : 8-12.

Pour compenser la baisse annoncée de la démographie médicale, le transfert de certains actes techniques à des paramédicaux permettrait de dégager un temps dédié à d'autres actes diagnostiques et thérapeutiques. La notion de transfert de compétences regroupe toutefois des situations très variées allant d'une simple coopération entre médecins et paramédicaux, à un réel transfert de tâches, en passant par une optimisation de l'organisation, par exemple à travers le fonctionnement d'un réseau de soins. Quelques expérimentations concernant diverses spécialités (cardiologie, néphrologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, médecine générale, transport sanitaire) ont déjà été retenues par les professionnels concernés à l'issue d'une rencontre, en décembre 2003, au ministère de la santé. Ce qui prouve que le transfert de compétences a toutes les chances de s'inscrire rapidement dans les pratiques. Il reste toutefois à démontrer qu'il profitera aux uns autant qu'aux autres.

Midy, F., Condinguy, S., Delamaire, M. L., et al. (2004). Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale : rapport 2004. Paris La Documentation française : 122, tab., graph.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=309740>

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé livre au public, avec ce premier rapport 2004, une synthèse générale, ainsi que quatre tomes thématiques sur les professions de santé en France. Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. Le tome 3 présente une analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières et manipulateurs d'électroradiologie médicale. Il fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

2003

Berland, Y. (2003). Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Paris Ministère chargé de la santé : 57.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf>

Le premier rapport du Pr. Yvon Berland, portant sur la démographie médicale, a été rendu en décembre dernier. Rendu public le 17 octobre, ce deuxième rapport est un rapport d'étape sur " les transferts des tâches et des compétences, notamment en vue d'une coopération accrue entre les professionnels de santé " que le Pr. Berland a présenté au ministre de la santé. Il s'agit, dans la perspective d'un risque de pénurie de médecins généralistes et surtout spécialistes, de mieux définir ce qui relève à proprement parler du rôle du médecin et ce qui, dans ses activités, pourrait être réalisé par un autre professionnel, médical ou paramédical. Le rapport intermédiaire comporte une analyse des nombreux transferts et délégations d'actes et de compétences existant déjà dans plusieurs pays, notamment anglo-saxons. Il fait également état de plusieurs expériences françaises au cours des dernières années. Il enregistre la volonté de plusieurs acteurs médicaux et paramédicaux d'organiser les conditions dans lesquelles de nouveaux transferts de compétences pourraient se produire à l'avenir. A cette fin, plusieurs équipes soignantes conduiront au cours des prochains mois des expérimentations de transferts de tâches et de compétences. Ces expérimentations feront l'objet d'évaluations rigoureuses, qui constitueront le rapport final de la mission. De la teneur de ces évaluations dépendra ensuite l'importance des transferts, qui pourront être institués en accord avec l'ensemble des partenaires professionnels et des responsables de formation. Ces transferts de compétences, associés à la hausse régulière du numerus clausus des professions de santé et aux différentes mesures visant à une meilleure répartition des professions de santé sur le territoire, compléteront la politique de régulation de l'offre de soins mise en œuvre par le Gouvernement, indique le ministre de la Santé.

Descours, C. (2003). Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Paris Ministère chargé de la santé : 40, ann.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000383.pdf>

Les perspectives démographiques des professionnels de santé font dès à présent apparaître un vieillissement et une diminution des effectifs avec, en filigrane, l'apparition de phénomènes de pénurie sur certains territoires, si aucune mesure n'était prise. Cette relative désertification, qui peut déjà être constatée notamment dans certaines zones rurales et périurbaines, s'inscrit dans une évolution plus générale de la société et de la place que les professionnels de santé y occupent. Ce rapport dresse d'abord un état des lieux de la répartition des professionnels de santé sur le territoire français, puis analyse les raisons de cette inégale répartition. Il propose ensuite une panoplie de mesures incitatives s'adaptant à la diversité des situations locales.

Kervasdoué, J. d. (2003). La crise des professions de santé, Paris : Dunod

L'insatisfaction grandissante des professions de santé s'accroît à l'évidence depuis trois ans. Pourtant la France ne dispose-t-elle pas, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, du meilleur système de santé du monde ? Cette crise constitue-t-elle l'expression habituelle d'un mouvement social ? Le revenu des professionnels a-t-il ou non baissé durant ces dernières années, et si oui, la composante financière suffit-elle, à elle seule, à expliquer le désarroi ? Pourquoi la crise perdure-t-elle alors que le gouvernement vient d'accorder d'importantes réductions de tarifs ? Autant de problématiques que traitent dans cet ouvrage économistes, juristes, politologues, sociologues soucieux d'analyser en profondeur les modifications des caractéristiques fondamentales du système de santé français. Mais cet ouvrage ne se limite pas à une mise à plat des symptômes et de leurs causes récentes et

anciennes. Il constitue aussi un outil de réflexion dessinant la vision d'un nouveau système de santé.

Matillon, Y. (2003). Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé : rapport de mission. Paris Ministère chargé de la santé : 94.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000226.pdf>

Ce rapport présente les résultats de la mission d'étude confiée en novembre 2002 au Professeur Yves Matillon sur les mécanismes d'évaluation de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé. Considéré comme le " père " de l'évaluation médicale en France, ce professeur en santé publique plaide pour une expérimentation rapide par l'Etat de l'évaluation des compétences professionnelles et ouvre la voie à la création de passerelles entre les professions paramédicales et médicales par la validation des acquis de l'expérience (VAE). Il propose d'abord une définition de la compétence qui " peut être validée par l'obtention d'un diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective, et un mécanisme de mise en œuvre de revue par les pairs réguliers, s'ils existent ". La compétence, dès lors qu'elle est évaluée, peut jouer un rôle déterminant dans au moins trois domaines : l'amélioration de la qualité du service rendu et de l'information des usagers ; la certification et le développement d'outils d'amélioration de leur pratique comme la FMC et l'évaluation des pratiques ; la régulation de la démographie médicale. Il ajoute à cette liste l'idée de partage et de redistribution des tâches entre les différents métiers de la santé : les fameux " transferts de compétences ". De l'examen des expériences étrangères et des initiatives françaises, il tire un certain nombre de leçons : le caractère " volontaire " des démarches d'évaluation des compétences, la " pluralité " des acteurs intervenant dans ces démarches, la nécessité de construire des dispositifs " simples ".

Mino et Lert (2003). "Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile." SCIENCES SOCIALES ET SANTE 21(1) : 35-64, 31 tabl.

La prise en charge médicale des mourants est caractérisée par le développement d'un modèle spécifique des soins en fin de vie ou modèle des soins palliatifs. Apparu il y a une trentaine d'années en Grande-Bretagne, il concerne maintenant la plupart des systèmes de santé des pays occidentaux. En France, sa diffusion se fait principalement par de petites équipes spécialisées regroupant médecins, infirmières, psychologues, voire assistantes sociales, chargés de dispenser conseils, formation et soutien aux professionnels et aux profanes. Cet article rend compte d'une recherche, financée en partie par la Fondation Electricité Santé et la Fondation de France et réalisée en 1998-1999, auprès de trois de ces équipes de soutien et conseil intervenant au domicile en région parisienne. Il décrit le travail invisible qu'elles y déploient au travers d'une typologie des pratiques situées dans leur contexte et leurs objectifs (d'après le résumé d'auteur). Cet article est suivi d'un commentaire de Guy Leber, sociologue au Centre de Sociologie de la santé à Bruxelles, qui s'intitule "Soins palliatifs : la recherche de l'" entre-deux "" (pp. 65-74).

2001

Vega (2001). Soignants/Soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers, De Boeck Université, Bruxelles

Cet ouvrage présente une mise en perspective concrète des principaux apports de l'anthropologie aux nouvelles "approches globales du patient" et aux "soins de nature relationnelle" infirmiers. Son originalité est de s'appuyer sur des enseignements réalisés avec

des professionnels de la santé et du social ainsi que des situations observées sur le terrain hospitalier. Comment cohabiter avec les autres, particulièrement à l'hôpital, reflet des tensions de la société (multiculturalité, exclusion...) lorsque le contact prolongé avec la mort, la souffrance, l'urgence accentue les émotions, les réactions de défense et les stéréotypes de part et d'autre ? L'ouvrage vise donc à sensibiliser les infirmières à la complexité de la culture, des cultures et des identités des soignés mais aussi des "biens portant" et des "soignants". Il s'adresse également à tous les professionnels de la santé désireux de réfléchir aux dimensions sociales et culturelles susceptibles d'apparaître en situation de soins et ainsi améliorer la qualité des relations entre soignants et soignés.

1998

Brocas, A. M., Cuvillier, N. et Deuxdeniers, M. L. (1998). Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes. Paris Ministère chargé de la santé : 18, ann.

Le présent rapport a été élaboré à l'issue de la concertation menée à la demande de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétaire d'Etat à la santé, avec les représentants des infirmières et infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes, des orthophonistes et des orthoptistes libéraux. Il envisage les orientations susceptibles de répondre aux difficultés rencontrées aujourd'hui par les professions paramédicales pour remplir leur mission tout en favorisant une prise en charge sanitaire de qualité. Les propositions qu'il présente à cette fin visent à préciser la place des paramédicaux dans le système de soins ambulatoire, à clarifier leur rôle vis-à-vis des médecins et à leur fournir les outils de régulation de l'exercice professionnel qui font aujourd'hui défaut.

ÉTUDES INTERNATIONALES

2019

Donnelly, C., Ashcroft, R., Mofina, A., et al. (2019). "Measuring the performance of interprofessional primary health care teams: understanding the teams perspective." *Prim Health Care Res Dev* **20**: e125.

AIM: The aim of the study was to describe practices that support collaboration in interprofessional primary health care teams, and identify performance indicators perceived to measure the impact of this collaboration from the perspective of interprofessional health providers. **BACKGROUND:** Despite the surge of interprofessional primary health care models implemented across Canada, there is little evidence as to whether or not the intended outcomes of primary health care teams have been achieved. Part of the challenge is determining the most appropriate measures that can demonstrate the value of collaborative care. To date, little remains known about performance measurement from the providers contributing to the collaborative care process in interprofessional primary care teams. Having providers from a range of disciplinary backgrounds assist in the development of performance measures can help identify measures most relevant to demonstrate the value of collaborative care on the intended outcomes of interprofessional primary care models. **METHODS:** A qualitative study; part of a larger mixed methods developmental evaluation to examine performance measurement in interprofessional primary health care teams. A stakeholder workshop was conducted at an annual association meeting of interprofessional primary health care teams in the province of Ontario, Canada. Six questions guided the

workshop groups and participant responses were documented on worksheets and flip charts. All responses were collected and entered verbatim into a word document. Qualitative analytic strategies were applied to each question. FINDINGS: A total of 283 primary health care providers from 14 health professions working in interprofessional primary health care teams participated. Top three elements of interprofessional collaboration (total n = 628) were communication (n = 146), co-treatment (n = 112) and patient-based conferences (n = 81). Top three performance indicators currently used to demonstrate the value of interprofessional collaboration (total n = 241) were patient experience (n = 71), patient health status (n = 35) and within team referrals (n = 30).

GAO (2019). Health care workforce: Views on Expanding Medicare Graduate Medical Education Funding to Nurse Practitioners and Physician Assistants. Washington GAO : 32.

<https://www.gao.gov/products/GAO-20-162>

Studies point to a physician shortage in the U.S., making it harder for people to get needed health care. Training more nurse practitioners and physician assistants could help people get care. Most federal funding to educate health care providers funds physician residencies through Medicare's graduate medical education program. Could that program be expanded to include nurse practitioners and physician assistants? According to stakeholders, there could be benefits and challenges. For example, the program would provide reliable funding from year to year. But stakeholders were also concerned about diverting resources from physician residencies.

Garrard, J. W., Cox, N. J., Dodds, R. M., et al. (2019). "Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review." *Aging Clin Exp Res*.

BACKGROUND: Comprehensive geriatric assessment (CGA) involves the multidimensional assessment and management of an older person. It is well described in hospital and home-based settings. A novel approach could be to perform CGA within primary healthcare, the initial community located healthcare setting for patients, improving accessibility to a co-located multidisciplinary team. AIM: To appraise the evidence on CGA implemented within the primary care practice. METHODS: The review followed PRISMA recommendations. Eligible studies reported CGA on persons aged ≥ 65 in a primary care practice. Studies focusing on a single condition were excluded. Searches were run in five databases; reference lists and publications were screened. Two researchers independently screened for eligibility and assessed study quality. All study outcomes were reviewed. RESULTS: The authors screened 9003 titles, 145 abstracts and 97 full texts. Four studies were included. Limited study bias was observed. Studies were heterogeneous in design and reported outcomes. CGAs were led by a geriatrician (n = 3) or nurse practitioner (n = 1), with varied length and extent of follow-up (12-48 months). Post-intervention hospital admission rates showed mixed results, with improved adherence to medication modifications. No improvement in survival or functional outcomes was observed. Interventions were widely accepted and potentially cost-effective. DISCUSSION: The four studies demonstrated that CGA was acceptable and provided variable outcome benefit. Further research is needed to identify the most effective strategy for implementing CGA in primary care. Particular questions include identification of patients suitable for CGA within primary care CGA, a consensus list of outcome measures, and the role of different healthcare professionals in delivering CG

Josi, R. et De Pietro, C. (2019). "Skill mix in Swiss primary care group practices - a nationwide online survey." *BMC Fam Pract* 20(1) : 39.

BACKGROUND: Increasing chronic conditions and multimorbidity is placing growing service pressures on health care, especially primary care services. This comes at a time when GP workforce shortages are starting to be felt across Switzerland, placing a threat on the sustainability of good access to primary care. By establishing multiprofessional teams in primary care, service capacity is increased and the pressures on the GP workforce can be alleviated. The roles of non-medical health professions in primary care are not established so far in Switzerland and the personnel composition of primary care group practices is not known. Therefore this study aims to provide insights into the current composition, educational background and autonomy of these new professional roles in primary care. **METHODS:** For this descriptive exploratory study a web-based online survey methodology was used. Group practices were defined as being a medical practice with any specialisation where at least three physicians work together in a team. Based on this restriction 240 eligible group practices were identified in Switzerland. The following four tertiary-level health professions were included in the study: nurses, physiotherapists, occupational therapists and dietitians. Additionally medical practice assistants with counselling competencies were included. **RESULTS:** A total of 102 practices answered the questionnaire which is equivalent to an answer rate of 43%. The sample included data from 17 cantons. 46.1% of the practices employed non-physician health professionals. Among the tertiary-level health professions, physiotherapists were the most frequent profession with a total of 78 physiotherapists over all group practices, followed by nurses (43), dietitians (34) and occupational therapists (3). In practices which employ those professionals their average number per practice was 3.4. 25.5% of the practices had health professionals employed with advanced roles and competencies. **CONCLUSION:** The results from this study demonstrate that while nearly 50% of group practices have established non-physician professionals, only 25% of practices integrate these professionals with advanced roles. Compared with other countries, there would appear to be significant scope to extent and broaden the uptake of non-physician professionals in primary care in Switzerland. Clear policy direction along with supporting regulation and financing arrangements are required.

Mirhoseiny, S., Geelvink, T., Martin, S., et al. (2019). "Does task delegation to non-physician health professionals improve quality of diabetes care? Results of a scoping review." *PLoS One* 14(10) : e0223159.

OBJECTIVE: As a result of unhealthy lifestyles, reduced numbers of healthcare providers are having to deal with an increasing number of diabetes patients. In light of this shortage of physicians and nursing staff, new concepts of care are needed. The aim of this scoping review is to review the literature and examine the effects of task delegation to non-physician health professionals, with a further emphasis on inter-professional care. **RESEARCH DESIGN AND METHODS:** Systematic searches were performed using the PubMed, Embase and Google Scholar databases to retrieve papers published between January 1994 and December 2017. Randomised/non-randomised controlled trials and studies with a before/after design that described the delegation of tasks from physicians to non-physicians in diabetes care were included in the search. This review is a subgroup analysis that further assesses all the studies conducted using a team-based approach. **RESULTS:** A total of 45 studies with 12,092 patients met the inclusion criteria. Most of the interventions were performed in an outpatient setting with type-2 diabetes mellitus patients. The non-physician healthcare professionals involved in the team were nurses, pharmacists, community health workers and dietitians. Most studies showed significant improvements in glycaemic control and high patient satisfaction, while there were no indications that the task delegation affected quality of life scores. **CONCLUSIONS:** The findings of the review suggest that task delegation can provide equivalent glycaemic control and potentially lead to an improvement in the quality of care.

However, this review revealed a lack of clinical endpoints, as well as an inconsistency

between the biochemical outcome parameters and the patient-centred outcome parameters. Given the vast differences between the individual healthcare systems used around the world, further high-quality research with an emphasis on long-term outcome effects and the expertise of non-physicians is needed.

Nelson, P. A., Bradley, F., Martindale, A. M., et al. (2019). "Skill-mix change in general practice: a qualitative comparison of three 'new' non-medical roles in English primary care." *Br J Gen Pract* 69(684) : e489-e498.

BACKGROUND: General practice is currently facing a significant workforce challenge. Changing the general practice skill mix by introducing new non-medical roles is recommended as one solution; the literature highlights that organisational and/or operational difficulties are associated with skill-mix changes. **AIM:** To compare how three non-medical roles were being established in general practice, understand common implementation barriers, and identify measurable impacts or unintended consequences. **DESIGN AND SETTING:** In-depth qualitative comparison of three role initiatives in general practices in one area of Greater Manchester, England; that is, advanced practitioner and physician associate training schemes, and a locally commissioned practice pharmacist service. **METHOD:** Semi-structured interviews and focus groups with a purposive sample of stakeholders involved in the implementation of each role initiative were conducted. Template analysis enabled the production of pre-determined and researcher-generated codes, categories, and themes. **RESULTS:** The final sample contained 38 stakeholders comprising training/service leads, role holders, and host practice staff. Three key themes captured participants' perspectives: purpose and place of new roles in general practice, involving unclear role definition and tension at professional boundaries; transition of new roles into general practice, involving risk management, closing training-practice gaps and managing expectations; and future of new roles in general practice, involving demonstrating impact and questions about sustainability. **CONCLUSION:** This in-depth, in-context comparative study highlights that introducing new roles to general practice is not a simple process. Recognition of factors affecting the assimilation of roles may help to better align them with the goals of general practice and harness the commitment of individual practices to enable role sustainability.

Peltonen, J., Leino-Kilpi, H., Heikkilä, H., et al. (2019). "Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare - a scoping review." *J Interprof Care* : 1-15.

Worldwide there is growing understanding of the importance of interprofessional collaboration in providing well-functioning healthcare. However, little is known about how interprofessional collaboration can be measured between different health-care professionals. In this review, we aim to fill this gap, by identifying and analyzing the existing instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare. A scoping review design was applied. A systematic literature search of two electronic databases, Medline (PubMed) and CINAHL, was conducted in 03/2018. The search yielded 1020 studies, of which 35 were selected for the review. The data were analyzed by content analysis. In total, 29 instruments measuring interprofessional collaboration were found. Interprofessional collaboration was measured predominantly between nurses and physicians with different instruments in various health-care settings. Psychometric testing was unsystematic, focusing predominantly on construct and content validity and internal consistency, thus further validation studies with comprehensive testing are suggested. The results of this review can be used to select instruments measuring interprofessional collaboration in practice or research. Future research is needed to strengthen the evidence of reliability and validity of these instruments.

Socha-Dietrich, K. et Lafortune, G. (2019). Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students, Paris : OCDE
<https://www.oecd.org/health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students-5571ef48-en.htm>

This report describes recent trends in the international migration of doctors and nurses in OECD countries. Over the past decade, the number of doctors and nurses has increased in many OECD countries, and foreign-born and foreign-trained doctors and nurses have contributed to a significant extent. New in-depth analysis of the internationalisation of medical education shows that in some countries (e.g. Israel, Norway, Sweden and the United States) a large and growing number of foreign-trained doctors are people born in these countries who obtained their first medical degree abroad before coming back. The report includes four case studies on the internationalisation of medical education in Europe (France, Ireland, Poland and Romania) as well as a case study on the integration of foreign-trained doctors in Canada.

Vaartio-Rajalin, H. et Fagerstrom, L. (2019). "Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionalism and effectiveness? A scoping review." Health Soc Care Community 27(4) : e270-e288.

The aim of this scoping review was to describe the state of knowledge on professional care at home with regard to different perspectives on patient-centredness, content of care, interprofessional collaboration, competence framework and effectiveness. A scoping review, n = 35 papers, from four databases (EBSCO, CINAHL, Medline, Swemed) were reviewed between May and August 2018 using the terms: hospital-at-home, hospital-in-the-home, advanced home healthcare, hospital-based home care or patient-centered medical home. Criteria for inclusion in this review included full text papers, published between 2001 and 2018, in English, Swedish or Finnish. A descriptive content analysis was conducted. Patient-centredness appears to be one aim of professional care at home, but clarity is lacking regarding patient recruitment and the planning and evaluation of care. Content depends, to a certain degree, on the type of care at home and how it is organised: the more non-acute care needs, the more nurse-coordinated care and family involvement and the less interprofessionalism. The competence framework presupposed for care at home was extensive yet not explicit, varying from maturity, clinical experience, collaboration skills, ongoing clinical assessment education to Master's studies or degree. The effectiveness of care at home services was discussed in terms of experiential, clinical and economic aspects. Patients and their family caregivers were satisfied with care at home, but there was no consensus on clinical or economic outcomes compared with inpatient care. In the context of professional care at home, there is still a lot to do regarding patient-centredness, patient recruitment, patient and care staff education, the organisation of interprofessional collaboration and the analysis of effectiveness.

2018

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., et al. (2018). "Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research." Int J Nurs Stud 79 : 70-83.

BACKGROUND: Interprofessional and interorganizational collaboration have become important components of a well-functioning healthcare system, all the more so given limited financial resources, aging populations, and comorbid chronic diseases. The nursing role in

working alongside other healthcare professionals is critical. By their leadership, nurses can create a culture that encourages values and role models that favour collaborative work within a team context. OBJECTIVES: To clarify the specific features of conceptual frameworks of interprofessional and interorganizational collaboration in the healthcare field. This review, accordingly, offers insights into the key challenges facing policymakers, managers, healthcare professionals, and nurse leaders in planning, implementing, or evaluating interprofessional collaboration. DESIGN: This systematic review of qualitative research is based on the Joanna Briggs Institute's methodology for conducting synthesis. DATA SOURCES: Cochrane, JBI, CINAHL, Embase, Medline, Scopus, Academic Search Premier, Sociological Abstract, PsycInfo, and ProQuest were searched, using terms such as professionals, organizations, collaboration, and frameworks. METHODS: Qualitative studies of all research design types describing a conceptual framework of interprofessional or interorganizational collaboration in the healthcare field were included. They had to be written in French or English and published in the ten years between 2004 and 2014. RESULTS: Sixteen qualitative articles were included in the synthesis. Several concepts were found to be common to interprofessional and interorganizational collaboration, such as communication, trust, respect, mutual acquaintanceship, power, patient-centredness, task characteristics, and environment. Other concepts are of particular importance either to interorganizational collaboration, such as the need for formalization and the need for professional role clarification, or to interprofessional collaboration, such as the role of individuals and team identity. Promoting interorganizational collaboration was found to face greater challenges, such as achieving a sense of belonging among professionals when differences exist between corporate cultures, geographical distance, the multitude of processes, and formal paths of communication. CONCLUSIONS: This review sets a direction to follow for implementing changes that meet the challenge of a changing healthcare system and the transition towards non-institutional care. It also shows that collaboration between nurses and healthcare professionals from different healthcare organizations is still poorly explored. This is a major limitation in the existing scientific literature, especially given the potential role that could be played by nurses in enhancing interorganizational collaboration.

Koopmans, L., Damen, N. et Wagner, C. (2018). "Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study." *BMC Health Serv Res* 18 (1) : 988.

OBJECTIVES: Many European countries face challenges in long-term care for older people, such as the growing number of older people requiring care, the increasing complexity of their health care problems, and a decreasing workforce that is inadequately prepared. Optimizing the staff and skill mix of health care teams may offer part of the solution for these challenges. The aim of this study was to obtain insight into the development of teams in terms of staff and skill mix, and the influence of staff and skill mix on quality of care, quality of life, and job satisfaction. METHODS: Seven teams in elderly care in the Netherlands participated in this exploratory case study. From April 2013 to January 2015, a researcher followed the development of the teams, performed observations at the workplace and held interviews with team members, team captains, and (representatives of) clients. Data-analyses were carried out in MAXQDA 11, by coding interviews and analyzing themes. RESULTS: During the project, almost all teams became more diverse in terms of staff and skill mix. In general, there was a trend towards adding (more) higher-qualified health care workers (e.g. nurse) to the team, increasing communication with other disciplines, and enhancing skills of lower-qualified team members. A more diverse staff and skill mix had a positive effect on quality of care and quality of life of clients, and on job satisfaction, but only under certain contextual conditions. Important contextual conditions for successful functioning of a diverse team were a shared view of care by all team members, good

communication, autonomy for professionals, and a safe team culture. CONCLUSION: A more diverse staff and skill mix, in combination with positive contextual conditions, can result in improved quality of care, quality of life, and job satisfaction. However, a "one size fits all" blueprint for the optimal staff and skill mix, that suits each team and organization, does not exist. This depends on the context, and should be based on the needs of the clients and possible future changes in these needs.

Laude, A. et Tabuteau, D. (2018). Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé, Paris : IDS

<https://www.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>

Cette étude rassemble des éléments comparés sur les professions de santé dans les pays de l'Union européenne. Afin de parvenir à cerner cette notion de "professions de santé", il convient dans un premier temps de s'intéresser à la manière dont la définition est abordée - ou n'est pas abordée - par le droit des différents États en Europe, le droit de l'Union européenne - le droit international ne définissant pas précisément cette notion. À partir de ce constat selon lequel une telle définition n'existe pas, les professions de santé doivent être étudiées sous l'angle de trois éléments dont il faut tenir compte pour délimiter la profession : la qualification, les compétences, puis les missions du système de santé.

Saint-Pierre, C., Herskovic, V. et Sepulveda, M. (2018). "Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review." Fam Pract 35(2) : 132-141.

Background: Several studies have discussed the benefits of multidisciplinary collaboration in primary care. However, what remains unclear is how collaboration is undertaken in a multidisciplinary manner in concrete terms. Objective: To identify how multidisciplinary teams in primary care collaborate, in regards to the professionals involved in the teams and the collaborative activities that take place, and determine whether these characteristics and practices are present across disciplines and whether collaboration affects clinical outcomes. Methods: A systematic literature review of past research, using the MEDLINE, ScienceDirect and Web of Science databases. Results: Four types of team composition were identified: specialized teams, highly multidisciplinary teams, doctor-nurse-pharmacist triad and physician-nurse centred teams. Four types of collaboration within teams were identified: co-located collaboration, non-hierarchical collaboration, collaboration through shared consultations and collaboration via referral and counter-referral. Two combinations were commonly repeated: non-hierarchical collaboration in highly multidisciplinary teams and co-located collaboration in specialist teams. Fifty-two per cent of articles reported positive results when comparing collaboration against the non-collaborative alternative, whereas 16% showed no difference and 32% did not present a comparison. Conclusion: Overall, collaboration was found to be positive or neutral in every study that compared collaboration with a non-collaborative alternative. A collaboration typology based on objective measures was devised, in contrast to typologies that involve interviews, perception-based questionnaires and other subjective instruments.

2017

Bridges, J., Lucas, G., Wiseman, T., et al. (2017). "Workforce characteristics and interventions associated with high-quality care and support to older people with cancer: a systematic review." Bmj Open 7(7) : e016127.

OBJECTIVES: To provide an overview of the evidence base on the effectiveness of workforce interventions for improving the outcomes for older people with cancer, as well as analysing key features of the workforce associated with those improvements. **DESIGN:** Systematic review. **METHODS:** Relevant databases were searched for primary research, published in English, reporting on older people and cancer and the outcomes of interventions to improve workforce knowledge, attitudes or skills; involving a change in workforce composition and/or skill mix; and/or requiring significant workforce reconfiguration or new roles. Studies were also sought on associations between the composition and characteristics of the cancer care workforce and older people's outcomes. A narrative synthesis was conducted and supported by tabulation of key study data. **RESULTS:** Studies (n=24) included 4555 patients aged 60+ from targeted cancer screening to end of life care. Interventions were diverse and two-thirds of the studies were assessed as low quality. Only two studies directly targeted workforce knowledge and skills and only two studies addressed the nature of workforce features related to improved outcomes. Interventions focused on discrete groups of older people with specific needs offering guidance or psychological support were more effective than those broadly targeting survival outcomes. Advanced Practice Nursing roles, voluntary support roles and the involvement of geriatric teams provided some evidence of effectiveness. **CONCLUSIONS:** An array of workforce interventions focus on improving outcomes for older people with cancer but these are diverse and thinly spread across the cancer journey. Higher quality and larger scale research that focuses on workforce features is now needed to guide developments in this field, and review findings indicate that interventions targeted at specific subgroups of older people with complex needs, and that involve input from advanced practice nurses, geriatric teams and trained volunteers appear most promising.

Flodgren, G., Bidonde, J. et Berg, R. C. (2017). NIPH Systematic Reviews: Executive Summaries. Impact of a High Proportion of Unskilled Personnel on Quality of Care and Patient Safety in the Healthcare Services: A Systematic Review. Oslo, Norway, Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH)

Copyright (c) 2017 by The Norwegian Institute of Public Health (NIPH).

In Norway around 25% of personnel working in the municipal health and care services lack a relevant health-related education (i.e. are unskilled), while at the same time the care need of patients in the community is increasing. We know little about how this affects the quality of services and the safety of patients. In addition, we know little about the consequences of changes in skill mix, e.g. when higher qualified personnel are replaced with personnel with lower qualifications. With skill mix we mean the composition of the various categories of nursing staff providing direct patient care. With the aim to summarise the evidence in the field in a systematic review, we searched for studies that evaluate the effects on quality of care and patient safety of a high proportion of unskilled personnel working directly with patients and the effects of changes in skill mix. We found no studies that evaluated the impact on quality of care and patient safety of a high proportion of unskilled personnel working in direct patient care. Nor did we find any eligible studies that evaluated the impact on quality of care and patient safety of a change in skill mix. This review highlights the lack of high quality evidence from studies with robust study designs, on this important and current research topic.

O'Reilly, P., Lee, S. H., O'Sullivan, M., et al. (2017). "Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review." PLoS One 12(5): e0177026.

BACKGROUND: Interdisciplinary team working is of paramount importance in the reform of primary care in order to provide cost-effective and comprehensive care. However,

international research shows that it is not routine practice in many healthcare jurisdictions. It is imperative to understand levers and barriers to the implementation process. This review examines interdisciplinary team working in practice, in primary care, from the perspective of service providers and analyses 1 barriers and facilitators to implementation of interdisciplinary teams in primary care and 2 the main research gaps. METHODS AND FINDINGS: An integrative review following the PRISMA guidelines was conducted. Following a search of 10 international databases, 8,827 titles were screened for relevance and 49 met the criteria. Quality of evidence was appraised using predetermined criteria. Data were analysed following the principles of framework analysis using Normalisation Process Theory (NPT), which has four constructs: sense making, enrolment, enactment, and appraisal. The literature is dominated by a focus on interdisciplinary working between physicians and nurses. There is a dearth of evidence about all NPT constructs apart from enactment. Physicians play a key role in encouraging the enrolment of others in primary care team working and in enabling effective divisions of labour in the team. The experience of interdisciplinary working emerged as a lever for its implementation, particularly where communication and respect were strong between professionals. CONCLUSION: A key lever for interdisciplinary team working in primary care is to get professionals working together and to learn from each other in practice. However, the evidence base is limited as it does not reflect the experiences of all primary care professionals and it is primarily about the enactment of team working. We need to know much more about the experiences of the full network of primary care professionals regarding all aspects of implementation work. SYSTEMATIC REVIEW REGISTRATION: International Prospective Register of Systematic Reviews PROSPERO 2015: CRD42015019362.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., et al. (2017). "Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes." Cochrane Database Syst Rev 6 : Cd000072.

BACKGROUND: Poor interprofessional collaboration (IPC) can adversely affect the delivery of health services and patient care. Interventions that address IPC problems have the potential to improve professional practice and healthcare outcomes. OBJECTIVES: To assess the impact of practice-based interventions designed to improve interprofessional collaboration (IPC) amongst health and social care professionals, compared to usual care or to an alternative intervention, on at least one of the following primary outcomes: patient health outcomes, clinical process or efficiency outcomes or secondary outcomes (collaborative behaviour). SEARCH METHODS: We searched CENTRAL (2015, issue 11), MEDLINE, CINAHL, ClinicalTrials.gov and WHO International Clinical Trials Registry Platform to November 2015. We handsearched relevant interprofessional journals to November 2015, and reviewed the reference lists of the included studies. SELECTION CRITERIA: We included randomised trials of practice-based IPC interventions involving health and social care professionals compared to usual care or to an alternative intervention. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently assessed the eligibility of each potentially relevant study. We extracted data from the included studies and assessed the risk of bias of each study. We were unable to perform a meta-analysis of study outcomes, given the small number of included studies and their heterogeneity in clinical settings, interventions and outcomes. Consequently, we summarised the study data and presented the results in a narrative format to report study methods, outcomes, impact and certainty of the evidence. MAIN RESULTS: We included nine studies in total (6540 participants); six cluster-randomised trials and three individual randomised trials (1 study randomised clinicians, 1 randomised patients, and 1 randomised clinicians and patients). All studies were conducted in high-income countries (Australia, Belgium, Sweden, UK and USA) across primary, secondary, tertiary and community care settings and had a follow-up of up to 12 months. Eight studies compared an IPC intervention with usual care and evaluated the effects of different practice-based IPC

interventions: externally facilitated interprofessional activities (e.g. team action planning; 4 studies), interprofessional rounds (2 studies), interprofessional meetings (1 study), and interprofessional checklists (1 study). One study compared one type of interprofessional meeting with another type of interprofessional meeting. We assessed four studies to be at high risk of attrition bias and an equal number of studies to be at high risk of detection bias. For studies comparing an IPC intervention with usual care, functional status in stroke patients may be slightly improved by externally facilitated interprofessional activities (1 study, 464 participants, low-certainty evidence). We are uncertain whether patient-assessed quality of care (1 study, 1185 participants), continuity of care (1 study, 464 participants) or collaborative working (4 studies, 1936 participants) are improved by externally facilitated interprofessional activities, as we graded the evidence as very low-certainty for these outcomes. Healthcare professionals' adherence to recommended practices may be slightly improved with externally facilitated interprofessional activities or interprofessional meetings (3 studies, 2576 participants, low certainty evidence). The use of healthcare resources may be slightly improved by externally facilitated interprofessional activities, interprofessional checklists and rounds (4 studies, 1679 participants, low-certainty evidence). None of the included studies reported on patient mortality, morbidity or complication rates. Compared to multidisciplinary audio conferencing, multidisciplinary video conferencing may reduce the average length of treatment and may reduce the number of multidisciplinary conferences needed per patient and the patient length of stay. There was little or no difference between these interventions in the number of communications between health professionals (1 study, 100 participants; low-certainty evidence). **AUTHORS' CONCLUSIONS:** Given that the certainty of evidence from the included studies was judged to be low to very low, there is not sufficient evidence to draw clear conclusions on the effects of IPC interventions. Nevertheless, due to the difficulties health professionals encounter when collaborating in clinical practice, it is encouraging that research on the number of interventions to improve IPC has increased since this review was last updated. While this field is developing, further rigorous, mixed-method studies are required. Future studies should focus on longer acclimatisation periods before evaluating newly implemented IPC interventions, and use longer follow-up to generate a more informed understanding of the effects of IPC on clinical practice.

Riisgaard, H., Sondergaard, J., Munch, M., et al. (2017). "Associations between degrees of task delegation and job satisfaction of general practitioners and their staff: a cross-sectional study." BMC Health Serv Res 17(1) : 44.

BACKGROUND: In recent years, the healthcare system in the western world has undergone a structural development caused by changes in demography and pattern of disease. In order to maintain the healthcare system cost-effective, new tasks are placed in general practice urging the general practitioners to rethink the working structure without compromising the quality of care. However, there is a substantial variation in the degree to which general practitioners delegate tasks to their staff, and it is not known how these various degrees of task delegation influence the job satisfaction of general practitioners and their staff. **METHODS:** We performed a cross-sectional study based on two electronic questionnaires, one for general practitioners and one for their staff. Both questionnaires were divided into two parts, a part exploring the degree of task delegation regarding management of patients with chronic obstructive pulmonary disease in general practice and a part concerning the general job satisfaction and motivation to work. **RESULTS:** We found a significant association between perceived "maximal degree" of task delegation in management of patients with chronic obstructive pulmonary disease and the staff's overall job satisfaction. The odds ratio of the staff's satisfaction with the working environment displayed a tendency that there is also an association with "maximal degree" of task delegation. In the analysis of the general practitioners, the odds ratios of the results indicate that there is a tendency that "maximal

degree" of task delegation is associated with overall job satisfaction, satisfaction with the challenges in work, and satisfaction with the working environment. CONCLUSIONS: We conclude that a high degree of task delegation is significantly associated with overall job satisfaction of the staff, and that there is a tendency that a high degree of task delegation is associated with the general practitioners' and the staff's satisfaction with the working environment as well as with general practitioners' overall job satisfaction and satisfaction with challenges in work. To qualify future delegation processes within general practice, further research could explore the reasons for our findings.

Riisgaard, H., Sondergaard, J., Munch, M., et al. (2017). "Work motivation, task delegation and job satisfaction of general practice staff: a cross-sectional study." *Fam Pract* 34(2) : 188-193.

Background: Recent research has shown that a high degree of task delegation is associated with the practise staff's overall job satisfaction, and this association is important to explore since job satisfaction is related to medical as well as patient-perceived quality of care. Objectives: This study aimed: (1) to investigate associations between degrees of task delegation in the management of chronic disease in general practice, with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) as a case and the staff's work motivation, (2) to investigate associations between the work motivation of the staff and their job satisfaction. Methods: The study was based on a questionnaire to which 621 members of the practice staff responded. The questionnaire consisted of a part concerning degree of task delegation in the management of COPD in their respective practice and another part being about their job satisfaction and motivation to work. Results: In the first analysis, we found that 'maximal degree' of task delegation was significantly associated with the staff perceiving themselves to have a large degree of variation in tasks, odds ratio (OR) = 4.26, confidence interval (CI) = 1.09, 16.62. In the second analysis, we found that this perceived large degree of variation in tasks was significantly associated with their overall job satisfaction, OR = 2.81, confidence interval = 1.71, 4.61. Conclusion: The results suggest that general practitioners could delegate highly complex tasks in the management of COPD to their staff without influencing the staff's work motivation, and thereby their job satisfaction, negatively, as long as they ensure sufficient variation in the tasks.

Sabot, K., Wickremasinghe, D., Blanchet, K., et al. (2017). "Use of social network analysis methods to study professional advice and performance among healthcare providers: a systematic review." *Syst Rev* 6(1) : 208.

BACKGROUND: Social network analysis quantifies and visualizes relationships between and among individuals or organizations. Applications in the health sector remain underutilized. This systematic review seeks to analyze what social network methods have been used to study professional communication and performance among healthcare providers. METHODS: Ten databases were searched from 1990 through April 2016, yielding 5970 articles screened for inclusion by two independent reviewers who extracted data and critically appraised each study. Inclusion criteria were study of health care worker professional communication, network methods used, and patient outcomes measured. The search identified 10 systematic reviews. The final set of articles had their citations prospectively and retrospectively screened. We used narrative synthesis to summarize the findings. RESULTS: The six articles meeting our inclusion criteria described unique health sectors: one at primary healthcare level and five at tertiary level; five conducted in the USA, one in Australia. Four studies looked at multidisciplinary healthcare workers, while two focused on nurses. Two studies used mixed methods, four quantitative methods only, and one involved an experimental design. Four administered network surveys, one coded observations, and one used an existing survey to extract network data. Density and centrality were the most common

network metrics although one study did not calculate any network properties and only visualized the network. Four studies involved tests of significance, and two used modeling methods. Social network analysis software preferences were evenly split between ORA and UCINET. All articles meeting our criteria were published in the past 5 years, suggesting that this remains in clinical care a nascent but emergent research area. There was marked diversity across all six studies in terms of research questions, health sector area, patient outcomes, and network analysis methods. CONCLUSION: Network methods are underutilized for the purposes of understanding professional communication and performance among healthcare providers. The paucity of articles meeting our search criteria, lack of studies in middle- and low-income contexts, limited number in non-tertiary settings, and few longitudinal, experimental designs, or network interventions present clear research gaps. SYSTEMATIC REVIEW REGISTRATION: PROSPERO CRD42015019328.

Sangaleti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., et al. (2017). "Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review." JBIR Database System Rev Implement Rep 15(11) : 2723-2788.

BACKGROUND: During the last decade, teamwork has been addressed under the rationale of interprofessional practice or collaboration, highlighted by the attributes of this practice such as: interdependence of professional actions, focus on user needs, negotiation between professionals, shared decision making, mutual respect and trust among professionals, and acknowledgment of the role and work of the different professional groups. Teamwork and interprofessional collaboration have been pointed out as a strategy for effective organization of health care services as the complexity of healthcare requires integration of knowledge and practices from different professional groups. This integration has a qualitative dimension that can be identified through the experiences of health professionals and to the meaning they give to teamwork. OBJECTIVE: The objective of this systematic review was to synthesize the best available evidence on the experiences of health professionals regarding teamwork and interprofessional collaboration in primary health care settings. INCLUSION CRITERIA TYPES OF PARTICIPANTS: The populations included were all officially regulated health professionals that work in primary health settings: dentistry, medicine, midwifery, nursing, nutrition, occupational therapy, pharmacy, physical education, physiotherapy, psychology, social work and speech therapy. In addition to these professionals, community health workers, nursing assistants, licensed practical nurses and other allied health workers were also included. PHENOMENA OF INTEREST: The phenomena of interest were experiences of health professionals regarding teamwork and interprofessional collaboration in primary health care settings. CONTEXT: The context was primary health care settings that included health care centers, health maintenance organizations, integrative medicine practices, integrative health care, family practices, primary care organizations and family medical clinics. National health surgery as a setting was excluded. TYPES OF STUDIES: The qualitative component of the review considered studies that focused on qualitative data including designs such as phenomenology, grounded theory, ethnography, action research and feminist research. SEARCH STRATEGY: A three-step search strategy was utilized. Ten databases were searched for papers published from 1980 to June 2015. Studies published in English, Portuguese and Spanish were considered. METHODOLOGICAL QUALITY: Methodological quality was assessed using the Qualitative Assessment and Review Instrument developed by the Joanna Briggs Institute. All included studies received a score of at least 70% the questions in the instrument, 11 studies did not address the influence of the researcher on the research or vice-versa, and six studies did not present a statement locating the researcher culturally or theoretically. DATA EXTRACTION: Qualitative findings were extracted using the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument.

DATA SYNTHESIS: Qualitative research findings were pooled using a pragmatic meta-

aggregative approach and the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument software. RESULTS: This review included 21 research studies, representing various countries and healthcare settings. There were 223 findings, which were aggregated into 15 categories, and three synthesized findings: CONCLUSIONS: This review shows that health professionals experience teamwork and interprofessional collaboration as a process in primary health care settings; its conditions, consequences (benefits and barriers), and finally shows its determinants. Health providers face enormous ideological, organizational, structural and relational challenges while promoting teamwork and interprofessional collaboration in primary health care settings. This review has identified possible actions that could improve implementation of teamwork and interprofessional collaboration in primary health care.

Santschi, Germanier, Tischhauser, et al. (2017). "Efficacité de l'interprofessionnalité : des preuves, un défi.; Efficacy of interprofessionality : evidence and challenges." REVUE MEDICALE SUISSE 13(562) : 1007-1011

Parmi les mesures évoquées pour faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation attendue des maladies chroniques, de meilleurs partage et emploi des compétences entre les différents professionnels de santé sont souvent évoqués. Cet article est le compte rendu d'un colloque sur l'interprofessionnalité qui a eu lieu en Valais. Ont été présentées des revues de la littérature sur l'interprofessionnalité, mettant l'accent sur les preuves de l'efficacité d'une interaction entre médecins, infirmiers, pharmaciens et physiothérapeutes. Une analyse critique des différentes formes de coordination des soins en médecine de famille montre l'efficacité de ces approches. Il est toutefois nécessaire de les tester en Suisse. (R.A.).

Schmitz, C., Atzeni, G. et Berchtold, P. (2017). "Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals." Swiss Med Wkly 147 : w14525.

The topic of interprofessional collaboration (IPC) between healthcare professionals has been widely discussed in recent years. Whereas the growing calls for more and better IPC can scarcely be ignored and a broad range of definitions and normative concepts have been proposed, it remains unclear what IPC actually means for practising professionals. This exploratory survey investigated the various ways in which successful IPC is understood in practice. As a main finding of the study, we were able to identify three distinct modes of collaboration between different professions in health care. Moreover, we provide evidence that whether and how IPC occurs strongly depends on the care contexts or settings in which these health professionals work. Explicit acknowledgement of and attention to these findings could improve the impact of initiatives to foster IPC.

Tacchi, P. (2017). "Development of a skill mix and study planning tool for research teams." Nurs Manag (Harrow) 23(9) : 19-28.

There are various tools available in acute and primary care settings to support decision making about safe-staffing levels. Calculating safe staffing levels is about more than just the number of people on duty. It must reflect skill mix and tasks, and this is more complex outside traditional nursing roles. It is essential that research nurses, who work in multidisciplinary teams collecting the evidence that underpins safe and effective healthcare, are equipped to practise safely, but staffing level tools do not take their unique roles into account. This article describes University Hospitals Bristol Research Work Plan Tool (BRIS-TOOL), developed to enable research managers to identify skill mix in their teams and

support effective study planning. It also discusses how the tool accurately reflects research teams' productivity. Finally, the article suggests that the tool can be used to profile research posts, illustrate the breadth of work undertaken in these posts, inform study design and help clinical colleagues to understand research roles better.

2016

de Bont, A., van Exel, J., Coretti, S., et al. (2016). "Reconfiguring health workforce: a case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe." BMC Health Serv Res 16(1) : 637.

BACKGROUND: Over the past decade the healthcare workforce has diversified in several directions with formalised roles for health care assistants, specialised roles for nurses and technicians, advanced roles for physician associates and nurse practitioners and new professions for new services, such as case managers. Hence the composition of health care teams has become increasingly diverse. The exact extent of this diversity is unknown across the different countries of Europe, as are the drivers of this change. The research questions guiding this study were: What extended professional roles are emerging on health care teams? How are extended professional roles created? What main drivers explain the observed differences, if any, in extended roles in and between countries? **METHODS:** We performed a case-based comparison of the extended roles in care pathways for breast cancer, heart disease and type 2 diabetes. We conducted 16 case studies in eight European countries, including in total 160 interviews with physicians, nurses and other health care professionals in new roles and 600+ hours of observation in health care clinics. **RESULTS:** The results show a relatively diverse composition of roles in the three care pathways. We identified specialised roles for physicians, extended roles for nurses and technicians, and independent roles for advanced nurse practitioners and physician associates. The development of extended roles depends upon the willingness of physicians to delegate tasks, developments in medical technology and service (re)design. Academic training and setting a formal scope of practice for new roles have less impact upon the development of new roles. While specialised roles focus particularly on a well-specified technical or clinical domain, the generic roles concentrate on organising and integrating care and cure. **CONCLUSION:** There are considerable differences in the number and kind of extended roles between both countries and care pathways. The main drivers for new roles reside in the technological development of medical treatment and the need for more generic competencies. Extended roles develop in two directions: 1) specialised roles and 2) generic roles.

Mergenthal, K., Beyer, M., Gerlach, F. M., et al. (2016). "Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany." PLoS One 11(6) : e0157248.

BACKGROUND: Expected growth in the demand for health services has generated interest in the more effective deployment of health care assistants. Programs encouraging German general practitioners (GPs) to share responsibility for care with specially qualified health care assistants in the family practice (VERAHs) have existed for several years. But no studies have been conducted on the tasks German GPs are willing to rely on specially qualified personnel to perform, what they are prepared to delegate to all non-physician practice staff and what they prefer to do themselves. **METHODS:** As part of an evaluation study on the deployment of VERAHs in GP-centered health care, we used a questionnaire to ask about task delegation within the practice team. From a list of tasks that VERAHs are specifically trained to carry out, GPs were asked to indicate which they actually delegate. We also asked GPs why they had employed a VERAH in their practice and for their opinions on the benefits and limitations of

assigning tasks to VERAHs. The aim of the study was to find out which tasks GPs delegate to their specially qualified personnel, which they permit all HCAs to carry out, and which tasks they do not delegate at all. RESULTS: The survey was filled in and returned by 245 GPs (83%). Some tasks were exclusively delegated to VERAHs (e.g. home visits), while others were delegated to all HCAs (e.g. vaccinations). About half the GPs rated the assessment of mental health, as part of the comprehensive assessment of a patient's condition, as the sole responsibility of a GP. The possibility to delegate more complex tasks was the main reason given for employing a VERAH. Doctors said the delegation of home visits provided them with the greatest relief. CONCLUSIONS: In Germany, where GPs are solely accountable for the health care provided in their practices, experience with the transfer of responsibility to other non-physician health care personnel is still very limited. When HCAs have undergone special training, GPs seem to be prepared to delegate tasks that demand a substantial degree of know-how, such as home visits and case management. This "new" role allocation within the practice may signal a shift in the provision of health care by family practice teams in Germany.

OCDE (2016). Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places, Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/fr/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm>

Health workers are the cornerstone of health systems, playing a central role in providing health services to the population and improving health outcomes. The demand and supply of health workers have increased over time in all OECD countries, with jobs in the health and social sector accounting for more than 10% of total employment now in several OECD countries. This publication reviews key trends and policy priorities on health workforce across OECD countries, with a particular focus on doctors and nurses given the preeminent role that they have traditionally played in health service delivery.

Riisgaard, H., Nexoe, J., Le, J. V., et al. (2016). "Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review." BMC Fam Pract 17(1) : 168.

BACKGROUND: It has for years been discussed whether practice staff should be involved in patient care in general practice to a higher extent. The research concerning task delegation within general practice is generally increasing, but the literature focusing on its influence on general practitioners' and their staff's job satisfaction appears to be sparse even though job satisfaction is acknowledged as an important factor associated with both patient satisfaction and medical quality of care. Therefore, the overall aim of this study was 1) to review the current research on the relation between task delegation and general practitioners' and their staff's job satisfaction and, additionally, 2) to review the evidence of possible explanations for this relation. METHODS: A systematic literature review. We searched the four databases PubMed, Cinahl, Embase, and Scopus systematically. The immediate relevance of the retrieved articles was evaluated by title and abstract by the first author, and papers that seemed to meet the aim of the review were then fully read by first author and last author independently judging the eligibility of content. RESULTS: We included four studies in the review. They explored views and attitudes of the staff, encompassing nurses as well as practice managers. Only one of the included studies also explored general practitioners' views and attitudes, hence making it impossible to establish any syntheses on this relation. According to the studies, the staff's overall attitude towards task delegation was positive and led to increased job satisfaction, probably because task delegation comprised a high degree of work autonomy. CONCLUSIONS: The few studies included in our review suggest that task delegation within general practice may be seen by the staff as an overall positive issue

contributing to their job satisfaction, primarily due to perceived autonomy in the work. However, because of the small sample size comprising only qualitative studies, and due to the heterogeneity of these studies, we cannot draw unambiguous conclusions although we point towards tendencies.

Schonfelder, W. et Nilsen, E. A. (2016). "An ideal-typical model for comparing interprofessional relations and skill mix in health care." BMC Health Serv Res 16(1) : 633.

BACKGROUND: Comparisons of health system performance, including the regulations of interprofessional relations and the skill mix between health professions are challenging. National strategies for regulating interprofessional relations vary widely across European health care systems. Unambiguously defined and generally accepted performance indicators have to remain generic, with limited power for recognizing the organizational structures regulating interprofessional relations in different health systems. A coherent framework for in-depth comparisons of different models for organizing interprofessional relations and the skill mix between professional groups is currently not available. This study aims to develop an ideal-typical framework for categorizing skill mix and interprofessional relations in health care, and to assess the potential impact for different ideal types on care coordination and integrated service delivery. **METHODS:** A document analysis of the Health Systems in Transition (HiT) reports published by the European Observatory on Health Systems and Policies was conducted. The HiT reports to 31 European health systems were analyzed using a qualitative content analysis and a process of meaning condensation. **RESULTS:** The educational tracks available to nurses have an impact on the professional autonomy for nurses, the hierarchy between professional groups, the emphasis given to negotiating skill mix, interdisciplinary teamwork and the extent of cooperation across the health and social service interface. Based on the results of the document analysis, three ideal types for regulating interprofessional relations and skill mix in health care are delimited. For each ideal type, outcomes on service coordination and holistic service delivery are described. **CONCLUSIONS:** Comparisons of interprofessional relations are necessary for proactive health human resource policies. The proposed ideal-typical framework provides the means for in-depth comparisons of interprofessional relations in the health care workforce beyond of what is possible with directly comparable, but generic performance indicators.

2015

Cartier, T., Bourgueil, Y., Kringos, D. S., et al. (2015). France. Building primary care in a changing Europe. Case studies., Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe : 77-87.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf

Ce chapitre propose une étude de cas structurée résumant la situation des soins de santé primaires en France. Il présente le contexte des soins de santé primaires ; les conditions économiques et de gouvernance essentielles ; le développement du personnel des soins de santé primaires ; le mode de prestation des services de soins primaires ; et une évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de soins primaires.

Costa, D. K., Barg, F. K., Asch, D. A., et al. (2014). "Facilitators of an interprofessional approach to care in medical and mixed medical/surgical ICUs: a multicenter qualitative study." Res Nurs Health 37(4): 326-335.

The purpose of this study was to describe clinicians' perceptions of interprofessional collaboration in the intensive care unit and identify factors associated with interprofessional collaboration. We performed 64 semi-structured interviews in seven hospitals with ICU nurses, physicians, respiratory therapists, nurse managers, clinical pharmacists, and dietitians. ICU clinicians perceived two distinct types of facilitators to interprofessional collaboration in critical care: cultural and structural. In the critical care setting, cultural and structural facilitators worked independently as well as in concert to create effective interprofessional collaboration. Initiatives aimed at creating and facilitating interprofessional collaboration should focus attention on cultural and structural facilitators to improve patient care and team effectiveness.

Denton, M., Brookman, C., Zeytinoglu, I., et al. (2015). "Task shifting in the provision of home and social care in Ontario, Canada: implications for quality of care." *Health Soc Care Community* 23(5) : 485-492.

Growing healthcare costs have caused home-care providers to look for more efficient use of healthcare resources. Task shifting is suggested as a strategy to reduce the costs of delivering home-care services. Task shifting refers to the delegation or transfer of tasks from regulated healthcare professionals to home-care workers (HCWs). The purpose of this paper is to explore the impacts of task shifting on the quality of care provided to older adults from the perspectives of home healthcare workers. This qualitative study was completed in collaboration with a large home and community care organisation in Ontario, Canada, in 2010-2011. Using a purposive sampling strategy, semi-structured telephone interviews were conducted with 46 home healthcare workers including HCWs, home-care worker supervisors, nurses and therapists. Study participants reported that the most common skills transferred or delegated to HCWs were transfers, simple wound care, exercises, catheterisation, colostomies, compression stockings, G-tube feeding and continence care. A thematic analysis of the data revealed mixed opinions on the impacts of task shifting on the quality of care. HCWs and their supervisors, more often than nurses and therapists, felt that task shifting improved the quality of care through the provision of more consistent care; the development of trust-based relationships with clients; and because task shifting reduced the number of care providers entering the client's home. Nurses followed by therapists, as well as some supervisors and HCWs, expressed concerns that task shifting might compromise the quality of care because HCWs lacked the knowledge, training and education necessary for more complex tasks, and that scheduling problems might leave clients with inconsistent care once tasks are delegated or transferred. Policy implications for regulating bodies, employers, unions and educators are discussed.

Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., et al. (2015). "Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?" *Int J Nurs Stud* 52(3) : 727-743.

World-wide, shortages of primary care physicians and an increased demand for services have provided the impetus for delivering team-based primary care. The diversity of the primary care workforce is increasing to include a wider range of health professionals such as nurse practitioners, registered nurses and other clinical staff members. Although this development is observed internationally, skill mix in the primary care team and the speed of progress to deliver team-based care differs across countries. This work aims to provide an overview of education, tasks and remuneration of nurses and other primary care team members in six OECD countries. Based on a framework of team organization across the care continuum, six national experts compare skill-mix, education and training, tasks and remuneration of health professionals within primary care teams in the United States, Canada, Australia, England,

Germany and the Netherlands. Nurses are the main non-physician health professional working along with doctors in most countries although types and roles in primary care vary considerably between countries. However, the number of allied health professionals and support workers, such as medical assistants, working in primary care is increasing. Shifting from 'task delegation' to 'team care' is a global trend but limited by traditional role concepts, legal frameworks and reimbursement schemes. In general, remuneration follows the complexity of medical tasks taken over by each profession. Clear definitions of each team-member's role may facilitate optimally shared responsibility for patient care within primary care teams. Skill mix changes in primary care may help to maintain access to primary care and quality of care delivery. Learning from experiences in other countries may inspire policy makers and researchers to work on efficient and effective teams care models worldwide.

Fung, L., Boet, S., Bould, M. D., et al. (2015). "Impact of crisis resource management simulation-based training for interprofessional and interdisciplinary teams: A systematic review." *J Interprof Care* 29(5) : 433-444.

Crisis resource management (CRM) abilities are important for different healthcare providers to effectively manage critical clinical events. This study aims to review the effectiveness of simulation-based CRM training for interprofessional and interdisciplinary teams compared to other instructional methods (e.g., didactics). Interprofessional teams are composed of several professions (e.g., nurse, physician, midwife) while interdisciplinary teams are composed of several disciplines from the same profession (e.g., cardiologist, anaesthesiologist, orthopaedist). Medline, EMBASE, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, and ERIC were searched using terms related to CRM, crisis management, crew resource management, teamwork, and simulation. Trials comparing simulation-based CRM team training versus any other methods of education were included. The educational interventions involved interprofessional or interdisciplinary healthcare teams. The initial search identified 7456 publications; 12 studies were included. Simulation-based CRM team training was associated with significant improvements in CRM skill acquisition in all but two studies when compared to didactic case-based CRM training or simulation without CRM training. Of the 12 included studies, one showed significant improvements in team behaviours in the workplace, while two studies demonstrated sustained reductions in adverse patient outcomes after a single simulation-based CRM team intervention. In conclusion, CRM simulation-based training for interprofessional and interdisciplinary teams show promise in teaching CRM in the simulator when compared to didactic case-based CRM education or simulation without CRM teaching. More research, however, is required to demonstrate transfer of learning to workplaces and potential impact on patient outcomes.

Glazier, R. H., Hutchinson, B. et Kopp, A. (2015). Comparison of Family Health Teams to Other Ontario Primary Care Models, 2004/05 to 2011/12. Toronto ICES: vii-37, tabl.
<https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2015/Comparison-of-Family-Health-Teams>

This report compares outcomes of Family Health Team patients in relation to other major models of primary care in Ontario over time. Very few longitudinal analyses are available that compare Ontario's primary care models with each other, so this report serves to fill that knowledge gap.

Mahdizadeh, M., Heydari, A. et Karimi Moonaghi, H. (2015). "Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review." *Glob J Health Sci* 7(6) : 170-180.

INTRODUCTION: So far, various models of interdisciplinary collaboration in clinical nursing have been presented, however, yet a comprehensive model is not available. The purpose of this study is to review the evidences that had presented model or framework with qualitative approach about interdisciplinary collaboration in clinical nursing. **METHODS:** All the articles and theses published from 1990 to 10 June 2014 which in both English and Persian models or frameworks of clinicians had presented model or framework of clinical collaboration were searched using databases of Proquest, Scopus, pub Med, Science Direct, and Iranian databases of Sid, Magiran, and Iranmedex. In this review, for published articles and theses, keywords according with MESH such as nurse-physician relations, care team, collaboration, interdisciplinary relations and their Persian equivalents were used. **RESULTS:** In this study contexts, processes and outcomes of interdisciplinary collaboration as findings were extracted. One of the major components affecting on collaboration that most of the models had emphasized was background of collaboration. Most of studies suggested that the outcome of collaboration were improved care, doctors and nurses' satisfaction, controlling costs, reducing clinical errors and patient's safety. **CONCLUSION:** Models and frameworks had different structures, backgrounds, and conditions, but the outcomes were similar. Organizational structure, culture and social factors are important aspects of clinical collaboration. So it is necessary to improve the quality and effectiveness of clinical collaboration these factors to be considered.

OCDE (2015). Changing patterns in the international migration of doctors and nurses to OECD countries. *International Migration Outlook 2015.*, Paris : OCDE : 106-182, graph., tabl.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2015/changing-patterns-in-the-international-migration-of-doctors-and-nurses-to-oecd-countries_migr_outlook-2015-6-en

Ce chapitre analyse l'évolution de la mobilité internationale des professionnels de santé vers les pays de l'OCDE depuis 2000 au regard des changements observés dans les politiques migratoires et de santé mais également des changements économiques et institutionnels. Dans un contexte d'accroissement des migrations qualifiées, on observe que les médecins et infirmiers immigrés représentent une part croissante des professionnels de santé exerçant dans les pays de l'OCDE, qui atteint respectivement 23 % pour les médecins et 14 % pour les infirmiers en 2010/11. La part des personnels de santé formés à l'étranger est cependant inférieure à celle des personnels nés à l'étranger, illustrant par là même le fait qu'une partie de la formation des migrants est délivrée dans le pays de destination. Ce chapitre met également en exergue l'effet de la crise économique de 2007/08 et de l'élargissement sur les migrations de médecins et d'infirmiers, notamment en Europe, et discute le rôle des politiques migratoires et des politiques de gestion des ressources humaines en santé. Une analyse approfondie des effets attendus sur les pays d'origine est proposée et inclut une mise à jour pour 2010/11 des taux d'émigration (brain drain) pour les médecins et les infirmiers pour plus de 120 pays d'origine dans le monde. Le chapitre se termine par une présentation des tendances récentes en ce qui concerne l'internationalisation des études médicales et d'infirmiers.

Reeves, S., McMillan, S. E., Kachan, N., et al. (2015). "Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography." *J Interprof Care* 29(3) : 230-237.

This article presents emerging findings from the first year of a two-year study, which employed ethnographic methods to explore the culture of interprofessional collaboration (IPC) and family member involvement in eight North American intensive care units (ICUs).

The study utilized a comparative ethnographic approach - gathering observation, interview

and documentary data relating to the behaviors and attitudes of healthcare providers and family members across several sites. In total, 504 hours of ICU-based observational data were gathered over a 12-month period in four ICUs based in two US cities. In addition, 56 semi-structured interviews were undertaken with a range of ICU staff (e.g. nurses, doctors and pharmacists) and family members. Documentary data (e.g. clinical guidelines and unit policies) were also collected to help develop an insight into how the different sites engaged organizationally with IPC and family member involvement. Directed content analysis enabled the identification and categorization of major themes within the data. An interprofessional conceptual framework was utilized to help frame the coding for the analysis. The preliminary findings presented in this paper illuminate a number of issues related to the nature of IPC and family member involvement within an ICU context. These findings are discussed in relation to the wider interprofessional and health services literature.

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., et al. (2015). "Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors." *J Public Health (Oxf)* 37(4) : 716-727.

BACKGROUND: The epidemiological transition calls for redefining the roles of the various professionals involved in primary health care towards greater collaboration. We aimed to identify facilitators of, and barriers to, interprofessional collaboration in primary health care as perceived by the actors involved, other than nurses. **METHODS:** Systematic review using synthetic thematic analysis of qualitative research. Articles were retrieved from Medline, Web of science, Psychinfo and The Cochrane library up to July 2013. Quality and relevance of the studies were assessed according to the Dixon-Woods criteria. The following stakeholders were targeted: general practitioners, pharmacists, mental health workers, midwives, physiotherapists, social workers and receptionists. **RESULTS:** Forty-four articles were included. The principal facilitator of interprofessional collaboration in primary care was the different actors' common interest in collaboration, perceiving opportunities to improve quality of care and to develop new professional fields. The main barriers were the challenges of definition and awareness of one another's roles and competences, shared information, confidentiality and responsibility, team building and interprofessional training, long-term funding and joint monitoring. **CONCLUSIONS:** Interprofessional organization and training based on appropriate models should support collaboration development. The active participation of the patient is required to go beyond professional boundaries and hierarchies. Multidisciplinary research projects are recommended.

2014

Costa, D. K., Barg, F. K., Asch, D. A., et al. (2014). "Facilitators of an interprofessional approach to care in medical and mixed medical/surgical ICUs: a multicenter qualitative study." *Res Nurs Health* 37 (4) : 326-335.

The purpose of this study was to describe clinicians' perceptions of interprofessional collaboration in the intensive care unit and identify factors associated with interprofessional collaboration. We performed 64 semi-structured interviews in seven hospitals with ICU nurses, physicians, respiratory therapists, nurse managers, clinical pharmacists, and dietitians. ICU clinicians perceived two distinct types of facilitators to interprofessional collaboration in critical care: cultural and structural. In the critical care setting, cultural and structural facilitators worked independently as well as in concert to create effective interprofessional collaboration. Initiatives aimed at creating and facilitating interprofessional

collaboration should focus attention on cultural and structural facilitators to improve patient care and team effectiveness.

True, G., Stewart, G. L., Lampman, M., et al. (2014). "Teamwork and delegation in medical homes: primary care staff perspectives in the Veterans Health Administration." *J Gen Intern Med* 29 Suppl 2 : S632-639.

BACKGROUND: The patient-centered medical home (PCMH) relies on a team approach to patient care. For organizations engaged in transitioning to a PCMH model, identifying and providing the resources needed to promote team functioning is essential. **OBJECTIVE:** To describe team-level resources required to support PCMH team functioning within the Veterans Health Administration (VHA), and provide insight into how the presence or absence of these resources facilitates or impedes within-team delegation. **DESIGN:** Semi-structured interviews with members of pilot teams engaged in PCMH implementation in 77 primary care clinics serving over 300,000 patients across two VHA regions covering the Mid-Atlantic and Midwest United States. **PARTICIPANTS:** A purposive sample of 101 core members of pilot teams, including 32 primary care providers, 42 registered nurse care managers, 15 clinical associates, and 12 clerical associates. **APPROACH:** Investigators from two evaluation sites interviewed frontline primary care staff separately, and then collaborated on joint analysis of parallel data to develop a broad, comprehensive understanding of global themes impacting team functioning and within-team delegation. **KEY RESULTS:** We describe four themes key to understanding how resources at the team level supported ability of primary care staff to work as effective, engaged teams. Team-based task delegation was facilitated by demarcated boundaries and collective identity; shared goals and sense of purpose; mature and open communication characterized by psychological safety; and ongoing, intentional role negotiation. **CONCLUSIONS:** Our findings provide a framework for organizations to identify assets already in place to support team functioning, as well as areas in need of improvement. For teams struggling to make practice changes, our results indicate key areas where they may benefit from future support. In addition, this research sheds light on how variation in medical home implementation and outcomes may be associated with variation in team-based task delegation.

2013

Chong, W. W., Aslani, P. et Chen, T. F. (2013). "Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators." *J Interprof Care* 27(5) : 373-379.

Shared decision-making and interprofessional collaboration are important approaches to achieving consumer-centered care. The concept of shared decision-making has been expanded recently to include the interprofessional healthcare team. This study explored healthcare providers' perceptions of barriers and facilitators to both shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare. Semi-structured interviews were conducted with 31 healthcare providers, including medical practitioners (psychiatrists, general practitioners), pharmacists, nurses, occupational therapists, psychologists and social workers. Healthcare providers identified several factors as barriers to, and facilitators of shared decision-making that could be categorized into three major themes: factors associated with mental health consumers, factors associated with healthcare providers and factors associated with healthcare service delivery. Consumers' lack of competence to participate was frequently perceived by mental health specialty providers to be a primary barrier to shared decision-making, while information provision on illness and treatment to

consumers was cited by healthcare providers from all professions to be an important facilitator of shared decision-making. Whilst healthcare providers perceived interprofessional collaboration to be influenced by healthcare provider, environmental and systemic factors, emphasis of the factors differed among healthcare providers. To facilitate interprofessional collaboration, mental health specialty providers emphasized the importance of improving mental health expertise among general practitioners and community pharmacists, whereas general health providers were of the opinion that information sharing between providers and healthcare settings was the key. The findings of this study suggest that changes may be necessary at several levels (i.e. consumer, provider and environment) to implement effective shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare.

Ono, T., Lafortune, G. et Schoenstein, M. (2013). Health Workforce Planning in OECD Countries. A review of 26 projections Models from 18 Countries. OECD Health Working Paper; 62. Paris OCDE : 127, tabl., fig.

<http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>

La planification de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé vise à atteindre un juste équilibre entre l'offre et la demande pour les différentes catégories de professionnels de santé, à court et à long terme. La planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé s'avère particulièrement importante compte tenu du temps et des coûts investis dans la formation de nouveaux médecins et autres professionnels. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, une planification appropriée du personnel de santé est nécessaire non seulement pour guider les décisions en matière d'admission aux études de formation médicale et infirmière, mais aussi pour évaluer l'impact d'éventuelles réorganisations dans la prestation des services de santé afin de mieux répondre aux nouveaux besoins. Ce document passe en revue les principales caractéristiques et les résultats de 26 modèles de projection de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé dans 18 pays de l'OCDE. Il se concentre principalement sur des modèles s'intéressant aux médecins, mais comprend également certains modèles pour les infirmiers (extrait du résumé d'auteur).

Stange, K. M. (2013). How Does Provider Supply and Regulation Influence Health Care Market? Evidence from Nurse Practitioners and Physician Assistants. NBER Working Paper Series ; n° 19172. Cambridge NBER : 51, fig., tabl.+annexes.

<http://www.nber.org/papers/w19172>

Nurse practitioners (NPs) and physician assistants (PAs) now outnumber family practice doctors in the United States and are the principal providers of primary care to many communities. Recent growth of these professions has occurred amidst considerable cross-state variation in their regulation, with some states permitting autonomous practice and others mandating extensive physician oversight. I find that expanded NP and PA supply has had minimal impact on the office-based healthcare market overall, but utilization has been modestly more responsive to supply increases in states permitting greater autonomy. Results suggest the importance of laws impacting the division of labor, not just its quantity.

2012

Altschuler, J., Margolius, D., Bodenheimer, T., et al. (2012). "Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation." Ann Fam Med 10(5) : 396-400.

PURPOSE Primary care faces the dilemma of excessive patient panel sizes in an environment of a primary care physician shortage. We aimed to estimate primary care panel sizes under

different models of task delegation to nonphysician members of the primary care team. METHODS We used published estimates of the time it takes for a primary care physician to provide preventive, chronic, and acute care for a panel of 2,500 patients, and modeled how panel sizes would change if portions of preventive and chronic care services were delegated to nonphysician team members. RESULTS Using 3 assumptions about the degree of task delegation that could be achieved (77%, 60%, and 50% of preventive care, and 47%, 30%, and 25% of chronic care), we estimated that a primary care team could reasonably care for a panel of 1,947, 1,523, or 1,387 patients. CONCLUSIONS If portions of preventive and chronic care services are delegated to nonphysician team members, primary care practices can provide recommended preventive and chronic care with panel sizes that are achievable with the available primary care workforce.

Grignon, M., Owusu, Y. et Sweetman, A. (2012). The International Migration of Health Professionals. *IZA Working Paper*; 6517. Bonn IZA : 39, fig. <http://ftp.iza.org/dp6517.pdf>

Health workforce shortages in developed countries are perceived to be central drivers of health professionals' international migration, one ramification being negative impacts on developing nations' healthcare delivery. After a descriptive international overview, selected economic issues are discussed for developed and developing countries. Health labour markets' unique characteristics imply great complexity in developed economies involving government intervention, licensure, regulation, and (quasi-)union activity. These features affect migrants' decisions, economic integration, and impacts on the receiving nations' health workforce and society. Developing countries sometimes educate citizens in expectation of emigration, while others pursue international treaties in attempts to manage migrant flows.

Odegard, A. et Bjorkly, S. (2012). "A mixed method approach to clarify the construct validity of interprofessional collaboration: an empirical research illustration." *J Interprof Care* 26(4) : 283-288.

The rapid development of empirical studies in the field of interprofessional collaboration (IPC) calls for a wide array of scientific approaches ranging from recruitment and motivation to measurement and design questions. Regardless of whether researchers choose qualitative or quantitative approaches, they must substantiate their findings. We argue that more attention should be given to reliability and validity issues to improve our understanding of IPC as a phenomenon and practice. A mixed methods approach is presented as a relevant design format for the study of IPC. This paper aims to argue that a combination of methodologies may be a feasible way to enhance our understanding of IPC, with a special focus on reliability and validity issues; illustrate the application of different methodologies in an IPC research project; and emphasize the distinction between validity and validation to mitigate possible obstacles in integrating qualitative and quantitative research in the study of IPC.

2011

Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Sparkes, S. P., et al. (2011). "Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence." *Hum Resour Health* 9 : 1.

BACKGROUND: Health workforce needs-based shortages and skill mix imbalances are significant health workforce challenges. Task shifting, defined as delegating tasks to existing or new cadres with either less training or narrowly tailored training, is a potential strategy to address these challenges. This study uses an economics perspective to review the skill mix

literature to determine its strength of the evidence, identify gaps in the evidence, and to propose a research agenda. METHODS: Studies primarily from low-income countries published between 2006 and September 2010 were found using Google Scholar and PubMed. Keywords included terms such as skill mix, task shifting, assistant medical officer, assistant clinical officer, assistant nurse, assistant pharmacist, and community health worker. Thirty-one studies were selected to analyze, based on the strength of evidence. RESULTS: First, the studies provide substantial evidence that task shifting is an important policy option to help alleviate workforce shortages and skill mix imbalances. For example, in Mozambique, surgically trained assistant medical officers, who were the key providers in district hospitals, produced similar patient outcomes at a significantly lower cost as compared to physician obstetricians and gynaecologists. Second, although task shifting is promising, it can present its own challenges. For example, a study analyzing task shifting in HIV/AIDS in sub-Saharan Africa noted quality and safety concerns, professional and institutional resistance, and the need to sustain motivation and performance. Third, most task shifting studies compare the results of the new cadre with the traditional cadre. Studies also need to compare the new cadre's results to the results from the care that would have been provided--if any care at all--had task shifting not occurred. CONCLUSIONS: Task shifting is a promising policy option to increase the productive efficiency of the delivery of health care services, increasing the number of services provided at a given quality and cost. Future studies should examine the development of new professional cadres that evolve with technology and country-specific labour markets. To strengthen the evidence, skill mix changes need to be evaluated with a rigorous research design to estimate the effect on patient health outcomes, quality of care, and costs.

Gafni, A., Birch, S. et Buckley, G. (2011). Economic Analysis of Physician Assistants in Ontario: Literature Review and Feasibility Study. Chepa working paper series ; 11-03. Hamilton McMaster University : 20+, xxii tabl., fig.

[https://www.researchgate.net/publication/254419957 Economic Analysis of Physician Assistants in Ontario Literature Review and Feasibility Study](https://www.researchgate.net/publication/254419957_Economic_Analysis_of_Physician_Assistants_in_Ontario_Literature_Review_and_Feasibility_Study)

This paper consists in a literature review of studies on Physician Assistants working in a variety of settings and found few evaluation studies on the costs and/or effectiveness of Physician Assistants in primary care practices, Emergency Departments and in hospital settings other than Emergency Departments. The existing literature is limited because of the non-Canadian settings in which most studies have been performed and because of the non-experimental study designs, which are subject to potential bias. In addition, the research questions that have been addressed have tended to ignore what would appear to be the most important comparison: that between Physician Assistants and other non-physician providers such as Nurse Practitioners. The evidence we found on the cost-effectiveness of PAs is anecdotal and difficult to translate in the Ontario context. We conclude that it is difficult to make use of the existing literature. We recommend that MOHLTC consider options for funding a randomized control trial that might involve several trial arms in the particular sectors of relevance to the PA program, for example: physician only; physician and PA; physician and NP; and physician, NP and PA. The purpose of this would be to explore the difference in costs and effects on the different service modalities. This would also provide sufficient information to support modelling the short-run effects that could be expected from allocating the same amount of resources to the different service modalities as well as the implications for physician resources planning.

2010

Bourgueil, Y. (2010). "Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification." Actualite Et Dossier En Sante Publique (70) : 30-32.

Ce texte reprend en grande partie les éléments développés dans le rapport établi en septembre 2007 sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, réalisé à la demande de la Haute autorité de santé.

Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., et al. (2010). "Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study." Can Fam Physician 56(10) : e368-374.

OBJECTIVE: To examine family health team (FHT) members' perspectives and experiences of interprofessional collaboration and perceived benefits. DESIGN: Qualitative case study using semistructured interviews. SETTING: Fourteen FHTs in urban and rural Ontario. PARTICIPANTS: Purposeful sample of the members of 14 FHTs, including family physicians, nurse practitioners, nurses, dietitians, social workers, pharmacists, and managers. METHODS: A multiple case-study approach involving 14 FHTs was employed. Thirty-two semistructured interviews were conducted and data were analyzed by employing an inductive thematic approach. A member-checking technique was also undertaken to enhance the validity of the findings. MAIN FINDINGS: Five main themes are reported: rethinking traditional roles and scopes of practice, management and leadership, time and space, interprofessional initiatives, and early perceptions of collaborative care. CONCLUSION: This study shows the importance of issues such as roles and scopes of practice, leadership, and space to effective team-based primary care, and provides a framework for understanding different types of interprofessional interventions used to support interprofessional collaboration.

Laurant, M., Harmsen, M. et Faber, M. (2010). Revision of professional roles and quality improvement. A review of the evidence. Londres Health Foundation : 107, tabl., annexes.

<https://www.health.org.uk/sites/default/files/RevisionOfProfessionalRolesAndQualityImprovementReviewOfEvidence.pdf>

This report focuses on the revision of roles between doctors and: advanced practice nurses such as nurse practitioners, specialist nurses, clinical nurses and practice nurses, physician assistants pharmacists, and allied healthcare professionals such as physical therapists, speech and language therapists, dietitians and paramedics. The report considers the impact of professional role revision on quality of care and outcomes.

OCDE (2010). "Les migrations internationales des personnels de santé. Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale." Syntheses : 8, graph.

<http://www.oecd.org/dataoecd/6/32/44786070.pdf>

Cette Synthèse donne de nouvelles indications sur les tendances récentes concernant les migrations de médecins et de personnels infirmiers jusqu'en 2008, et examine les principales causes et conséquences de ces évolutions pour les pays d'accueil et pour les pays d'origine. Elle suggère des réactions possibles au niveau des politiques gouvernementales, soulignant l'importance de la coopération internationale pour traiter le problème du manque de personnels de santé au niveau mondial.

Sibbald, B. (2010). "Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationales." Revue Francaise Des Affaires Sociales (3) : 35-47, graph.

Directrice du Centre de développement et de recherche en soins primaires (National Primary Care Research and Development Centre NPCRDC) de l'université de Manchester, Bonnie Sibbald mène depuis 1995 des recherches sur l'amélioration de la qualité des soins primaires à travers le développement des ressources humaines et le transfert de compétences (skill mix) entre professionnels de santé. Ses travaux portent principalement sur la façon dont le skill mix peut contribuer à améliorer l'efficacité et la performance dans les systèmes de santé. Elle a notamment développé le cadre conceptuel devenu une référence à l'échelle internationale visant à décrire et évaluer les changements en matière de transfert de compétences des professionnels de santé. Cet article présente ici le contexte d'introduction du skill mix dans le secteur des soins primaires au Royaume-Uni et fournit quelques éléments d'évaluation de ces pratiques.

Williams, D. M., Medina, J., Wright, D., et al. (2010). "A review of effective methods of delivery of care: skill-mix and service transfer to primary care settings." *Prim Dent Care* **17**(2): 53-60.

AIMS: Health policy in England is seeking to minimise hospital use and provide access to services in a primary healthcare setting and maximise skill-mix, driven by issues such as cost and access. The aim of this review was to determine the effectiveness of increased use of skill-mix and service transfer within general and oral healthcare. Secondary outcome measures were related to cost, quality, access, health outcomes and satisfaction. METHODS: Data sources were the Cochrane Database of Systematic Reviews, Centre for Reviews and Dissemination DARE, British Nursing Index, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, and PsycINFO from 1996 to August 2008. The reference lists of relevant papers were scanned to identify additional studies. DATA SELECTION: A rapid appraisal of systematic reviews, randomised controlled trials, controlled trials and service evaluations in relation to specialist services, practitioners with a special interest, medical and dental, nursing and dental care professionals, together with evidence of service shifts from secondary to primary care was undertaken. RESULTS: A total of 206 papers were reviewed. All titles and abstracts of articles and papers found were extracted and validated according to predefined criteria. They were screened for relevance by two researchers, who assessed trial quality and extracted data. Twenty-six papers met the inclusion criteria. The literature demonstrated limited evidence of the cost-effectiveness and health outcomes associated with changes in setting and skill-mix. However, there was evidence of improved access, patient and professional satisfaction. CONCLUSIONS: There is an overwhelming need for well-designed interventions with robust evaluation to examine cost-effectiveness and benefits to patients and the health workforce.

2009

Ania, Marti, Rigal, et al. (2009). "La délégation des tâches en soins primaires : les nouveaux rôles des infirmières en Catalogne." *CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES* **49**(2): 227-244.

Un modèle de dispense de soins de premier recours est expérimenté dans un centre de santé catalan. Il implique des rôles plus nombreux et une autonomie plus large pour les infirmières. Celles-ci accueillent les patients venus pour une consultation au centre. Elles ont à leur disposition un Guide des interventions pour les cas urgents. Ces cas sont classés en 3 groupes : ceux qui peuvent être traités et finalisés par l'infirmière selon un protocole préalablement défini ; ceux qui exigent des soins immédiats impliquant une intervention postérieure du médecin et une finalisation en commun ; ceux qui demandent l'intervention immédiate du médecin et si celui-ci n'est pas disponible, une évaluation de la gravité en attendant l'intervention. Sur les 202 patients ayant sollicité une consultation le jour même, on observe

les données suivantes : 70% des cas ont été résolus par l'infirmière avec l'aide du Guide ; 14% des cas ont fait l'objet d'une consultation téléphonique avec un médecin du centre ont été résolus ; 16% des cas ont été orientés vers un autre service. Par ailleurs, l'avis du médecin de garde a été sollicité dans 6% des cas ci-dessus. L'usage du Guide se révèle ainsi extrêmement intéressant. Toutefois, dans la durée, l'expérience fait apparaître de besoins de formation supplémentaire en certains domaines spécifiques ainsi que des séances d'échange régulières entre médecins et infirmières. (Résumé d'auteur).

Brown, J. B., Lewis, L., Ellis, K., et al. (2009). "Mechanisms for communicating within primary health care teams." *Can Fam Physician* 55(12) : 1216-1222.

OBJECTIVE: To explore the types of communication used within primary health care teams (PHCTs), with a particular focus on the mechanisms teams use to promote optimal clinical and administrative information sharing. **DESIGN:** A descriptive qualitative study. **SETTING:** Primary health care teams in Ontario between August 2004 and October 2005. **PARTICIPANTS:** Purposive sampling was used to recruit 121 members from 16 PHCTs reflecting a range of health care professionals, including family physicians, nurse practitioners, nurses, pharmacists, dietitians, social workers, office managers, health promoters, and receptionists. **METHODS:** Individual in-depth interviews were conducted. An iterative analysis process was used to examine the verbatim transcripts created from the interviews. Techniques of immersion and crystallization were used in the analysis. **MAIN FINDINGS:** Analysis of the data revealed that communication occurs through formal and informal means. Formal communication included regular team meetings with agendas and meeting minutes, memorandums, computer-assisted communication, and communication logs. Informal communication methods were open and opportunistic, reflecting the traditional hallway consultation. For patient care issues, face-to-face communication was preferred. Team member attributes facilitating communication included approachability, availability, and proximity. Finally, funding issues could be an impediment to optimal communication. **CONCLUSION:** Primary health care is experiencing demands for enhanced and efficient communication that optimizes team functioning and patient care. This study describes formal and informal mechanisms of communication currently used by PHCTs. Attributes that facilitate team communication, such as approachability, availability, and proximity of team members, were highlighted. New funding arrangements might alleviate concerns about remuneration for attendance at meetings.

Dierick-van Daele, A. T., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W., et al. (2008). "Critical appraisal of the literature on economic evaluations of substitution of skills between professionals: a systematic literature review." *J Eval Clin Pract* 14(4) : 481-492.

OBJECTIVE: Substitution of skills has been introduced to increase health service efficiency, but little evidence is available about its cost-effectiveness. This systematic review aims to identify economic evaluations of substitution between professionals, to assess the quality of the study methods applied and to value the results for decision making. **METHODS:** Publications between January 1996 and November 2006 were searched in Medline, Cochrane, Cinahl, database of Health Technology Assessments, EPOC and Embase. Randomized controlled trials (RCTs), cost-benefit analysis, interrupted time series design and systematic reviews were selected. The methodological quality of the papers was reviewed, using the critical appraisal of Drummond and the EPOC list. **RESULTS:** Eleven studies were finally included of 7605 studies: three cost-effectiveness studies, three cost-minimization studies and five studies related to partial economic evaluations. Small numbers of participating professionals and several limitations in the cost valuation and the measurement of costs were identified. **CONCLUSIONS:** Several potential limitations influence the validity

and generalizability. Full economic evaluations per se are of limited value for making decisions about substitution of skills. The tenuous relationship between structural, process and outcome variables is not sufficiently investigated. For meaningfully placing the costs and consequences of substitution of skills in the context of health care and generating relevant data for decision making, it is strongly recommended to combine an economic evaluation (RCT) with an observational longitudinal study.

Jaccard Ruedin, H., Seematter-Bagnoud, L., Roth, M., et al. (2009). "[Family practitioners in Switzerland by 2030: which roles for medical task delegation?]." *Cah Sociol Demogr Med* 49(2) : 205-225.

Due to population aging, by 2030 Switzerland may face a demand of 24 million family practitioner visits, a growth of 13 percent from the 2005 level. This result is based on the assumption that the per capita demand for doctor visits remains what was observed in 2005 by age groups and sex. During the same period, the total number of practitioners may decrease by 14 percent whereas the female proportion of such practitioners may double. These changes may cause a 33 percent decrease in the supply of physician visits to reach only 14 millions. The comparison of the demand and supply of family doctor visits reveals that by 2030, 10 million visits may be unmet which represents 40 percent of the demand. On the supply side, a full scale implementation of task delegation may partially reduce that gap (minus 2 millions). On the demand side, improved health status may bring in a larger decrease in the needs for visits (minus 4 million).

Levy, D., Pavot, J. et Doan, B. D. (2009). "[Task delegation scenarios at national and regional levels of the French ambulatory care sector]." *Cah Sociol Demogr Med* 49(2) : 167-203.

The French sector of ambulatory care is characterized by two features: (i) health care providers are mostly independent practitioners paid on a fee-for-service basis; (ii) a large consensus is observed as concerns the shortage of health workers, particularly physicians and nurses. In such a context, if a task delegation programme is envisaged, attention should be paid, not only to the competencies of task receivers, but equally to the reluctance of health workforce. Given the current doctor shortage, it is probable that the reluctance of physicians is not vigorous. But on the side of task receivers (nurses, physiotherapists, other auxiliary workers...) reluctance should be taken into account. Shortage of nurses and physiotherapists (and consequently their growing workload) lowers their acceptance level (i.e., the proportion accepting task delegation) and reduces the time each accepting worker can devote to the activities delegated by physicians. The model shows that, in the current situation, French physicians can only expect a small reduction of their workload if they undertake to transfer to nurses some parts of their activities. When physician working time is not excessively lengthy, the overall reduction would be between 0.7% and 3.1%. When doctors have to work harder (when their shortage is acute), paradoxically, the reduction is lower, between 0.5% and 2.3%. The fact is easily understood as the stock of task receivers (the nurses) remains unchanged, but the volume of worked hours becomes larger. Other things being equal, the model shows that French southern physicians may take more profit from a task delegation programme than their counterparts practising in the northern areas of the country. As in the southern areas, the nurse/physician ratio is higher, the potential task receivers are in higher numbers and the volume of the tasks transferred may be much broader than in the northern areas. The paradox is that the workload of northern physicians is heavier, their ratio to population being lower. In 2013, if the acceptance level of nurses and the time each of them devotes to transferred tasks remain unchanged, the physician workload would not be reduced more significantly, even in case of strong growth of the nursing profession. In other words, to obtain a clear-cut success, any task delegation process

should be accompanied by a large range of generous financial rewards aimed at strongly motivating the task receivers to work harder, during a longer time and with enlarged responsibilities. In France, as in most industrialized countries, health expenditures are predominantly financed by public money (taxes and contributions from employees and employers) and their share in the Gross Domestic Product is growing steadily for decades. The weight of the health sector upon the national economy is already extremely heavy. Does wisdom lie in launching action programmes aimed at uncertain returns? No doubt that the issue of task delegation is a painful dilemma to health workforce strategists.

McGilton, K. S., Boscart, V., Fox, M., et al. (2009). "A systematic review of the effectiveness of communication interventions for health care providers caring for patients in residential care settings." *Worldviews Evid Based Nurs* 6(3) : 149-159.

OBJECTIVES: This systematic review will describe the theoretical grounding, components, duration, mode of delivery, and outcomes of communication interventions for health care providers delivering care in residential care settings and will evaluate the effectiveness of these interventions. **METHODS:** We conducted a comprehensive literature search of multiple databases published from January 1985 to the first week of December 2007, supplemented by a hand search of the references in all relevant articles, to find studies that met the inclusion criteria. Intervention details were extracted, and the studies' validity was evaluated independently by two researchers using a standardized data collection form based on Cooper and Hedges' (1994) approach to quality assessment. **RESULTS:** Of the six studies that met the inclusion criteria (three randomized controlled trials, three quasi-experimental designs), three used a theoretical framework to guide intervention design. Across the six studies, the most commonly used components were (1) cognitive (to teach staff about communication), (2) behavioral (including practice at the bedside), and (3) psychological (involving individualized feedback). Despite the studies' variability in methodological quality, their results indicated that communication interventions have a positive effect on staffs' knowledge and communication skills and on residents' agitation and challenging behaviors. However, none of the studies provided sufficient information on the duration of the intervention and on determining which interventions were most effective. This made it difficult to draw conclusions about the effectiveness of the interventions' different components. **CONCLUSION:** Although communication training has been shown to have positive effects on staffs' communication knowledge and skills as well as on resident outcomes, future controlled intervention research is needed to assess the effectiveness of individual intervention components.

2008

Chaloff, J. (2008). Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector : Immigration of health professionals to Italy. *OECD Health Working Paper* ; 34. Paris OCDE : 38, tabl., fig., ann.

<http://www.oecd.org/dataoecd/34/10/41431698.pdf>

Le vieillissement de la population en Italie pèse lourdement sur le système de santé public et les familles. Parallèlement, l'offre de professionnels de la santé sur le marché du travail est déséquilibré. Dans le passé, le nombre excessif d'inscriptions dans les facultés de médecine a entraîné une surabondance de médecins, mais des pénuries apparaîtront au fur et à mesure qu'ils partiront à la retraite. Il est difficile pour les médecins ayant étudié à l'étranger et les immigrés qui se sont qualifiés en Italie d'exercer la médecine dans ce pays. En ce qui concerne les infirmières, la situation est plus critique, avec un trop petit nombre de diplômés des écoles d'infirmières, même pour satisfaire uniquement les besoins de remplacement. Les

soins aux personnes âgées, incombant traditionnellement aux familles, ont été de plus en plus délégués aux immigrés du secteur informel. En l'absence de changements majeurs dans les politiques de la santé, des efforts ont été faits pour recruter des infirmières et personnels de santé dans d'autres pays d'origine. La simplification de la reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger et l'exemption de quotas d'infirmières étrangères sur le marché du travail en Italie ont réduit les obstacles au recrutement international d'infirmières. Cependant, l'interdiction de les employer de façon permanente dans le secteur public a relégué la majorité des infirmières étrangères dans le secteur privé et dans les contrats de travail à court terme. L'administration sanitaire nationale et locale a aussi contribué au recrutement international des infirmières souvent par le biais d'agences privées. Dans le secteur des soins à domicile, les familles se sont vu octroyer plus d'opportunités pour recruter légalement à l'étranger du personnel de soins à domicile. Beaucoup d'autorités locales s'efforcent d'intégrer ce type de soins privés dans leurs systèmes de soins aux personnes âgées en assistant les personnels soignants privés et en renforçant leurs compétences. Néanmoins, les migrations internationales ne seront pas suffisantes pour répondre aux besoins de l'Italie en professionnels de la santé.

Dumont, J. C., Zurn, P., Church, J., et al. (2008). International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities. OECD Health Working Paper ; 40. Paris OCDE : 117, tabl., graph., ann.

<http://www.oecd.org/dataoecd/7/59/41590427.pdf>

Ce rapport examine le rôle joué par la migration de personnel de santé dans les effectifs de santé au Canada mais aussi les interactions entre les politiques migratoires, la formation et les politiques de gestion de ressources humaines. Le personnel de santé recruté à l'étranger contribue de façon significative aux effectifs de santé au Canada. En 2005-06, plus de 22 % des médecins au Canada sont formés à l'étranger et 37 % d'entre eux sont nés à l'étranger. Respectivement pour les infirmières, la part des personnes formées à l'étranger est de 7.7 % et celle des personnes nées à l'étranger de 20%. Les médecins formés à l'étranger jouent un rôle important dans des zones rurales ayant contribué à réduire au manque d'effectif dans les zones rurales. En 2004, dans la plupart des zones rurales, en moyenne 30 % des médecins sont formés à l'étranger. Au cours des dernières décennies, l'évolution des effectifs de santé au Canada a été marquée notamment par un net déclin de la densité des infirmières et par une densité stable des médecins, ce qui contraste avec les tendances observées dans les pays de l'OCDE. Cette évolution est largement due aux mesures adoptées à la fin des années 80 et au début des années 90 afin de répondre au surplus perçu d'effectif de personnel de santé. Pendant cette période, des restrictions conséquentes des dépenses de santé, des réductions du nombre de places en école de médecine et d'infirmière ainsi que des licenciements massifs d'infirmière ont eu lieu. De plus, entre 1986 et 2002, les politiques d'immigration plus restrictives ont été adoptées en ce qui concerne les médecins et les infirmières et des procédures d'inscription plus contraignantes ont été mises en place pour le personnel de santé étranger. Plus récemment, des préoccupations concernant les pénuries de personnel de santé sont apparues et diverses mesures ont été adoptées pour étendre et renforcer l'offre de personnel de santé. Ces mesures comprennent un investissement plus important dans la formation d'infirmières et de médecins, la mise en place de nouveaux modèles de soins, un ensemble de politiques pour améliorer la rétention particulièrement pour les infirmières, l'augmentation en internat du nombre de places en médecine générale ainsi que la mise en place du cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne. Les politiques migratoires concernant les médecins et les infirmières ont été également plus favorables. Entre 2002 et 2006, la migration permanente de médecins a triplé et la migration temporaire a augmenté de plus de 10 % alors que pour les infirmières, la migration permanente a augmenté de près de 40 % et la migration

temporaire a diminué de 35 %. De plus, des efforts conséquents ont été fournis aussi bien à un niveau fédéral que provincial pour faciliter la procédure d'inscription de personnel formé à l'étranger. Les pays d'origine du personnel de santé étranger ont peu changé au cours du temps. Le Royaume-Uni est devenu moins important alors que la part de personnel de santé originaire de pays comme l'Afrique du Sud pour les médecins et les Philippines pour les infirmières s'est accrue. Bien qu'un consensus grandissant ait émergé pour atteindre l'objectif d'autosuffisance en terme de personnel de santé, cet objectif doit être mesuré au regard du rôle joué par la migration dans la construction de la société canadienne. Se doter de personnel de santé viable requiert des engagements financiers à long terme, un suivi continu du marché de l'emploi du personnel de santé, une coordination entre les parties prenantes ainsi qu'une attention particulière aux politiques apportées en réponse aux problématiques.

OCDE (2008). Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE. Comment répondre à la crise imminente ?, Paris : OCDE
<http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/41511074.pdf>

Au cours des vingt prochaines années, les pays de l'OCDE seront confrontés à une demande croissante en médecins et infirmiers. Cette situation doit être appréhendée dans un environnement international qui est d'ores et déjà caractérisé par des flux migratoires importants que ce soit entre les pays de l'OCDE ou des pays en voie de développement vers la zone OCDE. Quelles ont été les politiques adoptées par les pays de l'OCDE en matière de ressources humaines et d'immigration ? Dans quelle mesure ces politiques sont-elles liées ? Comment les pays de l'OCDE peuvent-ils se doter d'effectifs viables de personnels de santé ? Quelles sont les conséquences de l'émigration des médecins et des infirmiers pour les pays d'origine ? Cet ouvrage présente des faits nouveaux sur chacune de ces questions et trace quelques pistes pour la marche à suivre dans l'avenir. Il résulte d'un projet conjointement mené par l'OCDE et l'OMS sur la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et des migrations internationales (4^e de couv.)

2007

Bourgeault, Y. L. (2007). Who minds the gate? Comparing the role of non physician providers in the primary care division of labour in Canada & the U.S. SEDAP Research Paper ; n°205. Hamilton SEDAP : 33, tabl.
<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap205.pdf>

Le rôle de premier plan des soins de santé primaires a été la compétence la plus féroce ment défendue des systèmes de santé, cependant, plus récemment, cette pratique médicale a graduellement perdu en popularité. Ceci a permis d'ouvrir le marché à une variété de fournisseurs de « remplacement ». Dans cette étude, nous présentons de données comparatives documentaires et d'entretiens provenant du Canada et des États-Unis sur les changements et la composition de la division du travail dans le secteur des soins de santé primaires. Notre analyse démontre: 1) que le recours à des fournisseurs de soins de santé de remplacement est plus répandu aux États-Unis comme le démontre l'existence d'un plus grand nombre et d'une plus grande variété de fournisseurs de soins de santé primaires 2) il existe également aux États-Unis une plus forte propension vers la spécialisation des fournisseurs de soins de santé y compris parmi les fournisseurs de remplacement de soins de santé primaires; et 3) dans les deux pays, les fournisseurs de remplacement résistent à cette étiquette se concentrant plutôt sur leur propre modèle d'opération ou leur positionnement dans le secteur des soins de santé primaires.(résumé d'auteur).

2006

Berland, Y. r. et Bourgueil, Y. r. (2006). Rapport "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé". Paris ONDPS : 69, tabl., schann.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

Ce document est un rapport d'étape d'une démarche 'expérimentation initiée en décembre 2003 visant à apporter des éléments détaillés de réflexion sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de transfert et ou de délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé. La mise en œuvre de ces expérimentations a suscité de nombreux débats et sollicitations de la part de multiples acteurs du champ de la santé désireux de faire valoir leurs expériences et pratiques de terrain. Les réactions des organisations professionnelles et syndicales aux projets inscrits dans le cadre des expérimentations ont mis en lumière, les craintes mais aussi les attentes vis à vis d'une évolution des rôles et des responsabilités. Nous avons pu, à cette occasion, constater l'importance des initiatives et des projets visant à redistribuer les rôles et les tâches entre professionnels pour faire face à une augmentation mais aussi à une évolution de la demande de soins. Paradoxalement, a contrario de ce que nous montre la littérature internationale, il existe très peu de travaux documentés en France sur les motivations, les organisations et les effets de nouvelles formes d'organisation des soins faisant appel à une délégation d'activité des médecins à d'autres

Buff, A. et Paccaud, m. (2006). Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations. Lausanne : Faculté des Hautes Etudes Commerciales. Institut d'Economie et de Management de la Santé.

Ce mémoire s'intéresse au transfert ou la délégation de certaines tâches d'une catégorie de professionnel de santé vers une autre catégorie. Il s'agit d'une part d'élaborer un état des lieux des connaissances théoriques existantes concernant la délégation/substitution de tâches entre professions de la santé, et de ses enjeux. D'autre part, il sera examiné, de manière non exhaustive, des exemples d'expérimentations de transferts de compétences réalisées sur le terrain.

2005

Kingma (2005). "Les migrations des professionnels de la santé." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 45(2-3) : 287-306.

Durant les trois dernières décennies, le nombre de personnes qui quittent leur pays a doublé pour atteindre le chiffre astronomique de 175 millions en l'an 2003. Les systèmes nationaux de santé sont souvent les sources d'emploi les plus importantes. De fait, au niveau du monde, 35 millions de travailleurs travaillent dans le domaine de la santé. A l'heure actuelle, dans les pays comme l'Australie, le Canada, le Royaume Uni et les États-Unis, les professionnels diplômés à l'étranger constituent plus du quart de l'effectif des médecins et des infirmières. Les pays d'accueil n'appartiennent pas toujours au monde industriel. Les migrations internationales sont souvent inductrices de migrations internes. L'exode rural et la course vers les secteurs économiques où les rémunérations sont élevées contribuent à menacer le principe de l'universalité des soins à dispenser aux populations. Par ailleurs, les

migrations internationales sont souvent montrées du doigt comme la cause de pénurie en personnels de santé que connaissent les pays en voie de développement.

Ubink-Veltmaat, L. J., Bilo, H. J., Groenier, K. H., et al. (2005). "Shared care with task delegation to nurses for type 2 diabetes: prospective observational study." *Neth J Med* 63(3) : 103-110.

BACKGROUND: To study the effects of two different structured shared care interventions, tailored to local needs and resources, in an unselected patient population with type 2 diabetes mellitus. **METHODS:** A three-year prospective observational study of two interventions and standard care. The interventions involved extensive (A) or limited (B) task delegation from general practitioners to hospital-liaised nurses specialised in diabetes and included a diabetes register, structured recall, facilitated generalist-specialist communication, audit and feedback, patient-specific reminders, and emphasised patient education. The target population consisted of 2660 patients with type 2 diabetes treated in the primary care setting. Patients who were terminally ill or who had been diagnosed with dementia were excluded from the study. **RESULTS:** The participation rates were high (90%) for patients, and none of the 64 GPs discontinued their participation in the study. Longitudinal analyses showed significant improvements in quality indicators for both intervention groups (process parameters and achieved target values on the individual patient level); in standard care, performance remained stable or deteriorated. Both patients and caregivers appeared satisfied with the project. **CONCLUSION:** This study shows that structured shared care with task delegation to nurses, targeted at a large unselected general practice population, is feasible and can positively affect the quality of care for patients with type 2 diabetes.

2004

Buchan, J. et Calman, L. (2004). Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. *OECD Health Working Papers* ; 17, Paris OCDE: 58, tab.
<http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>

Ce rapport a été établi à la demande de l'OCDE afin d'examiner les données disponibles sur l'évolution des rôles et la délégation d'actes par les médecins aux infirmières en pratique avancée - infirmières praticiennes et autres infirmières exerçant à un niveau avancé en milieu hospitalier et dans les centres de santé primaires. Le rapport se divise en trois parties : une analyse des travaux antérieures, une évaluation des réponses des pays à l'enquête de l'OCDE et deux études de cas plus détaillées concernant l'Angleterre et les Etats-Unis/

2002

Buchan, J. et Dal Poz, M. R. (2002). "Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence." *Bull World Health Organ* 80(7) : 575-580.

This paper discusses the reasons for skill mix among health workers being important for health systems. It examines the evidence base (identifying its limitations), summarizes the main findings from a literature review, and highlights the evidence on skill mix that is available to inform health system managers, health professionals, health policy-makers and other stakeholders. Many published studies are merely descriptive accounts or have methodological weaknesses. With few exceptions, the published analytical studies were undertaken in the USA, and the findings may not be relevant to other health systems. The

results from even the most rigorous of studies cannot necessarily be applied to a different setting. This reflects the basis on which skill mix should be examined--identifying the care needs of a specific patient population and using these to determine the required skills of staff. It is therefore not possible to prescribe in detail a "universal" ideal mix of health personnel. With these limitations in mind, the paper examines two main areas in which investigating current evidence can make a significant contribution to a better understanding of skill mix. For the mix of nursing staff, the evidence suggests that increased use of less qualified staff will not be effective in all situations, although in some cases increased use of care assistants has led to greater organizational effectiveness. Evidence on the doctor-nurse overlap indicates that there is unrealized scope in many systems for extending the use of nursing staff. The effectiveness of different skill mixes across other groups of health workers and professions, and the associated issue of developing new roles remain relatively unexplored.

Doan (2002). "Les ressources humaines du système de santé : situation et évolution dans les pays industrialisés." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 42(2-3) : 283-323, tabl., stat., fig.

L'objectif de cette étude est de présenter un clair panorama de la situation et des tendances évolutives du potentiel humain du système de santé dans le monde industriel. Il n'échappe à personne qu'aujourd'hui, les professions de santé offrent le spectacle d'une extrême diversité, même si l'on se cantonne aux seuls pays industrialisés. Le panorama que présente ce rapport va donc à l'essentiel, met en relief ce qui est important et ne s'encombre pas de détails importants. L'objectif ultime est d'aider à comprendre le phénomène et à élaborer des mesures d'action qui soient pertinentes, c'est à dire bénéfique pour l'efficacité de toute l'organisation des soins. L'axe principal est la comparaison de la situation de l'Espagne à celle des autres pays industrialisés. Les données proviennent des publications de l'OCDE, complétées par d'autres sources. (extrait du texte).

Forgacs (2002). "The required number of physicians: is it an optimal figure? Le nombre requis de médecins est-il l'effectif optimal ?" CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 42(2-3) : 269-282, tabl., stat.

La densité médicale varie très largement d'un pays à l'autre, même parmi les nations développées. Il y a plus de 500 médecins actifs pour 100 000 habitants en Italie et moins de 200 au Royaume Uni et au Japon. La densité médicale d'un pays n'est pas corrélée ni avec le PIB, ni avec la durée moyenne de vie (mais il existe une corrélation entre les deux dernières variables). Il y a une certaine corrélation entre la densité médicale et celle des lits d'hospitalisation. Dans les pays industrialisés, il y a entre 3 et 5 infirmières pour 1 médecin, mais dans les pays pauvres, il y a au maximum deux infirmières. En général, plus il y a de praticiens, plus il y a de malades. Les normes de densité de personnel soignant sont la plupart du temps déterminées par les payeurs. Elles ne correspondent pas nécessairement aux besoins perçus par les professionnels. (résumé auteur).

Sibbald, B., Shen, J. et McBride, A. (2004). "Changing the skill-mix of the health care workforce." J Health Serv Res Policy 9 Suppl 1 : 28-38.

OBJECTIVE: Changing workforce skill-mix is one strategy for improving the effectiveness and efficiency of health care. Our aim was to summarise available research into the success or failure of skill-mix change in achieving planned outcomes. METHODS: A systematic search for existing reviews of research into skill-mix was conducted. Databases searched included: MEDLINE, CINAHL, PsychINFO, Cochrane Library, HMIC, Centre for Reviews and

Dissemination, and Department of Health Research Findings Register. Search terms included keywords defining the type of publication, clinical area, type of health personnel and the focus of the article (role change, skill-mix, etc.). English language publications from 1990 onwards were included. Two reviewers independently identified relevant publications, graded the quality of reviews and extracted findings. In addition, the wider literature was scanned to identify which factors were associated with the success or failure of skill-mix change. RESULTS: A total of 9064 publications were identified, of which 24 met our inclusion criteria. There was a dearth of research, particularly for role changes involving workers other than doctors or nurses. Cost-effectiveness was generally not evaluated, nor was the wider impact of change on health care systems. The wider literature suggested that factors promoting success include: introducing 'treatments' of proven efficacy; appropriate staff education and training; removal of unhelpful boundary demarcations between staff or service sectors; appropriate pay and reward systems; and good strategic planning and human resource management. Unintended consequences sometimes occurred in respect of: staff morale and workload; coordination of care; continuity of care; and cost. CONCLUSIONS: In order to make informed choices, health care planners need good research evidence about the likely consequences of skill-mix change. The findings from existing research need to be made more accessible while the dearth of evidence makes new research necessary.

2001

Cnamts (2001). Rapport sur quatre professions paramédicales : infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes dans les pays de l'Union Européenne et aux Etats-Unis. Paris Cnamts : 162, ann.

Le présent rapport résulte d'une demande de la direction générale de la Cnamts, en date de février 2000. Elle concernait, à l'origine, l'ensemble des professions médicales en Europe. En raison de contrainte de temps, la Mission Recherche Internationale a limité l'étude à quatre principales professions paramédicales : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes. Après une première partie terminologique, l'analyse porte sur l'organisation des soins et la pratique médicale par types de professions, et par pays. Certains pays n'ont pas pu être étudiés et certaines questions traitées pour l'instant. Les informations manquantes seront fournies ultérieurement.

1998

OCDE (1998). L'avenir des professions à prédominance féminine, Paris : OCDE

Dans tous les pays de l'OCDE, on observe une très forte ségrégation de l'emploi selon le sexe et une très grande concentration de l'emploi féminin sur les mêmes professions : secrétaire, institutrice, infirmière, aide à domicile. Ces professions, dont l'image reste souvent stéréotypée et traditionnelle, sont au cœur des sociétés de l'information et des services : aussi subissent-elles des bouleversements profonds dus aux technologies de l'information, au développement de l'économie du savoir, et au vieillissement de la population. C'est à travers ces transformations que se dessine un enjeu majeur pour l'emploi féminin et l'égalité des sexes sur le marché du travail.

OCDE (1998). Les professions de soins : incidence des nouveaux modes de financement et de prestation. L'avenir des professions à prédominance féminine, Paris : OCDE : 181-217, tabl.

Ce chapitre porte essentiellement sur l'incidence des nouveaux modes de financement et de prestation des services sur les professions de soins. Tout en reconnaissant que le secteur de l'éducation et de la santé sont les principaux fournisseurs de services aux enfants et aux personnes âgées, ce chapitre étudie plus particulièrement les services de soins à croissance rapide qui ont été peu analysés jusqu'à présent : services de garde d'enfants et services de soins pour personnes âgées dépendantes. Les données disponibles pour les différents pays ne sont ni homogènes, ni complètes et il n'est guère possible de procéder à des comparaisons rigoureuses. Les quelques données disponibles servent à examiner la qualité de l'emploi des femmes dans les professionnels de soins, et notamment du point de vue de la mobilité et des parcours professionnels.

1997

Jenkins-Clarke, S., Carr-Hill, R., Dixon, P., et al. (1997). "Skill mix in primary care: a study of the interface between the general practitioner and other members of the primary health care team: executive summary." *Occasional Paper* (28) : 15, 11 graph.

Ce document résume un projet du Département de la Santé britannique réalisé en 1994-1996 qui étudiait les relations entre médecins généralistes et les autres acteurs qui prodiguent des soins primaires. Il fait suite au rapport de décembre 1992 du « Medical Manpower Standing Advisory Committee » : « Planning the medical workforce ». Les objectifs étaient d'étudier les activités et les relations entre les acteurs fournissant des soins primaires, d'évaluer les tâches effectuées par le médecin et qui seraient réalisables par d'autres personnes, d'étudier les attitudes de chacun vis-à-vis des autres membres, d'évaluer l'intérêt de ces organisations pour le patient, puis leur coût-efficacité. Le rapport final a été publié en septembre 1997.

1984

Freidson et Herzlich (1984). *La profession médicale*, Payot, Paris

La maladie, la médecine font l'objet d'investigation sociologique, l'auteur pose toutes les questions du fonctionnement social de la médecine. L'intérêt de ce livre est d'amener à une nouvelle compréhension de la maladie. La maladie et la santé sont des catégories sociales construites par le savoir et la pratique du médecin. L'ouvrage éclaire aussi la notion de "profession", c'est à dire une nouvelle façon de penser division du travail et l'organisation de la société. Chez l'auteur, la notion de profession s'applique au champ de la santé.

Les professions paramédicales : sociologie et délégation de soins

FOCUS : QUELQUES REVUES DE LITTÉRATURE

Duncan, E. A. et Murray, J. (2012). "The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review." [BMC Health Services Research](#) 1(96) : (18)

ÉTUDES FRANÇAISES

2020

Medevielle, P. (2020). La mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. Paris Sénat ; Paris Assemblée Nationale: 40.

<http://www.senat.fr/rap/r19-563/r19-5631.pdf>

Dans ce rapport, on entendra par professionnels de santé les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les praticiens de l'art dentaire, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, les aides-soignants et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces professions sont des professions réglementées au sens de la directive 2005/36/CE, modifiée par la directive 2013/55/UE, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, c'est-à-dire des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives nationales, à la possession de qualifications professionnelles déterminées. Pour favoriser la mobilité, malgré ces dispositions nationales, le législateur européen a tenté d'harmoniser les conditions de qualifications nécessaires à l'exercice de ces professions réglementées au sein des États membres. C'est dans le secteur de la santé que l'harmonisation a été la plus rapide. Dès lors, la mobilité des professionnels de santé est devenue une réalité avec des conséquences diverses sur l'offre de soins dans les États membres de l'Union européenne. Elle s'accompagne d'inquiétudes au regard des conditions de mise en oeuvre des principes de reconnaissance mutuelle des qualifications et de la remise en cause des conditions particulières d'exercice au sein de chaque État membre. Après avoir présenté le cadre réglementaire en vigueur pour la reconnaissance des qualifications professionnelles, le présent rapport examinera les difficultés liées à la mise en oeuvre de cette réglementation, ainsi que les craintes qu'elle suscite parmi les professionnels de santé.

2019

Mangeonjean, F. (2019). "« Restaurons l'image des métiers paramédicaux ». Entretien avec Francis Mangeonjean, Président de l'Association des directeurs des soins (AFDS)." [Revue Hospitaliere De France](#) (590) : pp.18-21.

Francis Mangeonjean, Président de l'Association des directeurs des soins (AFDS), revient sur les résultats de l'enquête FHF qui souligne les difficultés actuelles de recrutement infirmier. Il

met en avant les facteurs permettant d'améliorer l'exercice professionnel des soignants et souligne le rôle du directeur des soins dans l'accueil, l'accompagnement et la fidélisation des agents.

Ricard, M. (2019). "Métiers du grand âge Ce que contient le rapport « El Khomri »." ASH (3132) : pp. 22-24.

Dans un rapport rendu le 29 octobre [2019] à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, l'ancienne ministre du Travail Myriam El Khomri propose, entre autres, de créer 92 300 postes en cinq ans et d'augmenter les salaires. (R.A.)

2018

Guirimand, N., Mazereau, P. et Lepage, A. (2018). Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social : décroiser & coordonner les parcours de vie et de soin, Nîmes : Champ social éditions

La notion de parcours de vie impose une transformation profonde des modalités d'organisation du secteur médico-social, sanitaire, éducatif ou d'accès aux structures de droit commun. Lorsqu'il s'agit de suivre et d'accompagner des personnes en situation de handicap ou de dépendance, ainsi que des malades chroniques, elle implique de définir avec les usagers leur projet de vie. En conséquence, ce travail impulse une dynamique d'élaboration et de prise de décision à la croisée de plusieurs secteurs. Accompagner les personnes en situation de handicap ou malades chroniques dans l'élaboration de leur parcours de vie, favoriser l'accessibilité aux services de droit commun, les aider à s'autonomiser et à trouver des réponses à leurs besoins et attentes, implique la mise en œuvre de dispositifs innovants en matière d'éducation thérapeutique, d'inclusion scolaire et péri-scolaire, mais aussi de soutien à la parentalité pour les familles les plus vulnérables. La pluralité des modalités de mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique et de dispositifs sanitaires et médico-sociaux d'accompagnement rend difficile la lecture des services proposés à la fois pour les usagers et pour les agents impliqués dans leur mise en œuvre. Si de manière consensuelle, la pluridisciplinarité est reconnue comme indispensable, la coopération entre les intervenants, elle, est essentielle. Pourtant cette coopération nécessite d'être pensée et analysée dans sa complexité, c'est-à-dire au point d'intersection entre les intérêts et les enjeux des agents à et pour cette pratique éducative, les moyens dont ils disposent pour sa mise en œuvre, sa temporalité (hospitalisation de jour, moyen séjour, stage intensif), les lieux d'exercice (service hospitalier, pôle de santé, domicile du patient, etc.). La coordination des parcours de vie appelle donc une exploration multidimensionnelle : sociologique, psychologique, philosophique, politique et anthropologique approfondie de toutes ces dimensions. Cet ouvrage tente d'apporter des éléments de compréhension en interrogeant, dans un même mouvement, les mécanismes implicites et explicites de la collaboration interprofessionnelle, les questions de l'inclusion sociale et scolaire, de l'éducation thérapeutique des jeunes en situation de handicap, ainsi que les transformations identitaires des acteurs qui coopèrent à la construction des parcours de vie.

Houssel, M. (2018). "Accessibilité des formations paramédicales : Un engagement continu." Revue Hospitalière De France (583) : 14-17, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP GR0x789D. Diffusion soumise à autorisation]. En 2016, la fonction publique hospitalière a atteint un taux d'emploi de travailleurs handicapés de 5,51%. Néanmoins, ce taux de travailleurs handicapés parmi les effectifs de la FPH correspond pour l'essentiel à des situations de maintien dans l'emploi : le recrutement direct

ne concerne que peu le cœur de métier de l'hôpital. Force est de constater que la FPH peine à former, et recruter, des professionnels paramédicaux en situation de handicap. La Fédération Hospitalière de France a mené dès 2015 une enquête sur l'accessibilité des instituts de formation qui a abouti à l'élaboration d'un livre blanc comprenant des préconisations et des fiches pratiques. En 2017, la Fédération a reconduit cette enquête afin d'évaluer l'appropriation des outils proposés et la mobilisation des instituts.

Inthavong, K., Rodriguez, M.-P., Rossi-Pacini, F., et al. (2018). "Vers un management paramédical fédérateur : Construire et accompagner le changement." GESTIONS HOSPITALIERES (574) : 148-151.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9BDrB. Diffusion soumise à autorisation]. La coordinatrice générale des soins de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), en s'appuyant sur le projet managérial co-créé avec l'encadrement paramédical, impulse une dynamique forte de changement managérial dans un contexte singulier et complexe. Du management au leadership, ou comment faire "bouger les lignes" en partant de l'encadrement de proximité. Les auteurs présentent ici la démarche globale initialisée, construite et pilotée par un large ensemble de professionnels, pour conduire cette évolution. (R.A.).

2017

Croguennec, Y. (2017). "La formation aux professions de la santé en 2015 : (hors professions médicales et pharmaceutiques)." Serie Statistiques - Document De Travail – Drees (202) : 155.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/la-formation-aux-professions-de-la-sante-en-2015-hors-professions-medicales-et>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x99C9G. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document de travail présente dans sa première partie les résultats de l'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé en 2015 qui relèvent du Ministère chargé de la santé. Dans sa seconde partie, il détaille les statistiques sur les formations aux professions de santé relevant du Ministère chargé de l'enseignement supérieur. Pour l'année 2015, sont présentés formation par formation, les tableaux comprenant le nombre de centres de formation, les effectifs d'inscrits, par année d'étude, par session et par sexe, le nombre de diplômés. D'autres tableaux sont par ailleurs présentés sur les caractéristiques des étudiants en 2015 : le statut, l'âge, le mode de prise en charge financière, le niveau d'études antérieur, la série de baccalauréat pour les bacheliers, l'origine sociale, la situation principale l'année précédant l'entrée en formation. Enfin, des tableaux régionaux et chronologiques sont accessibles dans ce document.

Desjeux, C. (2017). Etat des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD - SAMSAH/SAVS («SPASAD» handicap adulte) : Rapport final. Paris Handéo : 197, tab., graph., fig.

L'Observatoire national des aides humaines, porté par Handéo, s'est intéressé aux freins et leviers de coopération entre les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et les autres structures sociales, médico-sociales et sanitaires. L'étude analyse plus particulièrement les coopérations avec les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH), et leurs effets pour leurs bénéficiaires.

2016

Casteran-Sacreste, B. et Mainguene, A. (2016). "La formation aux professions de la santé en 2014." *Serie Statistiques - Document De Travail – Drees* (198) : 122.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/la-formation-aux-professions-de-la-sante-en-2014>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xm7E8o. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article détaille les résultats de l'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé en 2014. Cette enquête concerne tous les élèves ayant effectué une inscription ou ayant été diplômés en 2014.

Chamak, B. (2016). "Accompagnement d'enfants et d'adolescents autistes : un SESSAD innovant en Moselle." *Revue Francaise Des Affaires Sociales* (2) : 142-156.

[BDSP. Notice produite par CREAIORSLR R0xjJ7C. Diffusion soumise à autorisation]. Un développement croissant des soins ambulatoires est constaté en pédopsychiatrie, comme l'atteste la multiplication des services d'éducation et de soins à domicile (SESSAD) - moins de 7 000 en 1987 et plus de 44 000 en 2010. Avec l'exemple du fonctionnement d'un SESSAD en Moselle, qui pratique une approche originale, il s'agit, dans cet article, de mieux comprendre les missions de ces structures du secteur médicosocial, les tensions engendrées par la multiplication des acteurs et le rôle de l'ARS dans l'orientation de leur fonctionnement, entre demande d'innovation et normalisation. Un SESSAD ne représente qu'une des étapes et qu'un interlocuteur parmi d'autres. Pour les parents, les services ponctuels impliquant plusieurs structures sont souvent sources de tracas, d'incertitudes et de problèmes d'organisation. A quelles conditions un SESSAD peut-il être considéré comme porteur d'innovation, assurer une véritable inclusion scolaire et aider à la fois les enfants, les parents et les enseignants ? Des observations ethnographiques et des entretiens avec les parents et les professionnels d'un SESSAD ont été réalisés en Moselle pour explorer ce type de questions. (R.A.).

Cour des Comptes (2016). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. Paris Cour des comptes : 192.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>

La Cour des comptes rend public, le 12 juillet 2016, un rapport sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. La proportion des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population française devrait doubler entre 2010 et 2060, et leur nombre atteindre alors 8,4 millions. Simultanément, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait passer à 2,3 millions. Pour les personnes concernées et leur famille, la perte d'autonomie est psychologiquement difficile à vivre. Elle l'est aussi financièrement. La question des modalités de la prise en charge de la perte d'autonomie se posera de manière accrue, dans un contexte de ressources publiques limitées. La loi du 20 juillet 2001, en créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), a favorisé le développement de services de soins et d'accompagnement à domicile, ainsi que de nouvelles formules intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire). L'offre de prestations a ainsi connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité, mais la connaissance des besoins, l'information des bénéficiaires et le pilotage de cette politique demeurent insuffisants. La Cour estime donc nécessaire

d'améliorer l'organisation de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de cibler de manière plus efficace les aides correspondantes.

2015

Bapt, G., Franco, A., Burnel, P., et al. (2015). Quelle santé à domicile pour demain ? Paris Fédération des PSAD : 2 vol (35 ; 18).

<https://www.silvereco.fr/rapport-quelle-sante-a-domicile-pour-demain-enjeux-et-perspectives/3138573>

La Fédération des PSAD a mené un travail prospectif pour comprendre les évolutions prévisibles de la santé à domicile dans les prochaines années. Les traitements à domicile sont appelés à se développer et des solutions nouvelles vont émerger pour accompagner ces évolutions. Il apporte un éclairage global autour de 6 dimensions essentielles : le patient à son domicile, la coordination des soins, la télésanté, l'accès aux soins, des économies pour le système de santé et l'innovation du domicile. Sur la base des conclusions de ce rapport, la fédération a formulé trente et une propositions regroupées en neuf axes structurants: répondre à l'aspiration des patients et de leur famille à être traités chez eux; développer la qualité et la sécurité des soins et prestations à domicile ; promouvoir l'égal accès aux soins à domicile sur tout le territoire ; faire bénéficier l'éducation thérapeutique au plus grand nombre ; structurer une offre efficiente dans le parcours de soins du patient ; développer des logiques de performance et de remboursement en fonction de l'utilisation ou de l'efficacité ; accompagner la diffusion de l'innovation ; mettre en œuvre la télémédecine ; contribuer au partage des données de santé.

2014

Bloch, M. A., Henaut, L. et Havis, D. p. (2014). Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris : Dunod

<http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/action-sociale-et-medico-sociale/politiques-et-dispositifs/coordination-et-parcours>

L'accroissement du nombre de personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladies chroniques, rend nécessaire le développement et la diversification des soins et des services, mais demande aussi une meilleure coordination des interventions. Pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide, les pouvoirs publics, les professionnels et les associations de familles et d'usagers sont engagés dans un processus permanent d'innovation et de coopération à l'origine de la dynamique de l'ensemble du monde sanitaire, social et médico-social. Cet ouvrage retrace l'histoire de la structuration de la coordination en France dans plusieurs domaines d'intervention (gériatrie, santé mentale, handicap, cancer, maladies rares, accident cérébral), ainsi que l'apparition récente de la notion de parcours dans l'espace public. Il propose une analyse critique des politiques conduites en matière de coordination, et tente d'expliquer la persistance des dysfonctionnements observés. À partir d'enquêtes réalisées sur plusieurs territoires, les facteurs de succès pour la mise en place de dispositifs de coordination pérennes sont ensuite mis en évidence. L'innovation se révèle être le produit des interactions entre initiatives locales et directives nationales. Enfin, l'ouvrage propose une typologie des nouveaux professionnels de la coordination (gestionnaires de cas, pilotes, référents, médecins coordonnateurs, chargés de mission...) et souligne notamment le rôle clé joué par les cadres intermédiaires des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

Bourceret, P., Michaud, S., Housset, J., et al. (2014). "Exercice professionnel paramédical et coopérations. Dossier." Revue Hospitaliere De France (558) : 20-30, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xlrJl8. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier expose tout d'abord les freins au développement des protocoles de coopération entre professionnels de santé, qui restent peu nombreux plus de quatre ans après la loi HPST. Le Président de l'AFDS, Stéphane Michaud, dresse ensuite un bilan du dispositif des coopérations entre professionnels de santé tout en évoquant les améliorations attendues avec la future loi de santé publique. Le troisième article se concentre sur le rôle du directeur des soins dans la coordination territoriale relative au parcours de santé des personnes âgées hospitalisées. Enfin, la fédération hospitalière de France livre son analyse du dispositif : historique et perspectives.

Lombardo, P. (2014). "Secteurs publics gérontologie et handicap. Les formations à l'accompagnement, en pratique et sur le terrain." Revue Hospitaliere De France (561) : 38-39.

[BDSP. Notice produite par EHESP rR0xkCoq. Diffusion soumise à autorisation]. Comment rendre attractifs les postes de soignants à pourvoir dans les secteurs publics gérontologiques et du handicap ? Les instituts de formation sont-ils en mesure de contribuer à cette attractivité, et si oui, comment ? L'Ifsi d'Annecy témoigne ici de son expérience et des moyens mis en oeuvre pour favoriser l'attractivité de ces secteurs auprès des aides-soignants et infirmiers.

Rochut, J. (2014). "Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux." Etudes Et Resultats (Drees) (895) : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/metiers-de-la-reeducation-des-professionnels-toujours-plus-nombreux>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xFEtqq. Diffusion soumise à autorisation]. Le champ de la rééducation couvre sept métiers très différents : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien. En 2013, les professionnels de la rééducation en activité, âgés de moins de 65 ans sont près de 140 000 en France. Leur nombre est en forte augmentation depuis la fin des années 1990, porté par l'accroissement continu des inscrits en formation sur le territoire et par une hausse des praticiens diplômés à l'étranger venus s'installer en France. Ces professions, en majorité jeunes et féminisées, présentent des modes d'exercice variés. La pratique libérale est très majoritaire pour les masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes. Les professionnels de la rééducation restent inégalement répartis sur le territoire : les départements côtiers ou du sud de la Loire sont les plus favorisés ainsi que, dans une moindre mesure, ceux de l'Île-de-France.

2013

Bauduret, J. F. et Gauthier, P. p. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques, Paris : Dunod

<http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/action-sociale-et-medico-sociale/politiques-et-dispositifs/institutions-sociales-et-medico-so>

Depuis la loi du 2 janvier 2002, le flot des réformes n'a pas cessé, au point de modifier sensiblement la construction du dispositif et de susciter une évolution des rôles des acteurs

comme des décideurs. Cet ouvrage fait le point sur les évolutions législatives et règlementaires et analyse les cohérences, comme les incohérences, de la nouvelle architecture juridique. Il retrace à travers son histoire et sa géographie, l'originalité du secteur social et médico-social en soulignant la force, la diversité et le dynamisme, mais aussi les faiblesses : les fragmentations, cloisonnements et autres obstacles à la continuité des accompagnements et des parcours, les distorsions des politiques conduites dans la perte d'autonomie, ainsi qu'une décentralisation mal pensée, préjudiciable à la cohérence des actions déployées sur le terrain. L'auteur ouvre des perspectives, en traçant six voies d'amélioration sur les deux principaux versants de la qualité : la nature des interventions directement servies aux usagers et la structuration et l'organisation des dispositifs de l'offre sociale et médico-sociale (4e de couverture).

Bourgarel, S. et Piteau-Delord, M. (2013). "Les services d'accompagnement pour jeunes en situation de handicap : une géographie de l'offre." SANTE PUBLIQUE 25(6) : 785-792.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7HorR0xr. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude analyse les logiques d'implantations des services à domicile pour enfants handicapés (SESSAD) dans un contexte de sous-équipement. Une enquête par questionnaire auprès de 75 services (82 % des SESSAD de la région), portant sur les déplacements a été réalisée, ainsi qu'une cartographie des équipements et des déplacements. Les implantations de services pour enfants handicapés ont souvent été réalisées sur le site des internats qui ont contribué à leur création. Ces implantations sont parfois excentrées, loin des bassins de populations, générant ainsi des temps et des frais de déplacements évitables. Le sous-équipement chronique rend viables ces implantations, les services étant toujours pleins, malgré la distance qui les éloigne des familles qu'ils accompagnent. La cartographie dessine des aires de recrutement étendues et entremêlées entre services qui prennent en charge une clientèle semblable.

Gallois, F. (2013). "L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé." Journal de gestion et d'économie médicales 31(1) : 15-29, rés., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA Bm8r9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article interroge la place l'aide à domicile dans le système de santé en positionnant ces services au sein de la filière de santé gériatrique. L'histoire longue du système de santé et de son organisation montre que l'introduction de logiques productives et marchandes dans un système hospitalo-centré conduit à une recomposition du système qui renforce le rôle de l'aide à domicile. Pourtant, même si les acteurs de l'aide à domicile revendiquent une régulation proche de celle des soins, leur mode de régulation se situe à l'opposé. Pire, l'aide à domicile apparaît comme un régulateur de la performance de l'hôpital.

Hedin, P., Guillard, G. et Ennuyer, B. (2013). "L'avenir à domicile : dossier." Documents Cleirppa (52) : 4-20.

Les personnes âgées souhaitent demeurer le plus longtemps possible à leur domicile. Comment répondre aux nouveaux besoins de ces patients et rendre les services plus performants ? Ce numéro se penche sur l'évolution des services à domicile en mettant en avant différentes expérimentations (création d'un SSIAD de nuit, expérimentation des PAERPA, nouveau mode d'habitat alternatif...) et en soulignant les principaux freins et difficultés du service à domicile.

Marsala, V., Allal, P. et Roussel, I. (2013). Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD : Rapport : Annexes et pièces jointes. Rapport IGAS ; 2013 129. Paris IGAS : 2 vol. (93 145).

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IGD9BR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La décision d'inscrire les formations paramédicales dans le schéma Licence-Master-Doctorat (dit LMD) a été prise dès décembre 2006 par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Et, c'est à compter de novembre 2008 que la concertation et les travaux de réingénierie proprement dits ont débuté, associant, dans des groupes de travail constitués pour chaque profession, outre les deux départements ministériels, l'ensemble des acteurs concernés, responsables des formations, professionnels, étudiants, universités. Fin 2012, les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont chargé l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche d'en effectuer le bilan et d'en tirer des enseignements pour la poursuite et l'achèvement du processus.

Vigneron, E. et Haas, S. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. De l'analyse régionale à une mise en perspective nationale, Paris : FEHAP

http://www.fehap.fr/jcms/fehap_94521/les-etudes-regionales-des-services-a-domicile-enfin-disponibles?portal=hbe_5005&pccid=hbe_5022

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides offrent de nombreuses données sur les différents types de services à domicile : hospitalisation à domicile, dialyse hors centre, services d'aide à la personne, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'éducation spéciale et des soins à domicile (SESSAD), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'aide autorisés à domicile (SAAD).

2012

Bagaragaza, E., Ankri, J., Pomey, M. P., et al. (2012). L'évaluation de la qualité de l'aide et de soins aux personnes âgées vivant à domicile. Cas des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). Programme de recherches Drees-Mire/CNSA "Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, prise de parole des usagers." - Convention 09RAX961. Versailles Université de Versailles : 109, ann.

[BDSP. Notice produite par FNG o9kR0xBp. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport présente une étude qualitative menée au sein de deux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) se trouvant à Paris. Les résultats nous montrent que les acteurs mettent en avant la dimension non technique des services d'aide et de soins. La qualité de la relation entre la personne soignée et son aidant est l'un des critères déterminant la qualité de ces services. D'autres critères de la qualité portant sur la structure, les processus et des résultats ont été identifiés. A partir des résultats de cette étude et des connaissances existantes, l'auteur propose un cadre conceptuel et méthodologique de l'évaluation adapté au contexte et à ces services. Des indicateurs pour apprécier leur qualité sont aussi proposés. Une collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain, informés et formés à l'utilisation de cette approche, permettra son acceptation et son utilisation afin de pouvoir par la suite mettre en pratique les résultats de ces évaluations afin d'améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées. (R.A.).

Dupin, C., Debout, C., Rothan-Tondeur, M., et al. (2012). "Recherche infirmière et paramédicale." Revue Hospitaliere De France (546) : 10-39.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xGlq9s. Diffusion soumise à autorisation]. Le dossier propose tout d'abord un état des lieux de la recherche infirmière en France et dans le monde, et présente ensuite ses enjeux et ses perspectives. Les six contributions qui suivent ce préambule témoignent de l'avancée et de l'organisation de la recherche paramédicale dans différents hôpitaux : Toulouse, Paris, Morlaix, Bordeaux, Angers, Lyon.

Ollivier, G., Bichier, E. et Fontaine, M. (2012). "Réforme de la formation initiale paramédicale. Principes et contexte." Revue Hospitaliere De France (545) : 32-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP pR0x8lp9. Diffusion soumise à autorisation]. Les accords de Bologne sur l'enseignement supérieur et la formation continue signés en 1999 avaient pour finalité d'organiser l'harmonisation européenne des diplômes et de favoriser le rapprochement entre l'université, les grandes écoles et le monde professionnel. Et ceci, notamment à travers l'adoption d'un système fondé sur trois cycles "licence, master, doctorat. En France, la réforme engagée a consisté à conférer progressivement le grade de licence à des étudiants titulaires d'un diplôme d'exercice (et ultérieurement, le cas échéant, celui de master) dès lors que la formation a été dispensée dans le cadre d'une convention passée sur l'université. Cet article revient sur le processus des accords de Bologne et sur la mise en place en France de la réforme de la formation initiale des professionnels paramédicaux soulignant les enjeux et les attentes d'une telle réforme : attentes en termes de reconnaissance et de valorisation pour les professionnels, enjeux en termes de création de nouveaux métiers et de réponses aux nouveaux besoins de santé.

Parier, E. et Chabot, J.-M. (2012). "Qualité de la prise en charge. Quels impacts de la réforme des études paramédicales ?" Revue Hospitaliere De France (545) : 30-31.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xtroj7. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente en introduction au dossier les thèmes abordés par le groupe de travail pluridisciplinaire FHF "Universitarisation et qualité des soins".

2011

Bertrand, D. et Falinower, I. (2011). "Les services de soins infirmiers à domicile en 2008." Serie Statistiques - Document De Travail – Drees (160) : 37, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-services-de-soins-infirmiers-a-domicile-en-2008>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IROxHC79. Diffusion soumise à autorisation]. La DREES a réalisé, en 2009, une enquête exhaustive portant sur l'exercice 2008 des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont des établissements médico-sociaux dont la vocation est de dispenser des soins infirmiers, des soins d'hygiène générale ou des soins relevant d'autres auxiliaires médicaux au domicile des personnes malades ou atteintes par une diminution de leurs capacités physiques. Inscrit dans le cadre de la réforme de la solidarité pour les personnes dépendantes (plan "Vieillesse et solidarités" en novembre 2003, puis "Solidarité-Grand âge" en juin 2006) le développement des places offertes par les SSIAD est considéré comme un élément indispensable du dispositif

mis à la disposition des personnes âgées pour favoriser leur maintien à domicile. Leurs interventions, dans des situations variées (phase aiguë de maladie sans gravité, dépendance pour des soins de vie que la personne ne peut assurer seule,) permettent tout aussi bien de prévenir une hospitalisation lors d'une affection, que de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, ou de retarder une entrée en institution.

David-Souchot, V. et Ammar-Khodja, N. (2011). "Pratique managériale. Mutualisation des personnels paramédicaux sur un pôle. Un outil de développement des compétences cadre de santé." GESTIONS HOSPITALIERES (510) : 595-600, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xIs9jq. Diffusion soumise à autorisation]. La politique hospitalière de gouvernance et de gestion économique des ressources de santé implique de travailler sur des projets de performance et d'innovation, notamment en matière de gestion financière et opérationnelle. La création de la mission transversale RH constitue un "dispositif" d'efficacité et de pertinence permettant d'optimiser le contrat d'objectifs et de moyens du pôle. Bénéficiant d'un rationnel de leur pôle chirurgie basé sur une logique de spécialités, les auteurs ont mis en place la mutualisation des personnels non médicaux et en ont évalué l'organisation auprès des personnels concernés.

De Gaudemaris, R., Lang, T., Senechal, M., et al. (2011). "Diagnostic et prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles." GESTIONS HOSPITALIERES (509) : 537-542, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x8nppj. Diffusion soumise à autorisation]. Si la pénibilité physique du travail est bien connue dans les hôpitaux, les contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) au travail sont associées à un risque de pathologies cardiovasculaires ou mentales et participent aux troubles musculo-squelettiques. L'étude Orsosa a permis de développer et de valider un outil simple de quantification des CPO à partir du vécu des infirmières et aides-soignantes. Cet article, synthèse des travaux de l'étude Orsosa, se veut force de proposition pour améliorer la santé au travail en privilégiant l'approche collective des CPO au niveau de leur source même : les unités de travail.

Evrard, L. (2011). "Les différents profils du personnel dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees) 20(20) : 21-34.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201120.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE qR0xB8ql. Diffusion soumise à autorisation]. Les auteurs dégagent des profils types de personnels selon les différentes structures médico-sociales, certains se spécialisent dans l'accueil de handicaps spécifiques. Environ 80% du personnel est féminin dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui ont vocation à accompagner l'enfant et sa famille pour favoriser son intégration scolaire et cette proportion est de 69% dans les établissements d'éducation spéciale. Si 30% des personnels sont des éducateurs spécialisés dans les deux types de structures, les SESSAD emploient en proportion davantage de psychologues et de personnels paramédicaux (30% contre 10%). Par ailleurs, les profils du personnel varient selon les établissements : les établissements pour enfants polyhandicapés et ceux pour déficients moteurs emploient proportionnellement moins de personnel éducatif, pédagogique et social mais plus de psychologues ou personnel paramédical que les autres établissements et, au total, disposent d'un taux d'encadrement bien plus élevé.

Fournier, C. (2011). "La prise en compte des motivations des élèves soignants : éléments clé d'un recrutement et d'une fidélisation réussis." Journal D'economie Medicale 29(6-7) : 323-335.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 99IR0xnE. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence, dans un contexte de pénurie, les facteurs de motivation des étudiants qui se lancent dans une carrière de soignants (infirmiers et aides-soignants) et de voir comment ces motivations évoluent lorsque l'on considère un horizon temporel de dix ans. Un questionnaire dérivé de la théorie de la motivation duale d'Herzberg (1971 ; 2003) a été administré auprès de 253 étudiants actuellement inscrits dans des IFSI-IFAS. Des facteurs tels que le travail proprement dit ou l'épanouissement personnel constituent des variables majeures de motivation pour entrer dans la carrière. La sécurité de l'emploi et l'avancement deviennent importants par la suite. Des implications managériales et des voies de recherche sont enfin présentées.

Lebee, E. (2011). "Comment sécuriser les recrutements et fidéliser les personnels en EHPAD ?" Revue Hospitalière De France (540) : 32-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP l8EJR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Le recrutement de personnel qualifié et motivé est une des difficultés majeures rencontrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, y compris lorsque cet établissement est rattaché à un centre hospitalier de référence. Les Hôpitaux de Chartres ont conçu un plan transversal qui s'étend de la sécurisation des recrutements à la fidélisation des professionnels de gérontologie, via l'amélioration des conditions de travail et la valorisation du sens de leur action. (R.A.).

Nahon, S. (2011). "Les étudiants en formation sociale ou de santé pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie." Etudes Et Resultats (Drees) (781) : 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er781.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8koEsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2009, 5 775 étudiants se sont inscrits à une formation d'auxiliaire de vie sociale (AVS), 7 332 à une formation d'aide médico-psychologique (AMP) et 24 292 à une formation d'aide-soignant (AS), principalement en Île-de-France, en Rhône-Alpes et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. En 10 ans, l'offre de formation à ces métiers et le nombre de diplômés ont fortement augmenté. Les étudiants aides-soignants sont les plus diplômés, quatre sur dix ont au moins le Bac à leur entrée en formation. Ces formations sont particulièrement féminisées. Les étudiants y sont aussi plus âgés que ceux des autres formations sociales et de santé : leur moyenne d'âge, d'au moins 30 ans, atteint 36 ans pour les futurs AVS. Plus de la moitié des étudiants en formation d'AS étaient en emploi l'année précédant leur entrée en formation, ainsi que les deux tiers de ceux en formation d'AMP. En revanche, plus de la moitié des futurs AVS étaient au chômage ou inactifs. Les étudiants se forment pour la plupart dans leur région, sauf pour ceux originaires des DOM ou d'une région avec une offre de formation réduite.

2010

Bertrand, D. (2010). "Les services de soins infirmiers à domicile en 2008." Etudes Et Resultats (Drees) (739) : 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er739.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE rr9qtR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Au 31 décembre 2008, les 2 095 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) présentent une capacité de 106 000 places installées, et prennent en charge 98 000 personnes, soit un taux global d'occupation de 93 % et un taux d'équipement moyen de 20 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Initialement créés pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, les SSIAD sont désormais ouverts depuis 2004 aux personnes adultes de moins de 60

ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques. La grande majorité des patients pris en charge par les SSIAD vit à domicile (96 %), est âgée de 75 ans ou plus (plus de 80%) et se trouve en situation sévère de perte d'autonomie (deux tiers sont des femmes).

Chevreur, K. d. et Heyries, F. p. (2010). Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : Le coût de leur prise en charge et ses déterminants. Paris URC ECO : 2 vol. (86 +288) ; tabl., fig.

La prise en charge des personnes âgées doit faire face au défi que constitue l'allongement de la vie, qui augmente de 3 mois par an. En France aujourd'hui, on comptabilise 12,1 millions de personnes de plus de 60 ans et 5 millions de plus de 75 ans, ce qui représente 24 % de la population totale. Le nombre de nos concitoyens octogénaires va doubler dans les dix prochaines années et ils seront 4 millions en 2020. Ce phénomène de vieillissement de la population s'accompagne d'une diminution des aidants naturels puisque d'après les projections démographiques de l'Insee, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, qui aujourd'hui constituent la majorité des aidants, devrait augmenter de 10 % environ entre 2000 et 2040 alors que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait progresser de 53 % selon le scénario central des projections du nombre de personnes âgées dépendantes. Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes nécessite de trouver des solutions en matière de prise en charge afin de rendre effective leur liberté de choix de rester chez elles si elles le souhaitent et si leur état de santé le permet. Première étude nationale sur le sujet, portant sur plus de 2 000 patients, cette enquête permet de mieux connaître la réalité des services de soins infirmiers à domicile, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, le niveau de dépendance, les déficiences et pathologies pris en charge et d'en objectiver les coûts. Elle constitue un préalable aux réflexions en cours sur la réforme de la tarification des SSIAD et sur la mise en place de nouvelles prises en charge, qu'il s'agisse de la constitution d'équipes spécialisées pour dispenser une prestation d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore de la réalisation des soins d'accompagnement de fin de vie.

Jany-Catrice, F. et Puissant, E. (2010). "L'aide à domicile face aux services à la personne et registres d'action contradictoires : des politiques aux organisations." Revue De L'ires (La) (64) : 121-147.

Malgré une difficulté certaine à les cerner quantitativement, les emplois des services à la personne sont environ en 2008 au nombre de 1,3 million. Mais ce secteur, dont les contours sont définis dans la loi du 26 juillet 2005, est constitué d'activités extrêmement hétérogènes. Cet article cherche à montrer dans quelle mesure ce regroupement, et les dispositifs réglementaires qui l'ont précédé puis accompagné, bousculent plus particulièrement les activités à domicile d'action sociale, telles qu'elles ont été structurées et développées dans les « associations d'aide à domicile ». Ces acteurs historiques, qui représentent une part importante de l'activité des services à la personne 4, se trouvent aujourd'hui au cœur de multiples registres d'action, entrant parfois en contradiction. Il souligne dans quelles mesures les tensions, aussi bien macro (partie I) que micro socioéconomiques (partie II), se cristallisent sur cet acteur collectif historique. Il montre par ailleurs que ce sont particulièrement les postes de coordination et d'encadrement intermédiaire qui subissent ces tensions (partie III).

2009

Chevreur, K. d., Heyries, F. p., Bahrami, S., et al. (2009). Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants. Paris URC ECO : 2 vol. (86 +288) ; tabl., fig.

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

Cet ouvrage rapporte les résultats de l'étude conduite en 2007 sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et leurs patients, auprès de 36 services dans 5 régions métropolitaines. Première étude à caractère national, d'une part elle décrit, sur la base d'un échantillon représentatif des bénéficiaires, la patientèle de ces services, ses caractéristiques démographiques, son niveau de dépendance, les déficiences et pathologies qu'elle présente, et enfin le mode de vie et le contexte social dans lequel les prestations sont dispensées. Elle permet, d'autre part, de connaître précisément la prise en charge offerte à ces patients par les soignants des SSIAD, la fréquence des passages au domicile et la durée des soins qui leur sont prodigués. Le calcul des coûts précis des soins permet de comprendre les difficultés rencontrées sur le terrain par les services. En effet, il existe une grande hétérogénéité dans l'importance de la prise en charge de ces patients dont le coût varie dans une fourchette de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'assurance maladie. Cette grande variabilité explique que les SSIAD soient face à des situations financières très différentes en fonction de la population qu'ils desservent. Un certain nombre de facteurs discriminants, qui expliquent la plus grande part des différences de coût, est identifié. Une réflexion reste à conduire sur l'intégration de ces résultats dans la définition d'un mode de rémunération plus équitable des prestations réalisées par ces SSIAD.

Cordier, M. (2009). "L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes." Etudes Et Resultats (Drees) (709) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er709.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x8FE99. Diffusion soumise à autorisation]. L'organisation du travail dans le secteur de la santé répond à des exigences d'égalité d'accès et de continuité des soins. En conséquence, les contraintes temporelles de travail, le dimanche et de nuit, y sont nettement plus répandues que dans la plupart des autres secteurs marchands de l'économie. Ceci se vérifie, notamment pour le personnel soignant (infirmières et aides-soignantes) et médical (médecins et pharmaciens). De plus, quand ils sont interrogés, les professionnels de santé déclarent souvent être contraints par un rythme de travail soutenu, des délais très courts et des demandes exigeant des réponses immédiates. S'ajoutent à cela de fortes contraintes liées au travail collectif et à une constante collaboration avec leurs collègues. En outre, la moitié des infirmières et des aides soignantes et un tiers des médecins déclarent ne pas pouvoir interrompre momentanément leur travail. En trois ans, un salarié sur deux affirme avoir ressenti une accentuation de ces contraintes de rythme, surtout lorsque son établissement a été confronté, durant la même période, à la montée de l'isolement ou à l'appauvrissement de ses usagers. C'est aussi grâce à ce travail collectif que les personnels hospitaliers peuvent compter sur l'appui des collègues et de la hiérarchie, en cas de surcharge de travail ou de difficultés face à un patient ou sa famille.

Martin, F., Barrau-Baumstark, K. et Rebeschini, E. (2009). "Qualité de vie, fatigue et épuisement professionnel. Évaluation chez des agents paramédicaux de services de réanimation." GESTIONS HOSPITALIERES (484) : 167-172.

[BDSP. Notice produite par EHESP IROxonC8. Diffusion soumise à autorisation]. L'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille se propose de réorganiser le temps de travail avec un horaire de type deux fois 12 heures. Cet allongement de la vacation journalière préoccupe le personnel quant à de possibles effets négatifs, en particulier sur la santé et la qualité de vie, ces effets négatifs ayant été soulignés par certaines études réalisées dans le secteur industriel. Les auteurs ont donc voulu analyser l'impact du type d'horaire de travail sur la

santé, l'état de fatigue et les niveaux de qualité de vie et d'épuisement professionnel auprès de soignants travaillant en secteur de réanimation et de soins intensifs. Ils présentent dans cet article les résultats de leur enquête qui a porté sur 186 agents de trois services de réanimation de l'AP-HM.

2008

CNSA (2008). Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD. Paris CNSA : 175.

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_COMPLET_Suivi_qualitatif_SAMSAH_SSIAD_-_CNSA-3.pdf

Ce rapport donne les premières conclusions du suivi qualitatif du développement des Services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) et des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) intervenant auprès des personnes handicapées. Ces nouveaux services, qui interviennent en milieu ordinaire de vie, contribuent à la diversification des modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap, pour la mise en oeuvre du plan personnalisé de compensation. Mais leur déploiement sur le territoire national est encore inégal.

Estryn-Behar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xnt8k8. Diffusion soumise à autorisation]. Analyser les raisons pour lesquelles les paramédicaux hospitaliers quittent prématurément leur profession et formuler des préconisations pour prévenir ce phénomène : tels étaient les buts de l'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study). L'ampleur et la représentativité de l'échantillon de cette étude ont permis un traitement exhaustif des causes du mal-être des soignants. Ce mal-être n'est pas sans remèdes, lesquels ne sont pas nécessairement budgétivores. C'est ce qu'entend démontrer ici Madeleine Estryn-Béhar à partir des résultats de PRESST-NEXT. L'ouvrage est conçu pour permettre au lecteur de s'emparer aisément des éléments de diagnostic et des préconisations correspondantes. Chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT. Il se clôt sur un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés. Des fiches actions finales proposent des solutions applicables à l'échelon local. (R.A.).

Jeandet-Mengual, E. et Reboul, J. B. d. (2008). Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers : note définitive. Paris IGAS ; La documentation française : 180.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000329.pdf>

Le ministre de la santé et des solidarités avait demandé en avril 2007 à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qu'intervienne une mission d'analyse et de réflexion, en relation avec les professionnels, concernant l'organisation globale de l'offre en soins infirmiers, sous la forme d'un groupe de travail piloté par l'inspection générale et destiné à recueillir des contributions ouvertes et partagées par l'ensemble des professionnels sur ce sujet. Cette mission a été confirmée par le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et a démarré de manière effective en septembre 2007. Il s'agissait d'étudier les moyens de renforcer la cohérence de l'offre et de formuler des propositions pour garantir la présence d'une offre en soins infirmiers de qualité sur l'ensemble du territoire tout en assurant la complémentarité des différents intervenants (offre de soins infirmiers libérale, services de soins infirmiers à

domicile (SSIAD), centres de soins infirmiers (CSI), compte tenu du constat d'une très grande disparité géographique de la répartition de l'offre en soins infirmiers.

2007

Cram (2007). Les services de soins infirmiers à domicile : moyens humains et financiers, évaluation et perspectives de fonctionnement. Nantes Cram : 55, tabl., carte, graph., ann.

<https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) constituent un maillon important de la politique de maintien à domicile et seront, dans ce cadre, amenés à se développer dans les prochaines années. Le plan "Solidarité - Grand Âge" présenté en juin 2006, prévoit en effet l'augmentation de 40 % du nombre de places en 5 ans. L'Assurance Maladie apporte un soutien financier déterminant aux SSIAD : ainsi, le financement exclusif de l'Assurance Maladie à ces services a fortement évolué, en doublant pratiquement au cours des dernières années, pour passer de 28,26 millions d'euros en 1995 à près de 55 millions en 2005. L'objectif de cette étude a été de réaliser une comparaison et une analyse des coûts de fonctionnement des 113 SSIAD de la région afin de mieux appréhender leurs fonctionnements et leurs rôles dans le dispositif de maintien à domicile des personnes âgées et handicapées.

ENSP (2007). Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles. Rennes Editions ENSP : 326.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2.pdf>

L'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière a pour finalité d'être un outil d'aide à la décision pour l'ensemble des acteurs de santé. Son ambition est d'éclairer les professionnels dans leurs choix, qu'il s'agisse des orientations stratégiques d'un établissement ou de l'élaboration d'un projet professionnel. Elle se présente en deux tomes complémentaires mais qui peuvent faire l'objet d'une lecture séparée. Le premier tome examine les 10 grands facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social impactant les ressources humaines et les organisations. Le second est consacré à l'étude des 10 métiers sensibles de la FPH, traités sous forme de monographie qui présente : les caractéristiques actuelles du métier ; les activités, compétences, profil, positionnement, recrutement, formation, parcours, effectifs ; les facteurs d'évolution qui impactent le métier ; les caractéristiques futures du métier ; les enjeux RH et les pistes d'action.

Le Duff, R. et Raynaud, P. (2007). "Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention." *Etudes Et Resultats (Drees)* (574) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er574.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE fR0xT9mY. Diffusion soumise à autorisation]. Près de trois enfants sur dix passés en commission départementale d'éducation spéciale (CDES) ont bénéficié d'un suivi par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). La probabilité d'être suivi par un SESSAD est très importante pour les enfants atteints d'une déficience motrice ou d'un polyhandicap et encore plus élevée pour les déficients sensoriels. L'intervention des professionnels de ces services, reposant sur des équipes pluridisciplinaires, a lieu le plus souvent dans les locaux du SESSAD, dans l'établissement scolaire ou encore au domicile familial, mais elle peut aussi se dérouler, en fonction du projet d'accompagnement du jeune, dans une diversité de lieux.

Strohl, H. et Bastianelli, J. P. (2007). Enquête sur l'utilisation du temps un jour donné dans trois C.H.S. (Personnels médicaux et personnels soignants). Tome III/III - Complément au rapport. Paris Igas : 143.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=393838>

Cette enquête a été réalisée dans le cadre et pour les besoins d'une mission de l'Igas portant sur la gestion des ressources humaines dans les CHS. Le présent document rassemble les résultats de cette enquête. Il comporte huit chapitres : les conditions de réalisation de l'enquête et d'exploitation des données, les résultats concernant : les médecins, les infirmiers (et cadres de santé), les aides soignants, les agents des services hospitaliers, les psychologues, les assistantes sociales, les autres professionnels spécialisés (psychomotriciens, sociothérapeutes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, secrétaires médicales).

Vilbrod, A. et Douguet, F. (2007). "Les infirmières libérales et les autres professionnels du secteur sanitaire et social : une coopération jamais acquise, toujours à construire et à reconstruire." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees) : 51-64.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier2007hs.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE iR4nQR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les infirmières libérales entretiennent des relations régulières avec les multiples autres professionnels (libéraux ou salariés) qu'elles côtoient dans leur exercice quotidien. Avec les médecins généralistes, la communication est parfois difficile. Leur bonne connaissance de la vie des patients et de leurs besoins représente un atout quand il y a divergence de point de vue. Avec les pharmaciens, on observe des jeux d'alliance et d'entente implicite assez surprenants. Avec les personnels soignants y compris à domicile, il y a des enjeux de périmètre professionnel. Leurs interventions dans les établissements pour personnes âgées ont évolué tout récemment, du fait d'une nouvelle réglementation de la dispensation de soins. Le plus souvent, elles ressentent une éviction là où on louait il y a peu leur réactivité.

2006

Dantan, S. et Marquier, R. (2006). "Les étudiants en formations paramédicales en 2004." Etudes Et Résultats (540) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er540.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 166RR0x1. Diffusion soumise à autorisation]. En 2004, 947 instituts de formation aux professions paramédicales ont formé 108 601 étudiants inscrits dans ces filières. Plus des deux tiers d'entre eux se préparent au métier d'infirmier, et 17 % à celui d'aide-soignant. Les femmes prédominent largement dans toutes les formations, et connaissent de meilleurs taux de réussite au diplôme et moins de redoublements que les hommes. Plus de la moitié des étudiants sont aidés financièrement, cette aide concernant essentiellement les formations d'infirmier, d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture. Entre 28 % et 59 % des étudiants suivant l'une de ces trois formations travaillaient déjà l'année précédant leur inscription.

Estryn-Behar, M., Jasseron, C. et Le, N. E. Z. E. T. O. (2006). "Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle. Analyse longitudinale des soignants de l'enquête Presst/Next." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique 54 : 555-562.

[BDSP. Notice produite par ORSLR ADR0xxG9. Diffusion soumise à autorisation]. Les besoins de soignants qualifiés, pour répondre aux enjeux d'une population européenne vieillissante, ont conduit l'Union Européenne à financer une étude sur 10 pays européens pour comprendre les déterminants des départs prématurés de ces professionnels et promouvoir des actions préventives adaptées. L'enquête PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est menée en France dans 55 établissements appartenant à cinq régions françaises différentes. L'étude concerne l'ensemble des soignants au sens large. Lors de la première étape de cette étude, 13 039 questionnaires ont été envoyés avec 5 376 répondants en octobre 2002. La partie longitudinale de l'étude comportait un deuxième questionnaire, reprenant à l'identique une partie des questions du Q0, transmis, 12 mois après le premier (Q12), à tous les soignants restés dans la même institution. Cependant, certains établissements n'ont pas renvoyé ce deuxième questionnaire à leurs salariés. Le Q12 porte donc sur les réponses des 2 627 soignants de 45 établissements qui représentent toujours la diversité des structures de soins et médico-sociales du pays. Les facteurs de risque d'abandon prématuré ont été cernés dans la première étape transversale de l'étude PRESST-NEXT. La partie longitudinale de cette étude permet de comparer les soignants ayant réellement quitté leur établissement au cours de l'année suivante et ceux qui y sont restés avec ou sans cette intention d'abandon. Des changements en cours dans l'organisation des institutions sanitaires et médico-sociales françaises se sont approfondis. Ils peuvent avoir été mieux compris et acceptés par des soignants ayant surmonté ce que certains appellent la peur du changement ou, au contraire, leurs difficultés peuvent s'être aggravées.

2005

Le Lan, R. (2005). "Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail." *Etudes Et Résultats* (373) : 12.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er373.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ggR0x5Gn. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête menée en 2003 dans les établissements de santé permet de dégager une typologie des personnels hospitaliers en fonction de leur perception des conditions de travail selon les exigences liées à la charge physique et mentale, l'autonomie ou marges de manœuvre et l'environnement de travail. Sept classes se dessinent et regroupent entre 6 et 32 % du personnel des établissements de santé. Les deux premières rendent compte d'exigences de travail élevées et rassemblent la moitié du personnel. Ce sont essentiellement des infirmières et des aides-soignantes. La 5ème, - fort degré d'autonomie dans le travail et des responsabilités hiérarchiques liées à l'activité médicale - comprend un plus grand nombre de médecins et de cadres infirmiers. Les conditions de travail perçues ne sont pas seulement liées à la profession exercée. Les exigences de travail apparaissent ainsi plus lourdes pour les personnels cumulant des horaires de jour et de nuit, les salariés âgés de 25 à 30 ans et le personnel des services d'urgence et de réanimation.

2004

Bresse, S. (2004). "Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002." *Etudes Et Résultats* (350) : 8, 3 tabl., 3 carte, 2 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er350.pdf>

En 2002, la Drees a réalisé, en collaboration avec les Drass, la collecte des rapports d'activité des services de soins infirmiers à domicile en France métropolitaine et outre-mer. Les données issues de cette enquête permettent d'actualiser les connaissances sur les modes de fonctionnement des Ssiad, leur activité, leur personnel et leurs patients, et d'observer des évolutions en les comparant avec celles issues de la précédente exploitation nationale de ces rapports, qui date de 1996. À cette date, seul un échantillon de services de soins infirmiers à domicile avait été enquêté. En 2002, le caractère exhaustif de l'enquête offre aussi la possibilité d'une analyse des disparités départementales en ce qui concerne l'équipement en Ssiad (Extrait du résumé d'auteur).

Bresse, S. et Dutheil, N. (2004). "L'évolution sur deux ans de l'aide dispensée aux personnes âgées de 60 ans et plus." *Etudes Et Résultats* (346) : 8, 3 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er346.pdf>

L'exploitation des deux vagues de l'enquête Handicap-incapacités-dépendance (HID) auprès des personnes vivant à domicile débuts 2000 et 2002 permet l'analyse de l'évolution des aides auxquelles recourent les personnes âgées de 60 ans ou plus sur deux ans. Cette étude vise à apprécier les changements intervenus entre les deux périodes, tant en termes d'aide reçue que d'évolution de l'état fonctionnel des personnes, et à essayer d'en appréhender les déterminants. Les changements en termes d'aide peuvent à la fois concerner l'existence ou non d'une aide, et les passages entre les différents types d'aide : informelle (dispensée par des membres de l'entourage), professionnelle ou mixte (aide conjuguée d'aidants informels et professionnels). (Résumé d'auteur).

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P. et Midy, F. (2004). "Intervenants et structures de l'aide à domicile." *Problemes Politiques Et Sociaux* (903) : 61-63.

L'Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec les Services d'Aide au maintien à Domicile (ECILAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en mai 2001 auprès d'un échantillon de professionnels infirmiers libéraux vise à décrire les actions de coordination du professionnel infirmier libéral avec le secteur de l'aide à domicile dans le but de mettre en place une aide au maintien à domicile d'un patient. Cet article propose un extrait de la synthèse "L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile" réalisée en août 2002 par le CreDES.

Djellal, F., Gallouj, F. et Gallouj, K. (2004). "Services de soins aux personnes âgées - La dynamique de l'innovation et du changement dans les services de soins aux personnes âgées." *Revue Francaise Des Affaires Sociales* (3) : 139-169, ann., graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSIF PR0xqz7o. Diffusion soumise à autorisation]. Comme d'autres activités de services, et peut-être davantage encore, dans la mesure où les notions de vieillissement et d'innovation (ou de changement) sont souvent considérées comme contradictoires à différents titres, les services de soins aux personnes âgées (SSPA) souffrent d'une image négative en termes de potentiel d'innovation. Cet article a pour objet de rompre avec ce préjugé, en tentant de rendre compte des multiples facettes de l'innovation et plus généralement du changement dans ce type d'activité. Il s'appuie sur un bilan de la littérature nationale et internationale, sur une série d'entretiens auprès des professionnels concernés et sur le traitement préliminaire d'une enquête postale réalisée dans plusieurs pays européens et aux États-Unis. Il s'agit de recenser des cas d'innovation significatifs ou plus incrémentaux en insistant sur leur diversité et par conséquent sur l'impuissance des dispositifs statistiques existants à en rendre compte. Mais il s'agit surtout d'en proposer une grille analytique, qui

permette d'ordonner cette diversité. Cet article vise donc moins à théoriser la problématique de l'innovation dans ce secteur particulier, qu'à fournir une grille simple d'identification et de recension la plus complète possible de l'innovation. Compte tenu de son objet, cet article retient volontairement une définition large et ouverte de l'innovation. Ce choix se manifeste à la fois dans la nature de l'innovation prise en compte (innovation organisationnelle, innovation technologique, innovation de produit-service...) et dans le degré de nouveauté de cette innovation (innovation radicale, mais aussi innovation mineure ou incrémentale relevant éventuellement de la simple adaptation ou du changement). L'innovation est ainsi envisagée de manière subjective, la nouveauté n'étant pas appréhendée de manière absolue mais relative. Elle est également envisagée de manière extensive afin d'embrasser à la fois l'innovation produite en interne et l'innovation issue de l'extérieur, c'est-à-dire adoptée. Ce travail est organisé en six sections. La première est consacrée, d'une part, à une réflexion sur les difficultés de définition, d'identification et de délimitation des activités de SSPA et, d'autre part, à l'élaboration d'une grille d'analyse très simple de l'innovation dans cette activité. Cette grille, élaborée de manière à la fois déductive et inductive, renonce au recours direct aux typologies habituelles de l'innovation (innovation de produit, innovation de process) en mettant l'accent sur les principales cibles possibles de cette activité. Les sections suivantes examinent en détail ces différentes cibles : en premier lieu, l'environnement matériel et immatériel, c'est-à-dire les formules d'accueil et les technologies ; ensuite l'environnement humain, c'est-à-dire la famille et les soignants ou aidants professionnels ; enfin, l'environnement institutionnel et l'innovation institutionnelle, c'est-à-dire les différents mécanismes de régulation (publics, mais aussi privés) introduits afin de soutenir l'offre et la demande : procédures de certification ou d'accréditation, de financements, établissement de normes et contrôle des normes, etc.

Leboucher, R. (2004). "Le décroisement des champs d'intervention des aides à domicile." Gérontologie et société (110) : 273-282.

[BDSP. Notice produite par FNG xxR0x3KC. Diffusion soumise à autorisation]. Le projet de loi sur "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" est l'occasion de prendre conscience d'une évolution des champs d'intervention des aides à domicile. De nombreuses études montrent que depuis bien longtemps et de façon souvent volontaire, les aides à domicile interviennent auprès de personnes quels que soient leur âge ou leur handicap. L'aide à domicile est un des acteurs pluriel qui participe activement aux réponses apportées envers les personnes âgées ou en situation de handicap qui font le choix de rester à domicile. (Résumé des auteurs).

2003

Douguet, F. (2003). "Le vieillissement des personnels hospitaliers. Les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné." Gérontologie et société (104) : 103-114.

[BDSP. Notice produite par FNG 6Z5bR0xb. Diffusion soumise à autorisation]. Les institutions hospitalières contemporaines sont confrontées au vieillissement de leurs personnels et de leurs usagers. Les effets de ces évolutions démographiques sont multiples et selon les cas perçus négativement ou positivement. Si l'accueil des malades de plus en plus âgés tend à accroître la pénibilité du travail soignant, la prise d'âge des personnels conduit au contraire à améliorer les compétences mobilisées pour la production des soins. En outre, l'élévation de l'âge moyen des personnels peut modifier, dans le sens d'une détérioration, la relation à l'usager. On constate que les politiques institutionnelles de gestion de la main d'œuvre tiennent assez peu compte de ce nouveau contexte des âges à l'hôpital. Cette situation

amène alors à relever l'existence de phénomène de stigmatisation et d'exclusion des personnels les plus âgés.

2002

Audric, S. et Niel, X. (2002). "La mobilité des professionnelles de santé salariés des hôpitaux publics." *Etudes Et Résultats* (169) : 8, 5 graph., 8 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er169.pdf>

En 2001, parmi les 587 000 professionnels de santé salariés de l'hôpital public (210 000 infirmiers, 173 000 aides-soignants, 96 000 agents de service hospitalier, 58 000 médecins et pharmaciens et 50 000 autres paramédicaux), 11 % n'y travaillaient pas l'année précédente. Les flux d'arrivée vers le secteur hospitalier public s'accélérent en 2001 pour les infirmiers et les agents de service hospitaliers, notamment en provenance des établissements sociaux et hospitaliers privés. Toutefois, les flux de départs de l'hôpital public équilibrent globalement ceux des arrivées, y compris en ce qui concerne les échanges avec les autres secteurs. L'âge moyen d'entrée et de sortie de l'hôpital public augmente en fonction du niveau de qualification de la profession. On distingue ainsi trois profils de mobilité : les agents de service hospitaliers ; les aides-soignants, infirmiers, sages-femmes et professions de rééducation ; les médecins et pharmaciens. Par ailleurs, les départs à la retraite augmentent depuis 1993 pour l'ensemble des professions hospitalières du secteur public, avec une accélération prévisible pour les professions les plus diplômées.

2001

Dutheil, N. (2001). "Les aides et les aidants des personnes âgées." *Etudes Et Résultats* (142) : 11, 15 tabl., 15 enc., 15 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er142.pdf>

Les personnes âgées de 60 ans ou plus même lorsqu'elles sont dépendantes, vivent plus souvent à leur domicile qu'en institution. Se pose, alors, la question des aides nécessaires pour permettre ce maintien à domicile. Cet article s'intéresse aux aidants présents auprès des personnes âgées et prend appui sur les résultats de l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) réalisée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee).

2000

Aliaga, C. (2000). "L'aide à domicile en faveur des personnes âgées." *Insee Premiere* (744) : 4, 2 tabl., 1 graph.

En 1999, 2,3 millions de ménages comptant au moins une personne âgée de 65 ans ou plus bénéficient d'une aide extérieure à domicile, soit le tiers de ces ménages. Ces services de la vie quotidienne relèvent de l'entraide gratuite ou sont rémunérés. Lorsque l'aide est dispensée pour pallier des incapacités sévères ou légères, c'est près de 1,5 million de personnes âgées qui y ont recours. Si les relations et les connaissances jouent un rôle essentiel dans la recherche de prestataires rémunérés, les services publics et les associations restent les interlocuteurs privilégiés lorsque l'aide est subventionnée. La quasi-totalité des ménages disposant d'une aide qu'ils rémunèrent se déclarent satisfaits de la prestation fournie, et la plupart n'ont pas rencontré de difficultés avant de l'obtenir.

Dutheil, N. (2000). "Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999." *Etudes Et Résultats* (91) : 8, 4 enc., 4 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er091.pdf>

Ce document propose les résultats de l'enquête "SAPAD-structures" réalisée, au 4^e semestre 1999, par la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) auprès des services d'aide aux personnes à domicile. Cette enquête visait à recueillir des informations auprès des services s'adressant à des usagers pour qui l'aide à domicile est une nécessité. Ceci a conduit à interroger l'ensemble des structures fournissant directement des prestations de service, ainsi que celles, qui servant d'intermédiaire entre un employeur particulier et un salarié, ont reçu un "agrément qualité" : nombre de service de soins à domicile, nombre d'heures d'interventions par bénéficiaire, catégories de services....

1998

Aliaga, C. (1998). "Le développement des services de soins à domicile : l'activité et le personnel en 1996." *Informations Rapides* (97) : 4, tabl., graph.

Basé sur les résultats de l'enquête réalisée par le Sesi auprès des services de soins à domicile en France, ce fascicule analyse les données relatives à l'activité et au personnel pour 1996 : augmentation du nombre de places, croissance des emplois salariés, disparités géographiques persistantes, etc.

Aliaga, C. (1998). "Les services de soins à domicile en 1996 - enquête - SSAD96." Documents Statistiques (Sesi) (302) : 100, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA R0xAf1M4. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document présente les principaux résultats de l'exploitation des nouveaux rapports d'activité des services de soins à domicile. L'année 1996 a été la première année de remplissage ; l'enquête SSAD96 a donc été une opération nouvelle et expérimentale. Cette enquête s'inscrit dans la réflexion menée sur la prise en charge de la dépendance. Elle fournit des informations sur l'activité et le personnel des services en 1996, ainsi que sur les personnes prises en charge par les services au cours de la semaine du 14 au 20 octobre 1996.

Aliaga, C. et Monrose, M. (1998). "L'aide et les soins à domicile." Solidarite Sante - Etudes Statistiques (2-3) : 171-181, tabl.

Les services de proximité de la vie quotidienne, et particulièrement l'aide et les soins à domicile, sont au cœur des politiques sociales. Ils constituent un gisement d'emplois et un champ d'activité pour lequel la demande ne cesse de croître, en raison du développement de l'activité féminine, du vieillissement et de la précarisation d'une partie de la population. La structure de l'offre, où domine le secteur associatif, présente aujourd'hui une grande variété mais trouve ses limites dans la multiplicité des intervenants et des financeurs et dans la complexité de son organisation.

1995

Paicheler, G., Cohen, Y., Feroni, I., et al. (1995). "Les professions de soins : infirmières et aides-soignantes." SCIENCES SOCIALES ET SANTE 13(3) : 126.

[BDSP. Notice produite par ENSP SROxBIHO. Diffusion soumise à autorisation].

ÉTUDES INTERNATIONALES

2020

Medevielle, P. (2020). La mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. Paris Sénat ; Paris Assemblée Nationale: 40.

<http://www.senat.fr/rap/r19-563/r19-5631.pdf>

Dans ce rapport, on entendra par professionnels de santé les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les praticiens de l'art dentaire, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, les aides-soignants et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces professions sont des professions réglementées au sens de la directive 2005/36/CE, modifiée par la directive 2013/55/UE, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, c'est-à-dire des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives nationales, à la possession de qualifications professionnelles déterminées. Pour favoriser la mobilité, malgré ces dispositions nationales, le législateur européen a tenté d'harmoniser les conditions de qualifications nécessaires à l'exercice de ces professions réglementées au sein des États membres. C'est dans le secteur de la santé que l'harmonisation a été la plus rapide. Dès lors, la mobilité des professionnels de santé est devenue une réalité avec des conséquences diverses sur l'offre de soins dans les

États membres de l'Union européenne. Elle s'accompagne d'inquiétudes au regard des conditions de mise en oeuvre des principes de reconnaissance mutuelle des qualifications et de la remise en cause des conditions particulières d'exercice au sein de chaque État membre. Après avoir présenté le cadre réglementaire en vigueur pour la reconnaissance des qualifications professionnelles, le présent rapport examinera les difficultés liées à la mise en oeuvre de cette réglementation, ainsi que les craintes qu'elle suscite parmi les professionnels de santé.

2017

Konetzka, R. T., Lasater, K. B., Norton, E. C., et al. (2017). Are Recessions Good for Staffing in Nursing Homes? *NBER Working Paper Series* ; n° 23 402. Cambridge NBER : 47, fig., tabl.

https://www.nber.org/system/files/working_papers/w23402/w23402.pdf

The quality and cost of care in nursing homes depend critically on the number and types of nurses. Recent research suggests that the nursing supply adjusts to macroeconomic conditions. However, prior work has failed to consider the effect of macroeconomic conditions on demand for nurses through the effect on revenues. We test how county-level unemployment rates affect direct-care staffing rates in nursing homes using California data. We exploit the wide variation in the unemployment rates across counties and over time in 2005–2012. We also test whether there are heterogeneous effects of unemployment rates by facility size, staffing level, and profit status. We find that as unemployment rates increase, staffing by registered nurses (RNs) decreases but staffing by licensed practical nurses (LPNs) increases. The increase in LPNs is larger in large nursing homes, nursing homes with higher staffing levels, and in for-profit nursing homes. We also find that as unemployment rates increase, nursing home revenue decreases. While the effect of macroeconomic conditions on nursing supply may be important for cost and quality of care, the mechanism is not simple, direct, or homogeneous for all types of nurses and nursing homes.

2014

Dorin, L., Turner, S. C., Beckmann, L., et al. (2014). "Which need characteristics influence healthcare service utilization in home care arrangements in Germany?" *BMC Health Services Research* 14(233) : (22), tabl.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/233/abstract>

Background: We see a growing number of older adults receiving long-term care in industrialized countries. The Healthcare Utilization Model by Andersen suggests that individual need characteristics influence utilization. The purpose of this study is to analyze correlations between need characteristics and service utilization in home care arrangements. Methods: 1,152 respondents answered the questionnaire regarding their integration of services in their current and future care arrangements. Care recipients with high long-term care needs answered the questionnaire on their own, the family caregiver assisted the care recipient in answering the questions, or the family caregiver responded to the questionnaire on behalf of the care recipient. They were asked to rank specific needs according to their situation. We used descriptive statistics and regression analysis. Results : Respondents are widely informed about services. Nursing services and counseling are the most used services. Short-term care and guidance and training have a high potential for future use. Day care, self-help groups, and mobile services were the most frequently rejected services in our survey. Women use more services than men and with rising age utilization increases. Long

waiting times and bad health of the primary caregiver increases the chance of integrating services into the home care arrangements. Conclusion: The primary family caregiver has a high impact on service utilization. This indicates that the whole family should be approached when offering services. Professionals should react upon the specific needs of care dependents and their families.

2012

Degrave, F. c. et Nyssens, M. c. (2012). Care regimes on the move: Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy. Charleroi CIRTES : 290, tab., graph., fig.

http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/cirtes/documents/Rapport_final_CROME.pdf

Cette recherche analyse les dynamiques de changement intervenus dans les secteurs de l'aide à domicile (home care) en Angleterre, Belgique, Allemagne et Italie à travers les réformes mises en œuvre depuis les années 90. Le mouvement de marchandisation (ou ouverture à la concurrence et à la privatisation des services) constitue une tendance majeure dans les 4 pays, L'objectif de la recherche est de mieux saisir l'évolution des régimes de care dans ce contexte de marchandisation. Plus précisément autour de 4 axes : - Quelles sont les formes de marchandisation ? - Quel est l'impact de la marchandisation suivant les différents régimes de care ? - Quelles sont les formes observées de diversification de prestataires (informel, formel, familles, prestataires publics, associatifs et lucratifs) ? - Quelles sont les articulations entre les niveaux nationaux et régionaux ? Observe-t-on un mouvement vers une fragmentation ou une diversification des services ?

Duncan, E. A. et Murray, J. (2012). "The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review." BMC Health Services Research 1(96) : (18), fig.

BACKGROUND: Allied Health Professionals today are required, more than ever before, to demonstrate the impact of their practice. However, despite at least 20 years of expectation, many services fail to deliver routine outcome measurement in practice. This systematic review investigates what helps and hinders routine outcome measurement of allied health professionals practice. METHODS: A systematic review protocol was developed comprising: a defined search strategy for PsycINFO, MEDLINE and CINAHL databases and inclusion criteria and systematic procedures for data extraction and quality appraisal. Studies were included if they were published in English and investigated facilitators and/or barriers to routine outcome measurement by allied health professionals. No restrictions were placed on publication type, design, country, or year of publication. Reference lists of included publications were searched to identify additional papers. Descriptive methods were used to synthesise the findings. RESULTS: 960 papers were retrieved; 15 met the inclusion criteria. Professional groups represented were Physiotherapy, Occupational Therapy, and Speech and Language Therapy. The included literature varied in quality and design. Facilitators and barriers to routine outcome measurement exist at individual, managerial and organisational levels. Key factors affecting professionals' use of routine outcome measurement include: professionals' level of knowledge and confidence about using outcome measures, and the degree of organisational and peer-support professionals received with a view to promoting their work in practice. CONCLUSIONS: Whilst the importance of routinely measuring outcomes within the allied health professions is well recognised, it has largely failed to be delivered in practice. Factors that influence clinicians' ability and desire to undertake routine outcome measurement are bi-directional: they can act as either facilitators or barriers.

Routine outcome measurement may only be deliverable if appropriate action is taken at individual therapist, team, and organisational levels of an organisation.

2010

(2010). "In Focus: Using Pharmacists, Social Workers, and Nurses to Improve the Reach and Quality of Primary Care." Quality Matters : 15.

The latest issue of Quality Matters focuses on the use of interdisciplinary health care teams? Including nurse practitioners, nurses, pharmacists, and social workers? To meet demand and improve the quality of primary care. It includes a case study of Aetna's embedded case managers? Specially trained nurses who work alongside providers in their offices to help manage patients' conditions. Thus far, the program has involved some 20,000 patients, all members of Aetna's Medicare Advantage plan, and has resulted in improved care processes, some improvements in outcomes, and reduced numbers of hospitalizations.

2007

Minore, J. B., Boone, M. et Arthur, A. (2007). "Considering the Paraprofessional : One Option for Overcoming Rural Health Human Resource Deficits." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 47(4) : 511-534.

[BDSP. Notice produite par OBRESA oR0xABJs. Diffusion soumise à autorisation]. Il est possible de surmonter la pénurie de professionnels de la santé dans les milieux ruraux en employant des para-professionnels locaux ayant suivi une formation spéciale pour mettre en œuvre des plans de soins élaborés par des professionnels. Le Programme ontarien des services intégrés pour les enfants du Nord a prouvé la variabilité de cette option. Un examen des dossiers de 327 patients et des entretiens avec 100 parents, para-professionnels et professionnels ont révélé une bonne continuité des soins et des soins de qualité satisfaisante parce que l'équipe multidisciplinaire de professionnels a assuré une supervision constante et cohérente des para-professionnels. Le traitement s'est déroulé dans la communauté et a évité les voyages répétés en ville qui perturbent la vie des enfants. Les résidents des régions rurales accordent de l'importance aux soins de proximité. Les questions de responsabilité des employeurs et des professionnels qui délèguent les soins restreignent actuellement le recours aux para-professionnels mais elles pourraient être réglées au moyen d'accords fondés sur des normes d'exercice et des programmes de formation complémentaire. (R.A.).

Cnamts (2001). Rapport sur quatre professions paramédicales : infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes dans les pays de l'Union Européenne et aux Etats-Unis. Paris Cnamts : 162, ann.

Le présent rapport résulte d'une demande de la direction générale de la Cnamts, en date de février 2000. Elle concernait, à l'origine, l'ensemble des professions médicales en Europe. En raison de contrainte de temps, la Mission Recherche Internationale a limité l'étude à quatre principales professions paramédicales : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes. Après une première partie terminologique, l'analyse porte sur l'organisation des soins et la pratique médicale par types de professions, et par pays. Certains pays n'ont pas pu être étudiés et certaines questions traitées pour l'instant. Les informations manquantes seront fournies ultérieurement.

La profession des pharmaciens

FOCUS : QUELQUES REVUES DE LITTÉRATURE

Bollen, A. et Harrison, R. (2019). "Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review." 27(4) : e189-e212.

Michot, P., Catala, O., Supper, I., et al. (2013). "Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature." Sante Publique 25(3) : 331-341, tabl.

Patel, B. K., Davy, C., Volk, H., et al. (2020). "Integrating pharmacists into care teams: a qualitative systematic review protocol." JBI Database System Rev Implement Rep.

ÉTUDES FRANÇAISES

2019

Buttard, A., Mace, F., Morvan, L., et al. (2019). "Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ?" Journal De Gestion Et D'economie De La Sante 37(1) : 92-119.

La coordination pluri professionnelle est un axe fort de la réorganisation des soins primaires en France. Si cette coordination concerne a priori tous les professionnels de santé, certains sont dans les faits, à l'instar du pharmacien d'officine, encore faiblement impliqués. Cet article se propose d'examiner les enjeux de l'intégration des pharmaciens dans à un exercice coordonné des soins primaires en France. Il s'appuie d'une part sur une analyse des expérimentations faites dans d'autres systèmes de santé et de leurs évaluations. D'autre part, il développe une première réflexion sur les obstacles qui pourraient expliquer la faible intégration actuelle des pharmaciens en France, et sur les enjeux d'une présence plus affirmée de ces professionnels dans la coordination des soins primaires.

Frachette, M., Zardet, V., Rieutord, A., et al. (2019). "La coopération entre pharmacie et services cliniques à l'hôpital et son impact sur la prise en charge thérapeutique." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante 3(3) : 223-236.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-3-page-223.htm>

Cette recherche-intervention porte sur la gestion du médicament au sein du site d'un CHU (Centre hospitalier universitaire) et l'analyse de ses dysfonctionnements organisationnels, ainsi que la mise en place et l'évaluation de projets de changements co-construits entre pharmacie et services cliniques, pour améliorer la performance du circuit du médicament au bénéfice final de la sécurité des patients. Une phase d'écoute préalable des acteurs, suivie d'un dispositif de co-construction de solutions d'améliorations a permis de mobiliser pharmacie et services cliniques. Les actions mises en œuvre et les indicateurs ont amélioré partiellement la coopération. Au-delà, c'est la place de la pharmacie et du pharmacien qui sont ré-interrogés.

Millien, C. (2019). "8 % de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée." Etudes Et Résultats (1110) : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1110.pdf>

En France, au 1^{er} janvier 2018, 73 000 pharmaciens sont en activité et inscrits à l'Ordre selon le répertoire partagé des professionnels de santé. En raison de la stabilisation à un niveau bas du nombre de places disponibles au numerus clausus dans les années 1990, et malgré son relèvement dans les années 2000, les effectifs stagnent depuis ces dix dernières années. Entre 2018 et 2040, le nombre de pharmaciens devrait cependant augmenter de 8 %, pour s'élever à 79 000 en 2040, dans l'hypothèse où les comportements seraient constants et la législation en vigueur maintenue. Dans la mesure où la population française augmenterait au même rythme (8 %) pendant cette période selon l'Insee, la densité resterait stable. Dans les dix prochaines années, les pharmaciens devraient être plus nombreux à cesser leur activité en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations ayant connu un numerus clausus élevé au début des années 1980. Cependant, si le nombre de places offertes aux étudiants demeurerait au niveau du numerus clausus actuel et si le flux de professionnels diplômés à l'étranger se maintenait, alors l'arrivée de nouveaux praticiens compenserait ces nombreux départs. L'officine resterait le lieu d'exercice principal du pharmacien, et le salariat continuerait son développement. La profession, majoritairement féminine, rajeunirait.

2018

(2018). ""Bilans partagés de médication" par les pharmaciens d'officine : un outil pour sécuriser les soins." Revue Prescrire 38(422) : 903-904.

Depuis 2018, en France, les pharmaciens d'officine sont autorisés à effectuer des "bilans partagés de médication" chez des patients polymédicamentés âgés de plus de 65 ans, dans l'objectif de réduire le risque d'effets indésirables. Cette mission met en valeur le métier de pharmacien-soignant et incite à instaurer ou renforcer une relation avec les autres soignants dans un esprit de complémentarité.

Wolf-Thal, C. (2018). "La pharmacie clinique : état des lieux et perspectives d'une discipline en développement." Cahiers De L'ordre National Des Pharmaciens (Les) (13) : 24.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429901/2024808/version/4/file/Rapport+-+D%C3%A9velopper+la+pr%C3%A9vention+en+France.pdf>

La pharmacie clinique, principalement centrée sur le patient, a pour objectif d'optimiser sa prise en charge à chaque étape du parcours de soins. Depuis des années, les pharmaciens pratiquent quotidiennement des actes de pharmacie clinique. Portée depuis longtemps par les pharmaciens hospitaliers, la pharmacie clinique en établissement de santé est enfin reconnue comme une des missions essentielles des pharmaciens de pharmacie à usage intérieur (PUI). Dans les officines, de nombreux textes législatifs sont venus apporter un cadre qui va permettre de renforcer le rôle du pharmacien en matière de pharmacie clinique.

Wolf-Thal, C. et Coatanea, P. (2018). Pharmacie connectée et télépharmacie : c'est déjà demain ! Livre vert. Paris CNOP : 82.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429898/2024784/version/5/file/Livre+vert+-+Pharmacie+connect%C3%A9e+%26+t%C3%A9l%C3%A9pharmacie.pdf>

Cette publication traite de l'impact du numérique sur les métiers de la pharmacie et leur nécessaire évolution. Les douze propositions formulées dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2022 s'organisent autour de trois axes majeurs : les nouveaux services aux patients, le renforcement de la coordination des soins et la maîtrise des données et des algorithmes.

2017

(2017). "Suivis pharmaceutiques rémunérés : les organiser dans l'intérêt des patients." Revue Prescrire 36(399) : 18-19.

Depuis 2013, des conventions entre l'assurance maladie obligatoire et les pharmaciens d'officine prévoient un suivi rémunéré pour certains patients atteints d'affection chronique. En 2016, ce suivi concerne les patients sous anticoagulant oral ou sous traitement de fond par corticoïde inhalé, afin de limiter les risques d'erreurs et les effets indésirables liés à ces médicaments.

ANEPF (2017). Livre blanc de l'ANEPF. Paris ANEPF: 10.

<http://media.lepharmaciendefrance.fr/doc/Livre%20Blanc-Janvier%202017.pdf>

La pharmacie est en constante évolution ; il nous faut dès maintenant réfléchir à l'exercice pharmaceutique de demain et être moteur de ces changements. Les nouvelles missions, le modèle économique, l'interprofessionnalité ou encore la communication et l'agencement des officines sont des sujets qui doivent être discutés. Ce travail doit être abordé par tous les acteurs du monde pharmaceutique, notamment le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, l'ensemble des syndicats, l'Académie de Pharmacie, la Conférence des Doyens. L'ANEPF, présente ici son Livre Blanc issu de l'avis des étudiants en pharmacie de France. Ce document évoluera de pair avec la profession.

CNOP (2017). "Coopération interprofessionnelle : décloisonner pour améliorer le parcours de soins : 10 exemples concrets." Cahiers De L'ordre National Des Pharmaciens (Les) (10) : 29.

D'Elbee, M., Baumevielle, M. et Dumartin, C. (2017). "Missions de coopération introduites par la loi "hôpital, patients, santé et territoires" : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique 65(3) : 231-239.

[BDSP. Notice produite par ORSRA q8R0xr7I. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : La loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" de 2009 a confié aux pharmaciens d'officine des missions axées sur la coopération interprofessionnelle dans le cadre du parcours de soins du patient. Cinq ans après cette loi, nous avons souhaité étudier les conditions de mise en œuvre de ces missions en Aquitaine. L'objectif était de faire un état des lieux des coopérations en place et d'identifier des freins et des facteurs facilitants, afin de proposer des actions pour améliorer l'engagement dans ces missions. Méthodes : Une enquête par auto-questionnaire a été conduite avec l'aide de l'Agence régionale de santé Aquitaine auprès des pharmaciens titulaires d'officine en juillet 2014. Les informations recueillies portaient sur les caractéristiques de l'officine, la participation aux différentes missions et les raisons de non-participation. Résultats : Au total, 20 % des pharmaciens d'Aquitaine, soit 249, ont répondu à notre enquête. Il s'agissait d'officines majoritairement rurales (46 %) ou de quartier (41 %), possédant deux pharmaciens (48 %). La majorité des pharmaciens (78 %) avaient réalisé des entretiens pharmaceutiques avec les patients traités par antivitamine K et se disaient prêts à continuer (87 %). L'implication était moins fréquente pour la fonction de pharmacien référent (19 %) et les programmes d'éducation thérapeutique du patient (34 %). La fonction de pharmacien correspondant restait méconnue pour une grande partie des pharmaciens (85 %). Les principaux freins à l'engagement dans ces activités de coopération étaient le manque de temps, la méconnaissance de ces missions et l'absence de rémunération. L'implication des pharmaciens dans les missions différait selon les caractéristiques de l'officine : les pharmacies rurales avec deux ou trois pharmaciens étaient plus souvent impliquées. Conclusion : Les résultats de cette enquête montrent la capacité d'engagement des pharmaciens dans ces missions et suggèrent qu'une meilleure diffusion de l'information et la reconnaissance par une rémunération faciliteraient leur implication. La mise en place des honoraires pharmaceutiques et l'élargissement de la population cible des entretiens pharmaceutiques contribuent à l'évolution des activités réalisées à l'officine et au renforcement de l'engagement du pharmacien comme acteur du parcours de soins du patient.

Mrozovski, J. M. et Rosoff, B. (2017). "Les enjeux de la relation patient dans le développement des nouvelles missions : dossier." Actualites Pharmaceutiques : 24-26.

L'économie de la santé doit utiliser ses ressources avec une plus grande efficacité tout en améliorant la prise en charge des patients. Le pharmacien peut avoir un rôle central dans

cette nécessaire transformation en devenant l'acteur pérenne de l'amélioration de l'efficacité et de la sécurisation des traitements.

Pla, A. et Trevien, C. (2017). "Les revenus des pharmaciens d'officine - De fortes disparités selon le statut du titulaire." *Insee Première* (1676) : 4, 2 graph., 3 tabl.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3277603>

Les revenus moyens des pharmaciens titulaires non salariés déclarés en 2014 vont du simple au double selon le type d'imposition de leur officine : 121 400 euros pour les entrepreneurs individuels, 116 800 euros pour les sociétés soumises à l'impôt sur le revenu et 59 400 euros pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, catégorie de plus en plus souvent choisie par les pharmaciens. Néanmoins, dans le troisième cas, le revenu ne sert qu'à rémunérer le travail du pharmacien alors que dans les deux premiers cas, il assure également la constitution du patrimoine professionnel. Une fois neutralisées ces différences de règles comptables liées aux régimes d'imposition, ces écarts deviennent relativement faibles. À catégorie juridique et régime d'imposition donnés, la rémunération des pharmaciens augmente avec le chiffre d'affaires de l'officine et est plus élevée en moyenne dans les départements du nord de la France que dans ceux du sud. Elle varie également selon l'âge et le sexe du titulaire : elle est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Après avoir nettement progressé en 2010 et 2011, en phase de rattrapage de la crise de 2008-2009, le revenu des titulaires a évolué en moyenne moins favorablement de 2012 à 2014. Il a même diminué pour la moitié des pharmaciens entre 2013 et 2014. Les revenus des adjoints d'officine, pharmaciens salariés, sont nettement inférieurs à ceux des titulaires et varient beaucoup moins d'une pharmacie à l'autre (résumé d'auteur).

Pla, A. et Trevien, C. (2017). "Les revenus des pharmaciens d'officine : de fortes disparités selon le statut du titulaire." *Etudes Et Résultats (Drees)* (1039) : 6.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-revenus-des-pharmaciens-d-officine-de-fortes-disparites-selon-le-statut-du>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE DROxsEmB. Diffusion soumise à autorisation]. Les revenus moyens de pharmaciens titulaires non-salariés déclarés en 2014 vont du simple au double selon le type d'imposition de leur officine. À catégorie juridique et régime d'imposition donnés, la rémunération des pharmaciens augmente avec le chiffre d'affaires de l'officine et est plus élevée en moyenne dans les départements du nord de la France que dans ceux du Sud. Elle varie également selon l'âge et le sexe du titulaire : elle est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Après avoir nettement progressé en 2010 et 2011, le revenu des titulaires a évolué en moyenne moins favorablement de 2012 à 2014 - il a même diminué pour la moitié des pharmaciens entre 2013 et 2014. Les revenus des adjoints d'officine, pharmaciens salariés, sont nettement inférieurs à ceux des titulaires et varient beaucoup moins d'une pharmacie à l'autre.

2015

Bardet, J. D., Vo, T. H., Bedouch, P., et al. (2015). "Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models." *Res Social Adm Pharm* 11(5) : 602-622.

BACKGROUND: Since 2008, French healthcare reform encourages community pharmacists (CP) to develop collaborative care with other health care providers through new cognitive pharmacy services. OBJECTIVES: This review is aimed to identify theoretical models that have

been developed to understand the physician-CP collaboration (PCPC) and to identify the associated determinants. METHODS: English-written abstracts research was conducted on Pubmed/Medline, PsycINFO, Sociological Abstracts, and CINAHL from January 1990 to June 2013. Keywords were based on common terminology of inter-professional relations and community pharmacy. RESULTS: Of the 1545 single articles identified, the final review was conducted on 16 articles. Four specific models of collaboration centered on PCPC were identified: (i) the Collaborative Working Relationship Model (CWR), (ii) the Conceptual model of GPCP collaboration, (iii) the CP Attitudes towards Collaboration with GPs Model (ATC-P), (iv) the GP Attitudes towards collaboration with CPs (ATC-GP). The analysis of these four PCPC models shows that their respective factors might cover the same concepts, especially for relational and interactional determinants. These key elements are: trust, interdependence, perceptions and expectations about the other HCP, skills, interest for collaborative practice, role definition and communication. CONCLUSION: A meta-model for PCPC has been postulated. It can be used for qualitative exploration of PCPC, in a context of implementation of collaborative practice including CPs, in the primary care.

Cnamts (2015). Signature des avenants pharmaciens sur la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), Paris : Cnamts

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_-_Signature_avenants_pharmaciens_Rosp_-_22.12.2015.pdf

Le 22 décembre 2015, deux avenants à la convention nationale pharmaceutique et un avenant à l'accord national portant sur le générique ont été signés entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les deux principales organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO). L'avenant n° 8 à la convention nationale consolide la mission d'accompagnement pharmaceutique réalisée auprès des patients atteints de pathologies chroniques, en permettant aux pharmaciens d'officine, souhaitant inscrire ces accompagnements dans la durée, de les adapter plus facilement sur le long terme en fonction du profil du patient. Ce nouveau dispositif conventionnel étend également l'accompagnement des patients sous anticoagulant oral, réservé initialement aux patients sous antivitamine K (AVK), aux patients sous anticoagulant oral par voie directe (AOD), ainsi que celui dédié aux patients asthmatiques, qui concerne désormais tous les patients chroniques et non plus uniquement ceux en initiation de traitement, permettant ainsi à l'ensemble des patients concernés par ces pathologies de bénéficier d'un suivi personnalisé et adapté par le pharmacien d'officine. Les avenants n° 9 à la convention nationale et n° 10 à l'accord portant sur le générique confirment la dynamique engagée depuis 2012 et renforcent l'action des signataires dans le domaine de la délivrance de médicaments génériques : des objectifs plus ambitieux sont ainsi valorisés dans la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour soutenir les efforts des officines les plus performantes.

Grzunov, F. (2015). Le pharmacien d'officine dans le dispositif Paerpa : expérimentation du pilulier électronique en Lorraine sur la communauté urbaine du Grand Nancy. Toulouse Université Paul Sabatier, Université de Lorraine. Nancy. FRA. Thèse de Doctorat en Pharmacie : 126, tab., graph., fig. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2015_GRZUNOV_FANNY.pdf

Le dispositif PAERPA est un projet expérimental ayant pour but l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie afin d'améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leurs aidants et d'éviter une dégradation de leur état de santé entraînant d'éventuelles hospitalisations. Le projet est expérimenté sur plusieurs territoires pilotes dont la région du Grand Nancy (CUGN) et est dirigé par leurs ARS respectives. Il est

mis en place pour une période de 3 ans, de 2014 à 2016. Ce document explique dans un premier temps la mise en place du projet PAERPA avec notamment les différents acteurs impliqués (triade médecin traitant - pharmacien d'officine - infirmier au cœur du projet) et les moyens mis en place pour améliorer la communication et la coordination entre les professionnels de santé (messagerie sécurisée, plateforme d'échanges, coordination clinique de proximité, coordination territoriale d'appui). Dans un second temps, le travail s'oriente sur un des enjeux du projet PAERPA principalement destiné au pharmacien d'officine : le pilulier Do-Pill. Ce pilulier électronique, dit « intelligent », donne au professionnel de santé le suivi précis d'un traitement-patient. Il permet de juger de son observance médicamenteuse. Dans le cadre du projet PAERPA, le pilulier trouve sa place chez des personnes âgées présentant une inobservance à leurs traitements. L'objectif de cette deuxième partie de thèse est de rendre compte des neuf premiers mois d'expérimentation du pilulier Do-Pill. Suivi des prescriptions, enquête auprès des pharmaciens et de leurs patients Do-Pill, évaluation du taux d'observance chez ces patients ont permis de suivre l'évolution du projet.

Reyes, G. (2015). "Identité professionnelle du pharmacien et design organisationnel de la pharmacie." *Revue française de gestion* 248(3) : 77-92.

<https://www.strategie-aims.com/events/conferences/24-xxiiieme-conference-de-l-aims/communications/3174-identite-professionnelle-du-pharmacien-et-identite-organisationnelle-de-la-pharmacie/download>

Ce travail étudie la relation entre une pratique créatrice d'identité professionnelle pour le propriétaire dirigeant et le design organisationnel de sa TPE. L'analyse porte sur le cas du pharmacien d'officine, avec sa double identité professionnelle et la tension des rôles que cela peut générer. Le cadre théorique mobilisé correspond aux travaux sur l'identité professionnelle et l'hybridation des rôles. L'objectif est de comprendre comment un groupe professionnel répond, de manière différenciée, à de nouvelles contraintes qui s'imposent à lui.

2014

Coq-Chodorge, C. (2014). "Les pharmaciens au coeur de la coordination (Personnes âgées)." *Moniteur Des Pharmacies (Le)* (3021 - Cahier 1) : 14-15.

Lancé dans cinq territoires pilotes, le projet PAERPA (Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) prévoit d'expérimenter une coordination des soins entre professionnels de santé autour de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Les pharmaciens vont défendre leur place dans ce dispositif destiné à être généralisé sur le territoire et répliqué pour d'autres pathologies.

Ferrante, A. (2014). "Les pharmacies depuis 2000. Mutations d'un secteur très réglementé." *Insee Première* (1525) : 4, 4 tabl.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1525/ip1525.pdf>

En 2012, près de 24 000 pharmacies sont implantées en France. Elles ont réalisé un chiffre d'affaires de 38 milliards d'euros, soit 53 % de plus qu'en 2000 en valeur. Au cours des dernières années, la croissance en valeur du commerce de détail de produits pharmaceutiques, traditionnellement dynamique, s'est émoussée, en lien avec la baisse des prix des médicaments remboursables. Néanmoins, le taux de marge commerciale est reparti à la hausse depuis 2006 et atteint 27,5 % en 2012. En 2012, les médicaments remboursables composent toujours l'essentiel du chiffre d'affaires des pharmacies, mais leur poids diminue

au profit des spécialités non remboursables, dont l'indice des prix progresse fortement sur la période 2000-2012. Tout en restant très largement minoritaire, la parapharmacie décolle. Sur la même période, le paysage juridique des pharmacies a aussi évolué. L'exploitation associée est devenue majoritaire du fait des difficultés à créer de nouvelles officines. Les sociétés d'exercice libéral, plus avantageuses fiscalement et au moment de la transmission, sont en plein essor : en 2012, plus d'une pharmacie sur quatre fonctionne sous ce statut. Une pharmacie sert en moyenne 2 700 habitants en France métropolitaine, mais la répartition territoriale n'est pas uniforme (résumé auteur).

Tranthimy, L. (2014). "Médecin, pharmacien, infirmière... roule, roule l'Interpro !" Moniteur Des Pharmacies (Le) (3054).

Même s'ils ne sont pas parfaits, les textes conventionnels interprofessionnels soumis à l'approbation des syndicats marquent un tournant majeur dans la coordination libérale autour des patients. Cet article fait une analyse de ces textes : quel en est le contenu ? Quelle place pour le pharmacien dans le travail en équipe et pour quelles rémunérations ?

2013

Calop, J., Bedouch, P. et Allenet, B. (2013). "De l'historique médicamenteux au suivi du patient : rôle du pharmacien." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine 197(8) : 1531-1544.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2013.8.pdf>

Le rôle des pharmaciens reste complémentaire de celui des médecins en ce qui concerne les connaissances qu'ils ont des médicaments et des relations qu'ils entretiennent avec les patients au travers de l'ordonnance, en particulier au niveau de l'officine. L'intégration des pharmaciens au sein de l'équipe médicale selon le modèle nord-américain permet une meilleure reconnaissance mutuelle, des interventions de proximité et un rôle apprécié des prescripteurs qui restent rassurés de la vérification de leurs prescriptions et apprécient de voir des éléments analysés qui peuvent optimiser ou modifier des traitements. La prise en compte des relations que le patient entretient avec son traitement et/ou ses médicaments est essentielle à cerner au cours de l'historique médicamenteux du patient. Le modèle français d'enseignement de pharmacie clinique au travers de la cinquième année hospitalo universitaire s'inspire de cette expérience ; le challenge est de montrer l'intérêt pour les patients, les médecins et les soignants d'avoir des pharmaciens avec eux dans leur équipe. Cette formation fait évoluer le métier en ville et peut faciliter les relations ville hôpital sur les relais pris sur les traitements médicamenteux, ainsi que leur suivi, à condition de bien définir des règles de communication entre les prescripteurs et les dispensateurs.

Michot, P., Catala, O., Supper, I., et al. (2013). "Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature." Sante Publique 25(3) : 331-341, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP rR0xFpq8. Diffusion soumise à autorisation]. Alors que le développement de coopérations interprofessionnelles entre médecins généralistes et pharmaciens est attendu, l'efficacité des interventions envisageables est peu connue. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité des interventions de coopération entre médecins généralistes et pharmaciens. Une revue systématique de la littérature internationale a été réalisée, à partir des banques de données Medline, Cochrane et Pascal. Les mots-clés et/ou termes de recherche ("family physician (s)" ou "general practitioner (s)") et "pharmacist (s)" ont été croisés. Étaient retenus les essais cliniques randomisés dont les

résultats étaient publiés en français ou en anglais et qui testaient l'efficacité de l'intervention complémentaire du pharmacien par rapport à celle du médecin généraliste.

Reyes, G. (2013). "Le métier de pharmacien titulaire d'officine face à l'incertitude du marché de la santé." *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise* 8(4) : 88-104.

<https://core.ac.uk/display/185565301>

Le secteur de la santé subit actuellement plusieurs évolutions dont les conséquences sont importantes pour les patients mais également pour les praticiens. Cet article propose de se pencher sur le métier de pharmacien titulaire d'officine. C'est un acteur important dans le canal de distribution du médicament car il bénéficie d'un monopole sur la dispensation du médicament. Cependant sa rémunération dépend essentiellement pour le moment de son activité commerciale. Ainsi, il a l'originalité d'avoir un statut hybride entre santé et commerce. Cette situation est de moins en moins confortable pour le pharmacien car ce marché fermé s'est peu à peu ouvert au rythme des réformes des pouvoirs publics (déremboursement, baisse de marges...), d'une concurrence plus agressive de la part des grands distributeurs, d'une distribution par Internet pour certains produits et d'un comportement du consommateur qui évolue. Tous ces changements semblent avoir un impact important sur la pratique de son métier. En étudiant les caractéristiques de son métier au travers des compétences détenues et des missions assumées, l'objectif est de mettre en lumière leur nature et d'envisager les défis auxquels le titulaire doit faire face. Les enjeux managériaux sont de taille pour le pharmacien titulaire s'il compte maîtriser l'incertitude croissante de son environnement. Cette recherche s'appuie sur le concept de métier et la notion de compétence individuelle pour traiter des évolutions de cette profession. En effet le concept de métier fait référence à un ensemble de savoir, savoir-faire et savoir être relatif à des compétences individuelles détenues par un individu. Elles s'évaluent en situation professionnelle. Il semble intéressant d'analyser le métier du pharmacien au regard de son statut hybride et des compétences requises. La problématique est la suivante : quelles sont les caractéristiques du métier de pharmacien titulaire d'officine ? En pleine phase de changement dans son exercice officinal et dans la façon de gérer son affaire, le pharmacien est en train de faire évoluer son métier. La démarche est exploratoire. Une méthodologie qualitative par étude comparative de quatre cas est retenue. Vingt-quatre entretiens semi-directifs, des observations des lieux de travail et l'analyse de documents secondaires ont permis de collecter les informations. Il ressort de l'analyse de contenu que le métier de pharmacien repose sur trois éléments majeurs : piloter son entreprise, garantir une certaine mission dans le canal de distribution du médicament et détenir des compétences techniques et managériales. Ainsi, en dépit d'orientations stratégiques simples le titulaire de l'officine fait pourtant preuve d'une capacité d'adaptation aux évolutions du marché importantes avec une bonne connaissance de celui-ci. De plus, l'ambivalence de ses missions (santé et distribution) montre la difficulté à gérer deux facettes de son métier nécessitant une double compétence. Il articule alors l'utilisation de compétences techniques et managériales pour la pratique de son métier. Il semble que la combinaison de ses compétences et leurs évolutions relève des orientations stratégiques données à l'officine et des missions assumées par le dirigeant. Ces résultats ouvrent plusieurs points de discussion. Ce travail permet d'approfondir le concept de métier individuel et participe à lui accorder une place importante dans le management des organisations. En revenant sur les caractéristiques du métier de pharmacien titulaire, il participe à affirmer que son analyse ouvre des pistes pour envisager son futur. Par ailleurs, cette recherche souligne l'importance d'appréhender les compétences individuelles sous l'angle d'attributs et de processus. Ce dernier est utile pour comprendre la compétence dans son contexte. En effet, c'est l'action en situation de travail qui valide la compétence. A cet effet il est constaté que p

ur le pharmacien titulaire c'est bien au travers des différentes missions assumées que s'expriment ses compétences.

2012

Saïah, A. (2012). "La pharmacie d'hier, d'aujourd'hui et d'après-demain." Après-demain N ° 22, NF(2) : 22-24.

Il est courant de qualifier la profession de pharmacien de « monopoliste ». En réalité, rien n'est plus faux. Les termes « monopole », « commerce », « marchandise », sont ceux de la doxa ultra-libérale : ils s'avèrent impropres s'agissant d'une profession, la Pharmacie, qui constitue un outil de Santé publique précieux. Ce modèle régulé a engendré un progrès sanitaire et social certain. Il est performant, maîtrisable. Il est perfectible. Saurons-nous le préserver ?

2011

Reyes, G. (2011). "Les mutations du métier de pharmacien titulaire : le cas d'officines de centre commercial." Management & Avenir 46(6) : 79-99.

<https://www.editions-ems.fr/revues-editions-ems/management-avenir/articlerevue/626-les-mutations-du-metier-de-pharmacien-titulaire-le-cas-d-officines-de-centre-commercial.html>

Résumé : L'officine française est en plein bouleversement. Le secteur d'activité subit d'importantes mutations avec des conséquences négatives sur la rentabilité des officines. Dans un tel contexte certaines officines réagissent en tentant d'optimiser leur organisation et en développant des techniques de management officinal. Cela se traduit par des évolutions notables du métier de pharmacien titulaire d'officine. Ce travail propose une analyse sur ce métier en mobilisant les trois sens du concept : le métier individuel, le métier entreprise et le métier sectoriel. L'étude porte plus particulièrement sur les officines de centres commerciaux très sensibles aux évolutions actuelles du secteur. Les résultats mettent en lumière de nouvelles compétences sur lesquelles le pharmacien semble s'appuyer pour faire face aux évolutions du secteur.

2010

Cnamts (2010). Démographie des infirmiers libéraux : des résultats positifs pour l'accord conventionnel d'avril 2009, Paris : CNAMTS

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dp_Bilan_demographie_infirmieres_vdef.pdf

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire constitue un thème majeur pour l'accès aux soins des patients, l'exercice des professionnels concernés et les contours de l'offre de soins pour les années à venir. Dans le cadre des négociations conventionnelles nationales, les représentants des infirmiers libéraux et l'assurance Maladie ont signé, en avril 2009, un accord innovant (Avenant n°1 à la Convention) pour améliorer l'accès aux soins et rééquilibrer l'offre de soins infirmiers entre les régions. Expérimenté sur une durée de 2 ans, le dispositif mis en place s'appuie sur une incitation à l'installation dans les zones très sous-dotées au travers d'une aide financière de l'assurance Maladie et, en parallèle, une régulation des installations dans les zones sur-dotées.

2009

Cannasse, S. et Housset, B. (2009). "Intervention conjointe d'une infirmière et d'un pharmacien. Elle peut réduire les réhospitalisations." Concours Medical (8) : 260-261.

[BDSP. Notice produite par EHESP sCsDR0xB. Diffusion soumise à autorisation]. Une proportion importante de patients sont de nouveau hospitalisés dans les mois qui suivent leur sortie de l'hôpital. Aux États-Unis elle est estimée à 20 %. Parmi les raisons possibles, le manque de coordination avec le médecin traitant. Un travail a évalué un protocole combinant plusieurs mesures avant et après la sortie du patient, grâce à l'intervention d'une infirmière et d'un pharmacien. Il est non seulement efficace mais il coûte moins cher que de faire comme d'habitude.

Collet, M. et Kermadec, C.-D. (2009). "Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006." Etudes Et Resultats (Drees) (703) : 8, tabl., graph., cartes.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er703.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IH9HAR0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2006, les titulaires d'officine bénéficient d'un revenu brut annuel de 132 000 euros en moyenne, avec des écarts de revenus allant de 121 000 euros dans les sociétés à 143 000 euros pour les titulaires d'une entreprise individuelle. Pour ces derniers, la dispersion des revenus est relativement forte. Les officines organisées en sociétés génèrent des revenus moindres pour les pharmaciens, mais présentent des conditions plus favorables en termes de temps de travail, d'organisation des astreintes et de sécurité de revenus (20 % perçus sous forme de salaire de gérance).

2007

Aulois-Griot, M. et Taboulet, F. (2007). "Médecins et pharmaciens face aux médicaments à prescription particulière : entre logiques sanitaires et logiques économiques." Medecine & Droit : 83-89.

L'auteur présente les statuts de prescription et de remboursement des médicaments au regard des impératifs de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses. Elle conclut à l'existence d'une relation entre les deux démarches.

CNOP (2007). La pharmacie d'officine en France : bilan et perspectives - livre blanc. Paris CNOP : 94, tabl., ann.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/4906/57542/version/2/file/Livre-blanc-La-pharmacie-officine-en-France-Bilan-et-perspectives.pdf>

A l'occasion de la présentation de son livre blanc, rendu public hier, l'Ordre national des pharmaciens entend réagir face aux attaques régulières de la grande distribution, reprises dernièrement dans le rapport Attali (21 janvier 2008) ou Beigbeider (13 décembre 2007) sur la question du monopole officinal. Si le livre blanc reconnaît que la grande distribution pourrait contribuer à une baisse des prix des médicaments évaluée entre 5 et 15%, réduire le pharmacien à simple agent de distribution n'aurait guère de sens. "Les pharmaciens sont aujourd'hui sous-utilisés" estime Jean Parrot, président du conseil de l'Ordre qui plaide pour élargir davantage le champ d'action des officinaux au-delà de la simple délivrance du

médicament de prescription, qui représente aujourd'hui 80 % de leur rémunération. Soulignant que les 23 000 officines françaises assument déjà des tâches de conseil aux patients, de suivi des traitements ou de dépistage, les pharmaciens réclament dans ce livre blanc une reconnaissance légale et une rémunération pour leurs actes qui ne donnent pas lieu à la délivrance de médicaments (Voir l'analyse dans Industrie Pharmaceutique Hebdo, n° 608, 28 février 2008).

2006

Ambroise-Thomas, P. et Aurengo, A. (2006). Organisation des études de Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique (Enseignement pour les sages-femmes) dans le cadre du système européen LMD (Licence-Master-Doctorat). Paris Académie de médecine : 4.

<http://www.academie-medecine.fr/organisation-des-etudes-de-medecine-pharmacie-odontologie-et-maieutique-dans-le-cadre-du-systeme-europeen-lmd-licence-master-doctorat/>

L'Académie nationale de Médecine est très favorable à l'intégration du déroulement des études médicales dans le système européen Licence-Master-Doctorat (LMD) qui présente plusieurs avantages : harmonisation européenne de la formation des professions de santé, répondant à la libre circulation des praticiens dans l'Union Européenne ; équivalences universitaires et passerelles entre les filières de formation, à tous les niveaux des études supérieures. La mise en œuvre de ce système impose une réorganisation des études médicales en France. Elle constitue ainsi une occasion de remédier à quelques graves dysfonctionnements de l'organisation actuelle.

Mercier, A.-L. (2006). "Prescription : un nouveau pouvoir pour le pharmacien." *Pharmaceutiques* (137) : 71-73, 72 graph.

La notion de pharmacien prescripteur n'est pas inédite. Ainsi, l'académie nationale de pharmacie évoque cette idée en octobre 2005. Le Collectif des groupements de pharmaciens dresse le portrait d'un " pharmacien de demain " prescripteur. L'Observatoire de la pharmacie indiquait en 2005 que les officinaux étaient majoritairement favorables à la prise en charge du petit risque à l'officine et au renouvellement de médicaments chez un patient chronique entre deux visites de contrôle chez le médecin. La signature de la nouvelle convention nationale du 30 mars 2006 ouvre des perspectives. Mais si l'on en juge par les résultats d'une enquête Harris de 2004, l'idée, aussi prometteuse que risquée, ne convainc pas tous les acteurs du système de santé. Par ailleurs l'Observatoire de la pharmacie a relevé quelques inquiétudes au sein même de la profession. L'ouverture du débat s'avère complexe mais justifié.

Thuillez, C. (2006). Commission sur l'Intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD. Paris MESR : 25.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000620.pdf>

Ce rapport présente les principes et les atouts d'une intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD (Licence-Master-Doctorat). Il donne l'organisation générale des années de Licence et Master (unités d'enseignement, concours, modes d'accès, stages...), propose une sensibilisation à la recherche et la mise en place d'un cursus Recherche. Il définit la nature de l'enseignement théorique et les volumes horaires, les modes d'enseignement, l'évaluation, l'Examen Classant National (ECN) et propose un mode de gestion des effectifs d'étudiants. Le rapport souligne l'intérêt de l'intégration de ces formations au processus de Bologne, intégration qui permet : la réorganisation et la

modernisation des cursus de formation théorique et pratique qui seront soumis à évaluation régulière et à contractualisation dans le cadre de parcours jalonnés par licence et master ; la mise en œuvre de nouvelles modalités de sélection après l'entrée en L1 dans le cursus des études ; la mutualisation de certains enseignements, un accès à une double formation professionnelle et scientifique ; l'établissement, à plusieurs étapes du cursus, de passerelles entrantes et sortantes en liaison avec d'autres formations universitaires, aux métiers de la santé notamment. Il souligne la nécessité de concevoir l'ensemble de la formation universitaire des professions médicales et pharmaceutiques comme un parcours intégré d'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de chaque métier.

2005

ANP (2005). Evolution des pratiques professionnelles en pharmacie d'officine. Paris Anp : 25.

https://www.acadpharm.org/dos_public/pratiques_professionnelles.pdf

Ce rapport remis au ministre de la Santé par l'Académie Nationale de Pharmacie met en avant la possibilité d'officialiser le pharmacien comme prescripteur complémentaire dans le cas des vaccins, de la prise en charge de la douleur, du suivi des maladies chroniques. Sont également développées l'importance de l'accès du pharmacien au dossier médical personnel et à la place du pharmacien dans la santé publique en France.

Collet, M. (2005). "La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national." *Etudes Et Résultats* (438) : 12.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 39R0xPxz. Diffusion soumise à autorisation]. Les projections de démographie des pharmaciens en activité à l'horizon 2030 s'appuient sur un scénario central fondé sur la poursuite des comportements observés en 2005 en termes de flux de formation, d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle et de cessation d'activité. Sous l'hypothèse d'un numerus clausus maintenu constant à 2 790 étudiants, la densité des pharmaciens augmenterait en France entre 2005 et 2015 de 114 à 118 pour 100 000 habitants, avant de diminuer et de retrouver en 2030 son niveau actuel. Les entrées dans la vie active devraient croître puis se stabiliser à partir de 2010-2015.

Collet, M. (2005). "Projections du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030 : sources, méthode et principaux résultats." *Serie Etudes - Document De Travail – Drees* (54) : 109.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud54.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE CO4UJR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Un peu plus de 70 000 pharmaciens actifs ont été recensés par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens au 1^{er} janvier 2005. La densité de pharmaciens en France a fortement crû en 25 ans, mais la croissance démographique de la profession s'est nettement ralentie avec l'instauration d'un numerus clausus à partir de 1980. Ce document s'attache à décrire précisément la méthodologie employée pour approcher les comportements actuels des pharmaciens - comportements qui varient selon l'âge, le sexe, le secteur d'activité et le poste occupé - et fournit les résultats détaillés de ces travaux de projections.

2004

Bernadet, S. et Collet, M. (2004). "Activité des pharmacies et revenus des pharmaciens." Insee Première (955) : 4, 2 tabl., 2 graph.

Entre 1995 et 2002, le volume d'activité des pharmacies s'est accru de 4,4 % en moyenne par an, contre 3 % pour l'ensemble du commerce de détail. Les 23 400 pharmacies existantes en France sont des commerces très particuliers : leur implantation est étroitement réglementée, le titulaire doit être un pharmacien diplômé. La demande en produits pharmaceutiques évolue notamment en fonction des prescriptions médicales et des mesures prises pour la maîtrise des dépenses de santé. Le taux de marge commerciale pour les produits remboursables est entièrement fixé par les pouvoirs publics. Ces produits constituent plus des quatre cinquièmes du chiffre d'affaires des pharmacies. De plus en plus, les pharmacies sont organisées en sociétés. La possibilité de nouvelles implantations étant très réduite, cette organisation permet d'associer deux titulaires dans la même officine. En 2001, un pharmacien titulaire bénéficiait d'un revenu brut annuel variant de 111 000 à 130 000 euros, selon la forme juridique de l'entreprise (résumé auteur).

Bernadet, S. et Collet, M. (2004). "L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires." Etudes Et Résultats (303) : 12, 12 tabl., 13 graph., 13 cartes.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er303.pdf>

A partir de l'Enquête Annuelle auprès des Entreprises (EAE), les auteurs dressent le bilan de l'activité des officines pharmaceutiques (chiffre d'affaires en 2001, évolution de ce secteur comparativement avec l'ensemble du commerce de détail, évolutions en volume, évolution du nombre d'officines depuis 1991). Les auteurs analysent également les revenus des pharmaciens d'officines en 2001 et dressent une comparaison des revenus selon la forme juridique adoptée par l'entreprise (entreprise individuelle ou officines organisées en sociétés). Une comparaison des revenus des pharmaciens titulaires d'officine selon la région d'implantation est également proposée.

2002

Fournier, C. (2002). "Le rôle du pharmacien." Gerontologie Et Societe 25 / 103(4) : 177-186.

Le vieillissement, chez la personne âgée, est un facteur de consommation médicamenteuse. La polyopathie provoque une polymédication. Ce constat entraîne-t-il un rôle et une compétence particulière chez le pharmacien d'officine ? Sa compétence et sa vigilance sont sollicitées à trois niveaux : Celui du médicament : L'usage simultané de certains médicaments provoque parfois des intolérances graves, de même que le non-respect de l'ordonnance (oubli, posologie erronée...). Une pharmacodépendance est très souvent constatée. Ces faits doivent être décelés par le pharmacien et transmis au médecin traitant. Face au « médicament générique », la personne âgée adopte progressivement une attitude positive. Celui de la relation personne âgée/pharmacien : Agencement bien adapté, écoute et prise en charge attentives pour permettre dialogue, confiance et information doivent être complétés par une relation de confiance entre médecin et pharmacien. Celui de l'économie de l'officine : La consommation pharmaceutique de l'officine représente une part importante du chiffre d'affaires de l'officine. Certes elle prolonge la vie et en améliore souvent la qualité, mais son coût est élevé. Ni le pharmacien ni le médecin n'ont la maîtrise du prix des médicaments mais leur rôle est primordial dans le bon usage du médicament, trop souvent considéré comme la réponse à des problèmes de société.

Guelfi, M. C. (2002). "En institution : le rôle du personnel soignant dans l'observance." Gérontologie Et Société (103) : 113-122.

[BDSP. Notice produite par FNG 5uR0x6K8. Diffusion soumise à autorisation]. L'administration des médicaments aux sujets âgés placés en institution n'est pas un acte simple. De la qualité de ce geste dépend l'observance c'est à dire la compliance au traitement. Cet article décrit les différents acteurs en présence et recense les difficultés rencontrées. Il répertorie les problèmes qui se posent aux infirmières, personnel soignant à qui incombe réglementairement la responsabilité de cet acte.

ÉTUDES INTERNATIONALES

2020

Patel, B. K., Davy, C., Volk, H., et al. (2020). "Integrating pharmacists into care teams: a qualitative systematic review protocol." JBIR Database System Rev Implement Rep.

OBJECTIVE: The objective of this review is to systematically examine the qualitative literature reporting on strategies that have been used (or could be developed) by healthcare services to integrate pharmacists into a multidisciplinary healthcare team. **INTRODUCTION:** Delivery models of pharmaceutical care have been developed, trialed, and refined since this concept was first defined more than 30 years ago. Delivery models that integrate pharmacists within a multidisciplinary team allow pharmacists to play a pivotal role in improving health outcomes for patients and contributing to patient self-management. Systematic reviews clearly demonstrate the effectiveness of these models; however, the attitudes, beliefs, expectations, understandings, perceptions and experiences of these multidisciplinary teams is less clear. **INCLUSION CRITERIA:** The populations of interest in this review are healthcare providers, including hospital specialists, general practitioners, nurses, health workers, pharmacists, allied health workers, aged care workers, Indigenous health workers and health promotion workers. The phenomena of interest are attitudes, beliefs, expectations, understandings, perceptions and experiences of the populations of interest arising from experiencing, developing or implementing strategies that have or could support the integration of pharmacists into multidisciplinary healthcare teams. **METHODS:** The databases to be searched include PubMed, Cochrane, EBSCO (CINAHL), EMBASE, MedNar, Trove and Australian Indigenous Health Infonet. Studies published from 2011 onwards and in English will be considered for inclusion. Selected studies will be assessed for methodological quality by two independent reviewers, using standardized critical appraisal instruments. Where possible, qualitative research findings will be pooled. Where textual pooling is not possible, the findings will be presented in narrative form.

Weissenborn, M., Krass, I., Van, C., et al. (2020). "Process of translation and cross-cultural adaptation of two Australian instruments to evaluate the physician-pharmacist collaboration in Germany." Res Social Adm Pharm 16(1) : 74-83.

BACKGROUND: Building interprofessional working relationships between physicians and pharmacists is essential to ensure high-quality patient care. To assess which factors influence the performance and success of their collaboration, validated instruments should be used, such as the Australian "Attitudes Toward Collaboration Instrument (ATCI)" and the "Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument (FICI)". Both instruments were already translated in a previous German study, but not pretested for comprehensibility or cultural appropriateness to ensure that the target group is able to adequately answer the

translated items. OBJECTIVES: To translate and particularly cross-culturally adapt two Australian instruments measuring physicians' and pharmacists' attitudes towards interprofessional collaboration and the frequency of their interactions for use in Germany. METHODS: The ATCI and FICI were translated following internationally recognised guidelines. Two-step cognitive interviewing was performed with physicians and pharmacists working in ambulatory care in Germany. The "Standards for Reporting Qualitative Research" were used to report this study. RESULTS: Overall, 2 forward and 2 back translations, and 38 cognitive interviews, i.e. cognitive probing (N=10) and behaviour observation (N=28), with 18 physicians and 20 pharmacists were performed. Experts discussed all potential changes. The ATCI and FICI were translated introducing 15 minor (e.g. paraphrasing, item order) and 6 major (e.g. 2 more items in FICI, additional response options) adaptations. The ATCI-P/GP-German and FICI-P/GP-German were found to be easy to answer and clearly-phrased. CONCLUSION: This study shows the importance of using recognised methods to translate and adapt questionnaires, consisting of at least four steps: forward translation, back translation, cognitive interviewing and finalisation (each reviewed by an expert panel making their decisions by consensus). A profoundly pretested German-speaking instrument is now available to evaluate and describe interprofessional collaboration between physicians and pharmacists. However, collecting further sociodemographic and contextual information seems necessary for enhanced interpretation of future results.

2019

Aslani, P., van Haastregt, J. C. M., Weissenborn, M., et al. (2019). "[Potential Benchmarks for Successful Interdisciplinary Collaboration Projects in Germany: A Systematic Review]." Health Soc Care Community 81(12) : 1057-1068.

AIM OF THE STUDY: Collaboration between general practitioners and community pharmacists is essential to ensure safe and effective patient care. However, collaboration in primary care is not standardized and varies greatly. This review aims to highlight projects about professional collaboration in ambulatory care in Germany and identifies promising approaches and successful benchmarks that should be considered for future projects. METHODS: A systematic literature search was performed based on the PRISMA guidelines to identify articles focusing on professional collaboration between general practitioners and pharmacists. RESULTS: A total of 542 articles were retrieved. Six potential premises for successful cooperation projects were identified: GP and CP knowing each other (I), involvement of both health care providers in the project planning (II), sharing of experience or concerns during regular joint meetings enabling continuing evaluation and adaption (III), ensuring (technical) feasibility (IV), particularly by providing incentives (V), and by integrating these projects into existing health care structures (VI). CONCLUSION: Only few studies have been published in scientific journals. There was no standardized assessment of how the participants perceived their collaboration and how it facilitates their daily work, even when the study aimed to evaluate GP-CP collaboration. Successful cooperation between GP and CP in daily routine care was often characterized by personal contact and longtime relationships. Therefore, collaborative teaching sessions at university might establish sympathy and mutual understanding right from the beginning. There is a strong need to establish standardized tools to evaluate collaboration in future projects and to enable comparability of different studies.

Bollen, A. et Harrison, R. (2019). "Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review." 27(4) : e189-e212.

Effective interprofessional collaboration is critical for sustaining high quality care in the context of the increasing burden on primary healthcare services. Despite this, there is limited understanding of the factors contributing to effective collaboration between general practitioners and community pharmacists. The aim of this systematic review was to identify the factors that impact on interprofessional collaboration between general practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs). Keywords and synonyms were combined and applied to four databases (EMBASE, CINAHL, SCOPUS, and MEDLINE) to identify articles published between January 2000 to April 2017. Relevant journals and reference lists were also hand-searched. A total of 37 articles met the eligibility criteria. Factors that posed a challenge to effective interprofessional collaboration were the perceived imbalance in hierarchy and power between the professions and a lack of understanding of each other's skills and knowledge. Experience of collaboration with the other party led to greater understanding of each other's capabilities and potential role in co-delivering patient care. The physical environment was also identified as important, with co-location and other resources to facilitate clear and regular communication identified as important facilitators of interprofessional collaboration. The review findings highlight a range of approaches that may positively influence interprofessional collaboration between GPs and CPS such as co-location, co-education to understand the professional capabilities of each group, and utilising compatible technologies to facilitate communication between the two professions.

Chaudhri, K. (2019). "General practitioner and pharmacist collaboration: does this improve risk factors for cardiovascular disease and diabetes? A systematic review protocol." *PLoS One* 9(8) : e027634.

INTRODUCTION: Cardiovascular disease (CVD) remains a major cause of morbidity and premature mortality globally. Despite the availability of low-cost evidence based medicines, there is a significant treatment gap in those with established or at high risk of CVD in the primary care setting. Pharmacist-based interventions have shown to improve patient outcomes for many chronic diseases including CVD. However, there is little synthesised evidence that has examined the effects of collaborative care between general practitioners (GPs) and pharmacists on patients' cardiovascular risk outcomes. This protocol aims to outline the methods employed in a systematic review of current literature to assess whether interprofessional collaboration between GPs and pharmacists has an impact on improving cardiovascular risk outcomes among patients in the primary care setting. **METHODS AND ANALYSIS:** Randomised controlled trials (RCTs) will be identified through database searches, scanning reference lists of relevant studies, hand searching of key journals and citation searching of key papers. Two independent reviewers will screen studies against eligibility criteria and extract data using standardised forms. Databases including MEDLINE, EMBASE, Cochrane, CINAHL and International Pharmaceutical Abstracts, will be searched from the beginning of each database until October 2018. Primary outcome includes improvement in cardiovascular risk factors, such as hypertension, due to GP and pharmacist cooperation. Secondary outcome is to describe the different types of GP and pharmacist collaborative models of care. A narrative synthesis of findings will be presented. A meta-analysis will be performed if the data are homogenous. **ETHICS AND DISSEMINATION:** This study does not require ethics approval. The results of the systematic review described within this protocol will be disseminated through presentations at relevant conferences and publication in a peer-reviewed journal. The methods will be used to inform future reviews. **PROSPERO REGISTRATION NUMBER:** CRD42017055259.

Hobart, C. B., Daines, C. L. et Phan, H. (2019). "Developing Future Clinical Pharmacy Leaders in the Interprofessional Care of Children with Special Health Care Needs and Medical Complexity (CSHCN-CMC) in a Pediatric Pulmonary Center." 6(12).

The health care needs of children with special health care needs and medical complexity (CSHCN-CMC) are multifaceted and often require the expertise of various disciplines. The medication-related needs of this population can be further complicated with off-label medication use, polypharmacy, and vulnerability to medication errors. Although clinical pharmacists are increasingly becoming a common part of inpatient, pediatric interprofessional patient care teams, their presence remains lacking in the outpatient or ambulatory care realm. Pediatric clinical pharmacists in the ambulatory care setting have the potential to help optimize medication use and safety through collaborative efforts as part of the interprofessional team. Since the late 1960s, Pediatric Pulmonary Centers (PPCs) provide training programs designed to develop interprofessional leaders who will improve the health status of CSHCN-CMC, specifically those with chronic respiratory and sleep-related conditions. The addition of pharmacists not only provides a more comprehensive care model for CSHCN-CMC, it creates an avenue to encourage the career paths of pediatric pharmacists in the ambulatory care setting. Here, we describe the addition of clinical pharmacy as part of an interprofessional patient care team and the development and implementation of a maternal child health (MCH) pharmacy discipline training model designed to mentor future pharmacist leaders in the care of CSHCN-CMC.

Hohmeier, K. C. et Desselle, S. P. (2019). "Exploring the implementation of a novel optimizing care model in the community pharmacy setting." *J Am Pharm Assoc* (2003) 59(3): 310-318.

OBJECTIVES: The primary objective of this study was to identify and summarize the perspectives of managers, pharmacists, and pharmacy technicians regarding the implementation of the Optimizing Care Model and corresponding task delegation of final product verification to pharmacy technicians in the community pharmacy. A secondary objective was to better understand successes and concerns in implementing the model. **DESIGN:** This qualitative research study employed the use of semistructured interviews. The authors served as coders and analyzed the transcripts with the use of inductive and deductive thematic analysis. **SETTING AND PARTICIPANTS:** Key informants included managers, pharmacists, and pharmacy technicians participating in the Optimizing Care Model in community pharmacies across both chain and independent pharmacy settings in Iowa, Tennessee, and Wisconsin. Interviews were conducted via telephone. **RESULTS:** The research team interviewed 14 participants. Six themes were identified: The Optimizing Care Model catalyzes patient care service delivery expansion in the community pharmacy setting, effectiveness is driven by "freed-up" pharmacist time compared with the traditional model, the model positively affects roles and job satisfaction of pharmacy personnel, technician engagement and ownership have a strong impact on the success and ramifications of the model, significant changes to pharmacy operations are necessary for successful implementation, and there are several factors ensuring successful implementation and sustaining of the Optimizing Care Model. **CONCLUSION:** Various participants (pharmacists, managers, technicians) in a technician product verification program known as the Optimizing Care Model agreed that patient care delivery can be enhanced through the task delegation of final product verification to pharmacy technicians. Additional positive impacts on organizational and individual level outcomes were found, which included quality of work life, engagement, and commitment.

Karim-Letournel, C., Cormier, E. et Disnard, L. (2019). "[Nurse-pharmacist collaboration for the prevention of medication errors]." *Rev Infirm* 68(249): 42-44.

As part of a process to improve the safety of medication management on the wards, designated nurses in each department work in close collaboration with the pharmacist to

prevent medication errors on a daily basis. In an isolated facility situated in a remote environment where the rate of replacement of team members is high, their role is essential and helps to reduce the risk of errors favoured by the high turnover of medical and paramedical staff.

Lee, H., Ryu, K., Sohn, Y., et al. (2019). "Impact on Patient Outcomes of Pharmacist Participation in Multidisciplinary Critical Care Teams: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 47(9) : 1243-1250.

OBJECTIVES: The objective of this systematic review and meta-analysis was to assess the effects of including critical care pharmacists in multidisciplinary ICU teams on clinical outcomes including mortality, ICU length of stay, and adverse drug events. **DATA SOURCES:** PubMed, EMBASE, and references from previous relevant systematic studies. **STUDY SELECTION:** We included randomized controlled trials and nonrandomized studies that reported clinical outcomes such as mortality, ICU length of stay, and adverse drug events in groups with and without critical care pharmacist interventions. **DATA EXTRACTION:** We extracted study details, patient characteristics, and clinical outcomes. **DATA SYNTHESIS:** From the 4,725 articles identified as potentially eligible, 14 were included in the analysis. Intervention of critical care pharmacists as part of the multidisciplinary ICU team care was significantly associated with the reduced likelihood of mortality (odds ratio, 0.78; 95% CI, 0.73-0.83; $p < 0.00001$) compared with no intervention. The mean difference in ICU length of stay was -1.33 days (95% CI, -1.75 to -0.90 d; $p < 0.00001$) for mixed ICUs. The reduction of adverse drug event prevalence was also significantly associated with multidisciplinary team care involving pharmacist intervention (odds ratio for preventable and nonpreventable adverse drug events, 0.26; 95% CI, 0.15-0.44; $p < 0.00001$ and odds ratio, 0.47; 95% CI, 0.28-0.77; $p = 0.003$, respectively). **CONCLUSIONS:** Including critical care pharmacists in the multidisciplinary ICU team improved patient outcomes including mortality, ICU length of stay in mixed ICUs, and preventable/nonpreventable adverse drug events.

Parajuli, D. R., Kourbelis, C., Franzon, J., et al. (2019). "Effectiveness of the Pharmacist-Involved Multidisciplinary Management of Heart Failure to Improve Hospitalizations and Mortality Rates in 4630 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *Children (Basel)* 25(9) : 744-756.

BACKGROUND: There is evidence that heart failure (HF) patients who receive pharmacist care have better clinical outcomes. **METHODS AND RESULTS:** English-language peer-reviewed randomized controlled trials comparing the pharmacist-involved multidisciplinary intervention with usual care were included. We searched PubMed, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Web of Science, Scopus, and the Cochrane Library from inception through March 2017. Cochrane method for risk of bias was used to assess within and between studies. 18 RCTs ($n=4630$) were included for systematic review, and 16 ($n=4447$) for meta-analysis. Meta-analysis showed a significant reduction in HF hospitalizations {odds ratio (OR) 0.72 [95% confidence interval (CI) 0.55-0.93], $P=.01$, $I^2 = 39\%$ } but no effect on HF mortality. Similarly, a significant reduction in all-cause hospitalizations [OR 0.76, 95% CI (0.60-0.96), $P=.02$, $I^2 = 52\%$] but no effect on all-cause mortality was revealed. The overall trend was an improvement in medication adherence. There were significant improvements in HF knowledge ($P<.05$), but no significant improvements were found on health care costs and self-care. **CONCLUSIONS:** The pharmacist is a vital member of a multidisciplinary team in HF management to improve clinical outcomes. There was a great deal of variability about which specific intervention is most effective in improving clinical outcomes.

Turner, K. M., Nelson, C. A., Pestka, D. L., et al. (2019). "Identification of critical factors for forming collaborative relationships between physicians and pharmacists." *Am J Health Syst Pharm* 76(16): 1238-1247.

PURPOSE: The purpose of this study was to identify and describe strategies that have successfully achieved collaboration among physicians and pharmacists providing comprehensive medication management (CMM) to support development of CMM services. **METHODS:** A 2-phase, mixed-methods approach was employed to identify successful strategies for building pharmacist-physician relationships in primary care clinic settings. Phase I used a qualitative approach to identify strategies deemed successful in building relationships with physicians. An advisory group of pharmacists with experience building CMM practices assisted in the development of minimum criteria characterizing pharmacists as having strong collaborative relationships. Semi-structured interviews were conducted with 10 interviewees meeting established criteria. Researchers coded interview transcripts and identified the resulting strategies. Phase II employed a survey instrument to determine how frequently identified strategies are used and evaluate the relative level of perceived impact of each strategy, which was distributed to a national audience of pharmacists practicing in ambulatory care settings. Responses from pharmacists meeting prespecified criteria were included in the analysis. **RESULTS:** Thirty-three strategies were identified and grouped into 8 themes. In phase II, 104 survey respondents met defined criteria and were eligible to endorse use of identified strategies and rate their relative influence. **CONCLUSIONS:** Thirty-three strategies were identified and grouped into 8 themes to aid pharmacists practicing CMM in developing stronger collaborative relationships with physician colleagues. A national sampling found many of these strategies were employed by a majority of pharmacists, who had found them to be influential in creating collaborative relationships.

Yamada, M., Sakaguchi, T., Tokuda, K., et al. (2019). "[Fostering Mixed-skill Pharmacists for Careers in Health Support Pharmacies-Education to Overcome the Barrier of Limited Occupational Expertise]." *Yakugaku Zasshi* 139(4) : 539-543.

For becoming a talented pharmacist at a health support pharmacy, the practitioner must obtain ability in two significant skill sets: "Technical skill" and "Non-technical skill". Technical skills are that required for a pharmacist's specialty/expertise, such as a wide variety of specialized knowledge and techniques. Non-technical skills are those required for effective communication and cooperation with patients, as well as with professionals from multiple fields, and also leadership/problem-solving ability within a team. Therefore, technical skill and non-technical skill go hand-in-hand like the two wheels on an axle. In a community-based integrated care system, medical professionals are expected to support a patient's overall health more effectively, even extending into his/her private life. In order to enable pharmacists to expand their scope of activity and fully execute their expertise, Yakugaku Seminar Lifelong Learning Center supports pharmacists from the standpoint of education with various themes, for example: the simulated experience of doctor conducting patient education and formulation on a daily basis, learning a basic way of thinking when clinical decisions are made for a patient nearby, mature decision making by combining vital signs, communication that takes into consideration a patient's background, and improved communication or problem-solving abilities within a broader team.

2018

Aslani, P., van Haastregt, J. C. M., Watanabe, N., et al. (2018). "[A Clinical Pathway Based on Medical and Nursing Teamwork in Drug Management Facilitates Integrated Community Care for Elderly Patients with Chronic Heart Failure]." *Health Soc Care Community* 138(6) : 797-806.

Chronic heart failure (CHF) is a critical disease in the aging population. Conventional therapy in hospitals cannot cure elderly patients with CHF at the end of life. Patients and their families experience anxiety and need comfortable care at home or in a nursing facility. To improve chronic cardiovascular disease management, we developed a simplified but integrated clinical pathway to facilitate medical and nursing care teamwork in the local community. Our institution is a central hospital in the North Shinshu district, which has an approximate population of 100000. We developed a pathway for both clinical program and information provision between our hospital and neighboring clinics. A hospital team evaluates and shares patient information with a homecare medical team every 6 months using the medical staff pathway. To maintain the efficacy and security of pharmacotherapy, a hospital clinical pharmacist reviews the prescriptions and prepares a drug profile book to share drug information between patients and all medical staff. These efforts have resulted in preventing adverse effects of drugs and reduced the cost of medications. Physical activity evaluation and nutrient guidance are also useful for patients to maintain their personal lifestyles. We initiated use of the pathway from 2009 and have followed up over 500 patients since then. We have also established a community partnership council to promote face-to-face communication among multiple categories of institutions and government agencies. Members of the council collaborate to help patients with cardiovascular disease to manage their own lives at home.

Barnes, E., Bullock, A., Allan, M., et al. (2018). "Community pharmacists' opinions on skill-mix and delegation in England." *Int J Pharm Pract* 26(5) : 398-406.

OBJECTIVES: Following the 2005 contractual framework amendment, the expanding role of community pharmacy team members required a shift in entrenched views on roles and duties. This study aimed to report on community pharmacists' opinions on skill mix and explore how they can be addressed so that skill mix may be optimised. **METHODS:** An invitation to complete an online questionnaire was distributed via email, marked for the attention of the lead pharmacist. Following a low response, a paper-based questionnaire was sent to all community pharmacies in England (n = 11,816). Questions elicited data about the respondent, the pharmacy (including staffing profile) and opinions on skill mix. **KEY FINDINGS:** A total of 1154 returns were received, representing a 10% response rate. Of these, most were pharmacy chains (76%; n = 877), with 5-9 staff (54%; n = 600); commonly open 40-49 hours (42%; n = 487), dispensing <6000 prescriptions per week (41%, n = 533). From 26 statements on skill mix, three factors were identified by principal-components factor analysis: 'working well', 'feeling the pressure' and 'open to development'. Characteristics associated with 'working well': pharmacy owners, single businesses, with pharmacy technician(s), dispensing fewer prescriptions and open shorter hours. Characteristics associated with 'feeling the pressure': pharmacy chains, open longer hours, large numbers of prescriptions and relief pharmacists. Characteristics associated with 'open to development': recently qualified, second pharmacists, working longer hours, chains and dispensing lower numbers of prescriptions. **CONCLUSIONS:** Although limited by a low response, results suggest being in a position to influence (more experienced, business owners) may be associated with more positive opinions. Further training (including about legalities and leadership) could contribute to optimising skill mix in community pharmacies.

Basaraba, J. E., Picard, M., George-Phillips, K., et al. (2018). "Pharmacists as Care Providers for Stroke Patients: A Systematic Review." *Can J Neurol Sci* 45(1) : 49-55.

BACKGROUND: Pharmacists have become an integral member of the multidisciplinary team providing clinical patient care in various healthcare settings. Although evidence supporting their role in the care of patients with other disease states is well-established, minimal literature has been published evaluating pharmacist interventions in stroke patients. The purpose of this systematic review is to summarize the evidence evaluating the impact of pharmacist interventions on stroke patient outcomes. **METHODS:** Study abstracts and full-text articles evaluating the impact of a pharmacist intervention on outcomes in patients with an acute stroke/transient ischemic attack (TIA) or a history of an acute stroke/TIA were identified and a qualitative analysis performed. **RESULTS:** A total of 20 abstracts and full-text studies were included. The included studies provided evidence supporting pharmacist interventions in multiple settings, including emergency departments, inpatient, outpatient, and community pharmacy settings. In a significant proportion of the studies, pharmacist care was collaborative with other healthcare professionals. Some of the pharmacist interventions included participation in a stroke response team, assessment for thrombolytic use, medication reconciliation, participation in patient rounds, identification and resolution of drug therapy problems, risk-factor reduction, and patient education. Pharmacist involvement was associated with increased use of evidence-based therapies, medication adherence, risk-factor target achievement, and maintenance of health-related quality of life. **CONCLUSIONS:** Available evidence suggests that a variety of pharmacist interventions can have a positive impact on stroke patient outcomes. Pharmacists should be considered an integral member of the stroke patient care team.

Bryant, R., Chaar, B. et Schneider, C. (2018). "Differing clinical pharmacy service models: Quantitative and qualitative analysis of nurse perceptions of support from pharmacists." *Int J Nurs Stud* 86 : 90-98.

BACKGROUND: In the last decade interdisciplinary teamwork and collaboration are increasingly favoured as strategies to improve healthcare delivery. The need for collaboration is especially evident in acute care medical-surgical wards of hospitals. Doctors, nurses, pharmacists, doctors and other healthcare professionals work in shifts to provide a multiplicity of services to a rapidly changing caseload of patients. Traditionally, pharmacists have been assigned to a ward or wards for which they provided all clinical services. An alternative clinical pharmacy service model which aligns pharmacists with medical teams is being introduced into Australian hospitals. This newer model, teambased pharmacy, is intended to provide better clinical services overall to patients, but the effect on the working relationship between pharmacists and nurses has not been examined. **OBJECTIVE:** To compare nurses' perceptions of the pharmacist's role, collaboration with and support for nurses for two models of clinical pharmacy: wardbased pharmacy and teambased pharmacy. **DESIGN:** Quantitative and qualitative analysis of survey data from nurses. **SETTINGS AND PARTICIPANTS:** A total of 90 nurses from five acute-care wards located in two tertiary hospitals in Sydney, Australia participated in the survey. **METHODS:** Statistical comparison of quantitative data from Likert-type questionnaire, and qualitative thematic analysis of nurses' written responses to an open-ended question. **RESULTS:** The qualitative data analysis indicated that the team-based pharmacy clinical service model, resulted in a perceived increase in nursing workload and a decreased collaboration with pharmacists. These findings were corroborated by the quantitative data analysis findings of statistically significant perceived reductions in collaboration. **CONCLUSIONS:** Efforts to align pharmacists with medical teams by replacing the traditional ward-based pharmacy model with an alternative model resulted in a perceived reduction in collaboration with and support for nursing teams. Evaluation of the impact of new pharmacy service models should involve all health professionals contributing to the safe and effective use of medicines. Intervention is

recommended to provide resources to satisfy nurses' needs for information and education about medication for hospitals that operate team-based clinical pharmacy services.

Celio, J., Ninane, F., Bugnon, O., et al. (2018). "Pharmacist-nurse collaborations in medication adherence-enhancing interventions: A review." *Drugs Aging* 101(7) : 1175-1192.

OBJECTIVES: Healthcare providers play an important role in addressing medication adherence. Pharmacists and nurses are qualified in this field even though they have different expertise. They both claim their role at the patient's side in collaboration with physicians. To avoid care duplication, such interprofessional collaborations must be carefully defined. The objectives of our review were to: 1) identify medication adherence-enhancing interventions involving pharmacists and nurses; 2) describe their respective roles. **METHODS:** Literature searches were conducted in PubMed/Medline, Embase, Cochrane Library. Screening criteria were: medication adherence-enhancing interventions, at least a pharmacist and nurse collaborating with/without other healthcare professionals, role description, outpatient settings, at least one oral treatment, adult patients. **RESULTS:** After screening, 21 references fulfilled the inclusion criteria. Pharmacists and nurses were both in a strategic position to identify eligible patients for adherence interventions, to assess and promote adherence. Pharmacists specifically ensured treatment efficacy, security and access, they provided information on the medication and related lifestyle advice. Nurses clinically co-managed patients with physicians; they also provided patients with information on their disease. **CONCLUSIONS:** Pharmacist-nurse medication adherence-enhancing interventions are rare and often in a nascent phase. **PRACTICE IMPLICATIONS:** The results of our review should help in designing new pharmacist-nurse medication adherence-enhancing interventions.

Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., et al. (2018). "Interprofessional Care and Teamwork in the ICU." *Crit Care Med* 46(6) : 980-990.

OBJECTIVES: We describe the importance of interprofessional care in modern critical care medicine. This review highlights the essential roles played by specific members of the interprofessional care team, including patients and family members, and discusses quality improvement initiatives that require interprofessional collaboration for success. **DATA SOURCES:** Studies were identified through MEDLINE search using a variety of search phrases related to interprofessional care, critical care provider types, and quality improvement initiatives. Additional articles were identified through a review of the reference lists of identified articles. **STUDY SELECTION:** Original articles, review articles, and systematic reviews were considered. **DATA EXTRACTION:** Manuscripts were selected for inclusion based on expert opinion of well-designed or key studies and review articles. **DATA SYNTHESIS:** "Interprofessional care" refers to care provided by a team of healthcare professionals with overlapping expertise and an appreciation for the unique contribution of other team members as partners in achieving a common goal. A robust body of data supports improvement in patient-level outcomes when care is provided by an interprofessional team. Critical care nurses, advanced practice providers, pharmacists, respiratory care practitioners, rehabilitation specialists, dietitians, social workers, case managers, spiritual care providers, intensivists, and nonintensivist physicians each provide unique expertise and perspectives to patient care, and therefore play an important role in a team that must address the diverse needs of patients and families in the ICU. Engaging patients and families as partners in their healthcare is also critical. Many important ICU quality improvement initiatives require an interprofessional approach, including Awakening and Breathing Coordination, Delirium, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment bundle implementation, interprofessional rounding practices, unit-based quality improvement initiatives, Patient and Family Advisory Councils, end-of-life care, coordinated sedation awakening and spontaneous breathing trials,

intra-hospital transport, and transitions of care. CONCLUSIONS: A robust body of evidence supports an interprofessional approach as a key component in the provision of high-quality critical care to patients of increasing complexity and with increasingly diverse needs.

El-Awaisi, A., Joseph, S., El Hajj, M. S., et al. (2018). "A comprehensive systematic review of pharmacy perspectives on interprofessional education and collaborative practice." *Res Social Adm Pharm* 14 (10) : 863-882.

INTRODUCTION: Pharmacists are key professionals in the collaborative working process and are integral members of the healthcare team. However, there is paucity of information regarding their perspectives towards interprofessional education (IPE) and collaborative practice. AIMS: The aim of this systematic review is to synthesise, summarise and evaluate the quality of the quantitative and qualitative literature related to the perspectives of pharmacy students, pharmacy faculty and practising pharmacists toward IPE and collaborative practice. The perspectives included their views, experiences and attitudes with a special focus on their perceived benefits and challenges in relation to IPE and collaborative practice. METHODS: An integrated mixed method systematic review was conducted. Four electronic databases were searched for articles published in English between 2000 and 2015. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) was used to assess the quality of the studies. RESULTS: Twenty-nine articles were identified meeting the selection criteria from the first initial search of 8512 articles. Seventeen articles (59%) targeted pharmacy students, 11 articles (38%) focused on practising pharmacists and 1 study (3%) was related to pharmacy faculty. The majority of studies were conducted in the United States (n = 13), were published in the last five years (83%, n = 24) and employed quantitative methods (52%, n = 15). The two commonly used survey instruments to measure the perspectives were: different versions of the RIPLS (35%, n = 6) and the IEPs scale (35%, n = 6). Fourteen of the 29 studies were rated as low quality (MMAT = 25%), eight studies were rated as average quality (MMAT = 50%), four were rated as high quality (MMAT 75%) and three were rated as very poor quality (MMAT 0%). No studies were rated with 100% MMAT quality. Overall, the findings suggest that pharmacy students, practicing pharmacists and faculty valued interprofessional education and collaborative practice and had positive attitudes towards it. Five main findings have been identified from this review: heterogeneity in reporting IPE research, traditional professional image of the pharmacist, lack of longitudinal follow-up, lack of IPE research on faculty and paucity in mixed method studies in terms of quality and numbers. CONCLUSIONS: These findings will provide an opportunity to stakeholders and policy makers to develop and implement IPE activities that are meaningful, comprehensive and unique. Sustained efforts are required not just in undergraduate curricula but also in healthcare settings to improve and promote an interprofessional culture at individual and organisational level.

Gordon, C. et Unni, E. (2018). "Community pharmacist-led clinical services: physician's understanding, perceptions and readiness to collaborate in a Midwestern state in the United States." 26(5) : 407-413.

OBJECTIVES: Many pharmacists are actively enhancing their role in the delivery of health care by offering a variety of pharmacist-led clinical services. The delivery of these services within community pharmacies can contribute to overcoming the cost and accessibility challenges currently facing U.S. health care, especially when pharmacist-physician collaborative efforts are utilized. The study purpose was to identify general and family practice physicians' awareness of pharmacists' delivery of clinical services, uncover their perceived barriers to collaboration with community pharmacists, and collect their input on how to overcome such barriers in order to better understand how pharmacist-led clinical services can be integrated, improved and more widely utilized as a healthcare delivery mechanism. METHODS: Semi-

structured interviews were performed at the physicians' place of practice to assess (1) family practice and internal medicine physicians' knowledge of pharmacists' education, clinical training, and role in the healthcare team; (2) their perceptions and barriers towards pharmacist-delivered clinical services and physician-pharmacist collaboration; and (3) their recommendations to improve physician-pharmacist collaboration. The data were analysed qualitatively to identify and categorize themes. KEY FINDINGS: Thirteen physicians were interviewed. While nearly all physicians were aware of pharmacists' level of education, most were not aware of the level of clinical training pharmacists receive. Only half of the physicians were able to provide a definition or example of collaborative practice agreements, although most recognized value and benefit when the definition and examples were provided to them. The commonly perceived barriers for collaboration were concern over loss of communication, hesitancy to relinquish control and lack of confidence in pharmacists' clinical judgement. CONCLUSION: The study results emphasize the need to develop strategies to improve collaborative relationships between physicians and pharmacists. To encourage collaboration, pharmacists must take a proactive approach to increasing awareness of their clinical knowledge and training, the benefits and value of collaborative practice and the opportunities for it.

Jacobs, S., Fegan, T., Bradley, F., et al. (2018). "How do organisational configuration and context influence the quantity and quality of NHS services provided by English community pharmacies? A qualitative investigation." *PLoS One* 13(9) : e0204304.

Community pharmacies are expanding their role into medicines-related healthcare and public health services, previously the domain of physicians and nurses, driven by policies to improve healthcare access for patients and to address problems of increasing demands and rising costs in primary and urgent care services. Understanding the organisational context into which this expansion is taking place is necessary given concerns over the extent to which pharmacies prioritise service volume over the quality of service provision. As part of a larger programme of work, this paper aims to explore stakeholder perceptions of the organisational and extra-organisational factors associated with service quality and quantity in community pharmacy as an established exemplar of private sector organisations providing publicly-funded healthcare. With ethics committee approval, forty semi-structured interviews were conducted with service commissioners, superintendent and front-line pharmacists, purposively selected from across nine geographical areas and a range of community pharmacy organisational types in England. Interviews were audio-recorded, transcribed verbatim and thematically analysed. Findings highlight the perceived importance of appropriate staffing and skill-mix for promoting service quantity and quality in community pharmacy. Organisational cultures which supported team development were viewed as facilitatory whereas those prioritising business targets over service quality seen to be inhibitive. Older local populations and low patient expectations were thought to limit service uptake as was poor integration with wider primary care services. The contractual framework and commissioning processes were also seen as a barrier to increasing service quality, quantity and integration in this sector. These findings suggest that healthcare administrations should take account of organisational and extra-organisational drivers and barriers when commissioning services from private sector providers such as community pharmacies to ensure that the quality of service provision is incentivised in addition to service quantity. Additionally, collaborative working should be encouraged through integrated commissioning mechanisms.

Johnson, J. M. et Carragher, R. (2018). "Interprofessional collaboration and the care and management of type 2 diabetic patients in the Middle East: A systematic review." *J Interprof Care* 32(5) : 621-628.

The World Health Organization has ranked the Middle East (ME) as the second most prevalent region globally for type 2 diabetes. Currently, treatment options initiated by physicians focus mainly on pharmaceuticals; however, lifestyle factors also have a tremendous impact on a patient's wellness or illness. A potential solution to this issue is to use an interprofessional team approach when caring for this patient population. The purpose of this systematic review is to look at the present literature involving the use of an interprofessional team approach to the care and maintenance of people with type 2 diabetes in the ME. A PRISMA flow diagram demonstrates the authors' literature search and screening process. The systematic review includes nine studies with mixed-methodologies performed in the Middle Eastern region in an outpatient or primary care setting, and demonstrates the use of interprofessional collaboration when providing care for type 2 diabetic patients. A meta-analysis was not included due to the heterogeneity of the studies; however, data analysis is discussed and results are demonstrated through an extraction tool developed by the authors based on The Cochrane Collaboration's data collection form. The aim of this review is to construct meaning surrounding the use and effectiveness of this collaborative approach with the adult and geriatric Middle Eastern diabetic patient population. Recommendations include continued support from multiple healthcare professions, involving nurses, pharmacists, dietitians, and physicians to promote holistic and patient-centred-care leading to fewer type 2 diabetes complications and hospital admissions.

Kiersma, M. E., Chen, A. M. H., Yehle, K. S., et al. (2018). "Evaluation of a nursing and pharmacy student educational activity promoting interprofessional learning." *Curr Pharm Teach Learn* 10(9) : 1237-1242.

BACKGROUND: Nurses and pharmacists are essential healthcare team members and must collaborate to provide safe and effective patient care. The purpose of this study was to evaluate nursing and pharmacy student views on interprofessional collaboration after completing an educational activity. **INTERPROFESSIONAL EDUCATION ACTIVITY:** Students participated in an interprofessional activity designed to improve empathy toward older adults and completed an open-ended questionnaire post-activity regarding their experience and views on interprofessional collaboration. Content analysis identified themes grounded in the responses. Students (n=216) felt communication needed improvement (n=31, 16.8%), were frustrated with fragmented care (n=31, 16.8%), found interprofessional collaboration necessary (n=37, 20.1%), and enjoyed the interprofessional experience (n=17, 9.2%). **DISCUSSION:** Study results provide evidence for the inclusion of additional structured interprofessional activities into all health professions curriculum to emphasize collaboration, improve communication, and modify views in preparation for interprofessional practice.

Manias, E. (2018). "Effects of interdisciplinary collaboration in hospitals on medication errors: an integrative review." *Expert Opin Drug Saf* 17(3) : 259-275.

INTRODUCTION: Medication errors are commonly affected by breakdowns in communication. Interdisciplinary collaboration is an important means of facilitating communication between health professionals in clinical practice. To date, there has been little systematic examination of past research in this area. **AREAS COVERED:** The aims of this integrative review are to examine how interdisciplinary collaboration influences medication errors in hospitals, the areas of interdisciplinary collaboration that have been researched in previous work, and recommendations for future research and practice. An integrative review was undertaken of research papers (N = 30) published from inception to August 2017 using MEDLINE, the Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO, and Embase. **EXPERT OPINION:** Five different areas of interdisciplinary collaboration were identified in research involving

medication errors. These areas were: communication through tools including guidelines, protocols, and communication logs; participation of pharmacists in interdisciplinary teams; collaborative medication review on admission and at discharge; collaborative workshops and conferences; and complexity of role differentiation and environment. Despite encouraging results demonstrated in past research, medication errors continued to occur. Increased focus is needed on developing tailored, individualized strategies that can be applied in particular contexts to create further reductions in medication errors. Greater understandings are also needed about the changing roles of various disciplines.

Ng, B. J., Le Couteur, D. G. et Hilmer, S. N. (2018). "Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting Physicians, Pharmacists, and Patients." 35(6) : 493-521.

Benzodiazepines (BZDs; including the related Z-drugs) are frequently targets for deprescribing; long-term use in older people is harmful and often not beneficial. BZDs can result in significant harms, including falls, fractures, cognitive impairment, car crashes and a significant financial and legal burden to society. Deprescribing BZDs is problematic due to a complex interaction of drug, patient, physician and systematic barriers, including concern about a potentially distressing but rarely fatal withdrawal syndrome. Multiple studies have trialled interventions to deprescribe BZDs in older people and are discussed in this narrative review. Reported success rates of deprescribing BZD interventions range between 27 and 80%, and this variability can be attributed to heterogeneity of methodological approaches and limited generalisability to cognitively impaired patients. Interventions targeting the patient and/or carer include raising awareness (direct-to-consumer education, minimal interventions, and 'one-off' geriatrician counselling) and resourcing the patient (gradual dose reduction [GDR] with or without cognitive behavioural therapy, teaching relaxation techniques, and sleep hygiene). These are effective if the patient is motivated to cease and is not significantly cognitively impaired. Interventions targeted to physicians include prescribing interventions by audit, algorithm or medication review, and providing supervised GDR in combination with medication substitution. Pharmacists have less frequently been the targets for studies, but have key roles in several multifaceted interventions. Interventions are evaluated according to the Behaviour Change Wheel. Research supports trialling a stepwise approach in the cognitively intact older person, but having a low threshold to use less-consultative methods in patients with dementia. Several resources are available to support deprescribing of BZDs in clinical practice, including online protocols.

Niederhauser, A., Zimmermann, C., Fishman, L., et al. (2018). "Implications of involving pharmacy technicians in obtaining a best possible medication history from the perspectives of pharmaceutical, medical and nursing staff: a qualitative study." 8(5) : e020566.

OBJECTIVES: In recent years, the involvement of pharmacy technicians in medication reconciliation has increasingly been investigated. The aim of this study was to assess the implications on professional roles and collaboration when a best possible medication history (BPMH) at admission is obtained by pharmacy technicians. **DESIGN:** Qualitative study with semistructured interviews. Data were analysed using a qualitative content analysis approach. **SETTING:** Internal medicine units in two mid-sized Swiss hospitals. **PARTICIPANTS:** 21 staff members working at the two sites (6 pharmacy technicians, 2 pharmacists, 6 nurses, 5 physician residents and 2 senior physicians). **RESULTS:** Pharmacy technicians generally appreciated their new tasks in obtaining a BPMH. However, they also experienced challenges associated with their new role. Interviewees reported unease with direct patient interaction and challenges with integrating the new BPMH tasks into their regular daily duties. We found that pharmacists played a key role in the BPMH process, since they act as coaches for pharmacy technicians, transmit information to the physicians and reconcile preadmission

medication lists with admission orders. Physicians stated that they benefitted from the delegation of administrative tasks to pharmacy technicians. Regarding the interprofessional collaboration, we found that pharmacy technicians in the study acted on a preliminary administrative level and did not become part of the larger treatment team. There was no direct interaction between pharmacy technicians and physicians, but rather, the supervising pharmacists acted as intermediaries. CONCLUSION: The tasks assumed by pharmacy technicians need to be clearly defined and fully integrated into existing processes. Engaging pharmacy technicians may generate new patient safety risks and inefficiencies due to process fragmentation. Communication and information flow at the interfaces between professional groups therefore need to be well organised. More research is needed to understand if and under which circumstances such a model can be efficient and contribute to improving medication safety.

Terasaki, N. (2018). "[Importance of the Role of Pharmacists in Heart Failure Teams in Maintaining Cooperation between Hospitals and Community Pharmacies]." *Yakugaku Zasshi* 138(6) : 787-789.

Pharmacists in dispensing pharmacies are initiating efforts to provide guidance on medication based on the requests of hospital pharmacists. In the present study, 10 cases in which pharmacists in dispensing pharmacies provided education to heart failure patients at home were examined. Improved medication compliance was observed in all cases. Additionally, at the time of re-exacerbation, it was possible for the patients to respond quickly. As a result, the number of hospitalizations during the 6 months before and after the interventions exhibited a decreasing trend from 1.6+/-0.7 to 0.1+/-0.3. Further, by conducting joint guidance at discharge, we were able to introduce smooth home guidance. I would like to continue working with hospital pharmacists and pharmacists at dispensing pharmacies in the future.

Vinterflod, C., Gustafsson, M., Mattsson, S., et al. (2018). "Physicians' perspectives on clinical pharmacy services in Northern Sweden: a qualitative study." *BMJ Open* 18(1) : 35.

BACKGROUND: In many countries, clinical pharmacists are part of health care teams that work to optimize drug therapy and ensure patient safety. However, in Sweden, clinical pharmacy services (CPSs) in hospital settings have not been widely implemented and regional differences exist in the uptake of these services. Physicians' attitudes toward CPSs and collaborating with clinical pharmacists may facilitate or hinder the implementation and expansion of the CPSs and the role of the clinical pharmacist in hospital wards. The aim of this study was to explore physicians' perceptions regarding CPSs performed at hospital wards in Northern Sweden. METHODS: Face-to-face semi-structured interviews were conducted with a purposive sample of nine physicians who had previously worked with clinical pharmacists between November 2014 and January 2015. Interviews were digitally recorded, transcribed and analysed using a constant comparison method. RESULTS: Different themes emerged regarding physicians' views of clinical pharmacy; two main interlinked themes were service factors and pharmacist factors. The service was valued and described in a positive way by all physicians. It was seen as an opportunity for them to learn more about pharmacological treatment and also an opportunity to discuss patient medication treatment in detail. Physicians considered that CPSs could improve patient outcomes and they valued continuity and the ability to build a trusting relationship with the pharmacists over time. However, there was a lack of awareness of the CPSs. All physicians knew that one of the pharmacist's roles is to conduct medication reviews, but most of them were only able to describe a few elements of what this service encompasses. Pharmacists were described as "drug experts" and their recommendations were perceived as clinically relevant. Physicians wanted CPSs to continue and to be implemented in other wards. CONCLUSIONS: All

physicians were positive regarding CPSs and were satisfied with the collaboration with the clinical pharmacists. These findings are important for further implementation and expansion of CPSs, particularly in Northern Sweden.

2017

Hwang, A. Y., Gums, T. H. et Gums, J. G. (2017). "The benefits of physician-pharmacist collaboration." J Fam Pract 66(12) : E1-e8.

Over the past decade, physician-pharmacist collaborative practices have gained traction in primary care as a way to implement team-based-care models. And there is evidence pointing to the effectiveness of this multidisciplinary health care team approach, in which pharmacists are typically responsible for such things as obtaining medication histories, identifying barriers to adherence, and adjusting medication regimens. Several studies have shown the significant impact that physician-pharmacist collaborative management (PPCM) can have on blood pressure control among patients with hypertension. Additionally, PPCM may have positive effects on HbA1c reduction and diabetes control, suggesting that benefits may extend to other chronic diseases, too.

Loffler, C., Koudmani, C., Bohmer, F., et al. (2017). "Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study." BMC Health Serv Res 17(1) : 224.

BACKGROUND: Despite numerous evidences for the positive effect of community pharmacists on health care, interprofessional collaboration of pharmacists and general practitioners is very often limited. Though highly trained, pharmacists remain an underutilised resource in primary health care in most western countries. This qualitative study aims at investigating pharmacists' and general practitioners' views on barriers to interprofessional collaboration in the German health care system. **METHODS:** A total of 13 narrative in-depth interviews, and two focus group discussions with 12 pharmacists and general practitioners in Mecklenburg-Western Pomerania, a predominantly rural region of North-Eastern Germany, were conducted. The interviews aimed at exploring general practitioners' and pharmacists' attitudes, views and experiences of interprofessional collaboration. At a second stage, two focus group discussions were performed. Fieldwork was carried out by a multi-professional team. All interviews and focus group discussions were audio taped and transcribed verbatim. The constant comparative method of analysis from grounded theory was applied to the data. **RESULTS:** There are three main findings: First, mutual trust and appreciation appear to be important factors influencing the quality of interprofessional collaboration. Second, in light of negative personal experiences, pharmacists call for a predefined, clear and straightforward way to communicate with physicians. Third, given the increasing challenge to treat a rising number of elderly patients with chronic conditions, general practitioners desire competent support of experienced pharmacists. **CONCLUSIONS:** On the ground of methodological triangulation the findings of this study go beyond previous investigations and are able to provide specific recommendations for future interprofessional collaboration. First, interventions and initiatives should focus on increasing trust, e.g. by implementing multi-professional local quality circles. Second, governments and health authorities in most countries have been and still are reluctant in advancing political initiatives that bring together physicians and pharmacists. Proactive lobbying and empowerment of pharmacists are extremely important in this context. In addition, future physician and pharmaceutical training curricula should focus on comprehensive pharmacist-physician interaction at early stages within both

professional educations and careers. Developing and fostering a culture of continued professional exchange and appreciation is one major challenge of future policy and research.

Montuoro, J., Ogborn, D. B., Hajjar, R., et al. (2017). "Characterizing the interaction between physicians, pharmacists and pharmaceutical representatives in a middle-income country: A qualitative study." *Int J Pharm Pract* 12(9) : e0184662.

BACKGROUND: Studies around the world have shown that interactions between pharmaceutical companies, pharmacists and physicians have a great influence on prescribing and drug dispensing practices. In middle-income countries, the nature and extent of these interactions have not been well researched. Our objectives were to qualitatively explore the nature of the interactions between pharmaceutical companies, physicians and pharmacists, their impact on drug prescription and dispensing practices in Lebanon. **METHODS AND FINDINGS:** We used grounded theory approach as well as the known sponsor, purposive, and snowballing sampling strategies to identify interviewees from the three respective groups: physicians, pharmacists, and pharmaceutical representatives. We conducted semi-structured and analyzed transcripts thematically. This study encompassed 6 pharmaceutical representatives, 13 physicians and 13 pharmacists. The following themes emerged: purpose and driver for the interactions, nature of the interactions, incentives, impact on prescription practices, ethical considerations, and suggestions for managing the interactions. The main purposes for the interaction were educational, promotional, and monitoring prescription practices and dispensing, while the main drivers for these interactions were market potential and neighborhood socio-economic status. Physicians, pharmacists and pharmaceutical representatives who engage in these interactions benefit from a variety of incentives, some of which were characterized as unethical. It appears that pharmaceutical companies give prominence to selected physicians within their communities. Although members of the three interviewed groups refer to some of the interactions as being problematic, they described a culture of acceptance of gift giving. We developed a framework that depicts the prevailing politico-cultural environment, the interactions between the three professional groups, and their impact on drug prescription. Underreporting is the main limitation of this study. **CONCLUSION:** Interactions between physicians, pharmacists and pharmaceutical representatives are frequent. Although these interactions can be beneficial, they still have a substantial effect on drug prescription and dispensing practices. Hence, the need for new policies that regulate these interactions and penalize any misconduct.

Moreno, G., Lonowski, S., Fu, J., et al. (2017). "Physician experiences with clinical pharmacists in primary care teams." *PLoS One* 57(6) : 686-691.

BACKGROUND: Improving medication management is an important component of comprehensive care coordination for health systems. The Managing Your Medication for Education and Daily Support (MyMeds) medication management program at the University of California Los Angeles addresses medication management issues by embedding trained clinical pharmacists in primary care practice teams. **OBJECTIVES:** The aim of this work was to examine and explore physician opinions about the clinical pharmacist program and identify common themes among physician experiences as well as barriers to integration of clinical pharmacists into primary care practice teams. **METHODS:** We conducted a mixed quantitative-qualitative methods study consisting of a cross-sectional physician survey (n = 69) as well as semistructured one-on-one physician interviews (n = 13). Descriptive statistics were used to summarize survey responses, and standard qualitative content-analysis methods were used to identify major themes from the interviews. **RESULTS:** The survey response rate was 61%; 13 interviews were conducted. Ninety percent of survey respondents agreed or strongly agreed that having the pharmacist in the office makes management of the

patient's medication more efficient, 93% agreed or strongly agreed that pharmacist recommendations are clinically helpful, 71% agreed or strongly agreed that having access to a pharmacist has increased their knowledge about medications they prescribe, and 75% agreed or strongly agreed that having a pharmacist as part of the primary care team has made their job easier. Qualitative interviews corroborated survey findings, and physicians highlighted the value of the clinical pharmacist's communication, team care and expanded roles, and medication management. CONCLUSION: Primary care physicians valued the integrated pharmacy program highly, particularly its features of strong communication, expanded roles, and medication management. Pharmacists were viewed as integral members of the health care team.

Ogunbayo, O. J., Schafheutle, E. I., Cutts, C., et al. (2017). "How do community pharmacists conceptualise and operationalise self-care support of long-term conditions (LTCs)? An English cross-sectional survey." *Int J Pharm Pract* 25(2) : 121-132.

OBJECTIVES: To explore community pharmacists' contributions to self-care support of long-term conditions by; investigating their conceptual understanding of self-care principles; identifying self-care support activities they considered important and their engagement in them; and examining barriers and enablers. **METHODS:** A questionnaire was developed using existing literature and qualitative interviews, piloted and distributed online to a random sample of 10 000 community pharmacists in England between August and November 2014. The questionnaire contained sections addressing the above objectives. Data were analysed using descriptive statistics; free text comments were analysed using content analysis. **KEY FINDINGS:** A total of 609 responses were received; 334 completed all sections of the survey. Responses to statements exploring conceptual understanding showed that respondents were more likely to agree with self-care principles about patients taking responsibility and being more actively involved in their health and care; they agreed less with self-care principles promoting patient autonomy and independence. Respondents considered medicines-related self-care support activities as a lead role for community pharmacy, which they said they engaged in regularly. Whilst many agreed that other self-care support activities such as supporting self-monitoring and collaborative care planning were important, they indicated only limited engagement. Respondents identified access to patient records and availability of private consultation rooms as their main barriers and enablers, respectively; working relationship with GPs and skill-mix in community pharmacy were viewed as both barriers and enablers. **CONCLUSIONS:** Community pharmacists in this study conceptualised and operationalised self-care support of long-term conditions (LTCs) from a narrow, medicines-focussed perspective, rather than from a multifaceted, patient-focussed perspective. A concerted and coherent strategy that builds on the strengths, and tackles the identified barriers is needed if community pharmacy is to improve contributions to self-care support of LTCs.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., et al. (2017). "Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes." *Cochrane Database Syst Rev* 6 : Cd000072.

BACKGROUND: Poor interprofessional collaboration (IPC) can adversely affect the delivery of health services and patient care. Interventions that address IPC problems have the potential to improve professional practice and healthcare outcomes. **OBJECTIVES:** To assess the impact of practice-based interventions designed to improve interprofessional collaboration (IPC) amongst health and social care professionals, compared to usual care or to an alternative intervention, on at least one of the following primary outcomes: patient health outcomes, clinical process or efficiency outcomes or secondary outcomes (collaborative behaviour).

SEARCH METHODS: We searched CENTRAL (2015, issue 11), MEDLINE, CINAHL,

ClinicalTrials.gov and WHO International Clinical Trials Registry Platform to November 2015. We handsearched relevant interprofessional journals to November 2015, and reviewed the reference lists of the included studies. SELECTION CRITERIA: We included randomised trials of practice-based IPC interventions involving health and social care professionals compared to usual care or to an alternative intervention. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently assessed the eligibility of each potentially relevant study. We extracted data from the included studies and assessed the risk of bias of each study. We were unable to perform a meta-analysis of study outcomes, given the small number of included studies and their heterogeneity in clinical settings, interventions and outcomes. Consequently, we summarised the study data and presented the results in a narrative format to report study methods, outcomes, impact and certainty of the evidence. MAIN RESULTS: We included nine studies in total (6540 participants); six cluster-randomised trials and three individual randomised trials (1 study randomised clinicians, 1 randomised patients, and 1 randomised clinicians and patients). All studies were conducted in high-income countries (Australia, Belgium, Sweden, UK and USA) across primary, secondary, tertiary and community care settings and had a follow-up of up to 12 months. Eight studies compared an IPC intervention with usual care and evaluated the effects of different practice-based IPC interventions: externally facilitated interprofessional activities (e.g. team action planning; 4 studies), interprofessional rounds (2 studies), interprofessional meetings (1 study), and interprofessional checklists (1 study). One study compared one type of interprofessional meeting with another type of interprofessional meeting. We assessed four studies to be at high risk of attrition bias and an equal number of studies to be at high risk of detection bias. For studies comparing an IPC intervention with usual care, functional status in stroke patients may be slightly improved by externally facilitated interprofessional activities (1 study, 464 participants, low-certainty evidence). We are uncertain whether patient-assessed quality of care (1 study, 1185 participants), continuity of care (1 study, 464 participants) or collaborative working (4 studies, 1936 participants) are improved by externally facilitated interprofessional activities, as we graded the evidence as very low-certainty for these outcomes. Healthcare professionals' adherence to recommended practices may be slightly improved with externally facilitated interprofessional activities or interprofessional meetings (3 studies, 2576 participants, low certainty evidence). The use of healthcare resources may be slightly improved by externally facilitated interprofessional activities, interprofessional checklists and rounds (4 studies, 1679 participants, low-certainty evidence). None of the included studies reported on patient mortality, morbidity or complication rates. Compared to multidisciplinary audio conferencing, multidisciplinary video conferencing may reduce the average length of treatment and may reduce the number of multidisciplinary conferences needed per patient and the patient length of stay. There was little or no difference between these interventions in the number of communications between health professionals (1 study, 100 participants; low-certainty evidence). AUTHORS' CONCLUSIONS: Given that the certainty of evidence from the included studies was judged to be low to very low, there is not sufficient evidence to draw clear conclusions on the effects of IPC interventions. Nevertheless, due to the difficulties health professionals encounter when collaborating in clinical practice, it is encouraging that research on the number of interventions to improve IPC has increased since this review was last updated. While this field is developing, further rigorous, mixed-method studies are required. Future studies should focus on longer acclimatisation periods before evaluating newly implemented IPC interventions, and use longer follow-up to generate a more informed understanding of the effects of IPC on clinical practice.

Silvaggi, A., Nabhani-Gebara, S. et Reeves, S. (2017). "Expanding pharmacy roles and the interprofessional experience in primary healthcare: A qualitative study." *J Interprof Care* 31(1) : 110-111.

The pharmacist role is undergoing significant changes which are reshaping the way primary healthcare is delivered throughout England. Due to increased physician workload and focus on primary healthcare, the pharmacist role has expanded to provide enhanced patient services, integrating into general practice (GP) settings and working more closely as a member of the healthcare team. However, the experiences of pharmacists and team members are yet to be explored. The proposed study aims to explore the experiences, thoughts, and perceptions of a purposive sample of pharmacists, physicians, and nurses working in 10 GP clinics throughout the southeast of England. Interprofessional relationships, power dynamics, changing professional roles, and barriers and facilitators to the integration of the pharmacist role will be explored. An exploratory multiple case study design will be used to investigate interprofessional experiences within and between clinics. In-depth interviews will be completed with each participant. A thematic analysis will identify themes and patterns from the interview data. Results are expected to produce recommendations to help facilitate the integration of pharmacists in their new role and will have implications for interprofessional collaboration and interprofessional education which are important for delivering safe and effective care.

Weissenborn, M., Haefeli, W. E., Peters-Klimm, F., et al. (2017). "Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study." *Int J Clin Pharm* 39(3) : 495-506.

Background While collaboration between community pharmacists (CPs) and general practitioners (GPs) is essential to provide comprehensive patient care, their communication often is scarce and hampered by multiple barriers. **Objective** We aimed to assess both professions' perceptions of interprofessional communication with regard to content and methods of communication as a basis to subsequently develop best-practice recommendations for information exchange. **Setting** Ambulatory care setting in Germany. **Method** CPs and GPs shared their experience in focus groups and in-depth interviews which were conducted using a semi-structured interview guideline. Transcribed recordings were assessed using qualitative content analysis according to Mayring. **Main outcome measure** Specification of existing barriers, CPs'/GPs' general perceptions of interprofessional communication and similarities and differences regarding prioritization of specific information items and how to best communicate with each other. **Results** Four focus groups and fourteen interviews were conducted. Seven internal (e.g. professions were not personally known to one another) and nine external barriers (e.g. mutual accessibility) were identified. Ten organizational, eight medication-related, and four patient-related information items were identified requiring interprofessional communication. Their relevance varied between the professions, e.g. CPs rated organizational issues higher than GPs. Both professions indicated communication via phone to be the most frequently used method of communication. **Conclusion** CPs and GPs opinions often differ. However, communication between CPs and GPs is perceived as crucial suggesting that a future concept has to offer standardized recommendations, while leaving CPs and GPs room to adjust it to their individual needs.

2016

Bechet, C., Pichon, R., Giordan, A., et al. (2016). "Hospital pharmacists seen through the eyes of physicians: qualitative semi-structured interviews." *Int J Clin Pharm* 38(6) : 1483-1496.

Background Pharmacist-physician collaboration can lead to many positive outcomes. However, collaboration between healthcare providers is complex and rarely performed

optimally. Objectives To study physician-pharmacist collaboration in hospital settings, from the physician's point of view. Setting Eight regional non-teaching hospital facilities, within a local area of northwest Switzerland, supplied by an independent central pharmacy. Method Physicians were sampled using a maximal variation purposive method. Qualitative semi-structured interviews were conducted and their content was recorded. Mind maps were made with the collected data. An inductive approach was used for the analysis. Main outcome measure Physicians' main perceptions of hospital pharmacists. Results Twelve physicians and one medical student were interviewed (average interview length 37 min). Key opinions (n >= 7) include the following: physicians lack knowledge about hospital pharmacists' roles, competences and activities. Physicians report a lack of presence and involvement of hospital pharmacists. Although physicians value hospital pharmacists' complementary competences, they also point out a knowledge gap between them and that hospital pharmacists lack clinical competences. Some pharmaceutical activities (e.g. drug formulary management or participation in ward rounds) lead to significant drawbacks for physicians. Other pharmaceutical activities (e.g. teaching and supervision) are valued and sought for by physicians. Physicians report they take drug treatment decisions as they bear the legal responsibility. Conclusion The presence, visibility and implication of hospital pharmacists need to be improved, and physicians should be more aware of what they can offer them. Physicians' expectations and needs should be taken further into consideration and new models of interaction should be developed.

Bradley, F., Willis, S. C., Noyce, P. R., et al. (2016). "Restructuring supervision and reconfiguration of skill mix in community pharmacy: Classification of perceived safety and risk." *Res Social Adm Pharm* 12(5) : 733-746.

BACKGROUND: Broadening the range of services provided through community pharmacy increases workloads for pharmacists that could be alleviated by reconfiguring roles within the pharmacy team. **OBJECTIVES:** To examine pharmacists' and pharmacy technicians (PTs)' perceptions of how safe it would be for support staff to undertake a range of pharmacy activities during a pharmacist's absence. Views on supervision, support staff roles, competency and responsibility were also sought. **METHODS:** Informed by nominal group discussions, a questionnaire was developed and distributed to a random sample of 1500 pharmacists and 1500 PTs registered in England. Whilst focused on community pharmacy practice, hospital pharmacy respondents were included, as more advanced skill mix models may provide valuable insights. Respondents were asked to rank a list of 22 pharmacy activities in terms of perceived risk and safety of these activities being performed by support staff during a pharmacist's absence. Descriptive and comparative statistic analyses were conducted. **RESULTS:** Six-hundred-and-forty-two pharmacists (43.2%) and 854 PTs (57.3%) responded; the majority worked in community pharmacy. Dependent on agreement levels with perceived safety, from community pharmacists and PTs, and hospital pharmacists and PTs, the 22 activities were grouped into 'safe' (n = 7), 'borderline' (n = 9) and 'unsafe' (n = 6). Activities such as assembly and labeling were considered 'safe,' clinical activities were considered 'unsafe.' There were clear differences between pharmacists and PTs, and sectors (community pharmacy vs. hospital). Community pharmacists were most cautious (particularly mobile and portfolio pharmacists) about which activities they felt support staff could safely perform; PTs in both sectors felt significantly more confident performing particularly technical activities than pharmacists. **CONCLUSION:** This paper presents novel empirical evidence informing the categorization of pharmacy activities into 'safe,' 'borderline' or 'unsafe.' 'Borderline' activities will deserve particular attention, especially where they are part of processes, e.g. dispensing. This categorization could help inform reconfiguration of skill mix in community pharmacy and thus make an important contribution to the rebalancing medicines legislation agenda and pharmacist supervision.

Kallio, S., Kumpusalo-Vauhkonen, A., Jarvensivu, T., et al. (2016). "Towards interprofessional networking in medication management of the aged: current challenges and potential solutions in Finland." *Scand J Prim Health Care* 34(4) : 368-376.

OBJECTIVE: The Finnish Medicines Agency (Fimea) initiated a programme in 2012 for enhancing interprofessional networking in the medication management of the aged. The goal is to develop national guidelines for interprofessional collaboration with respect to medication management. This study aims to explore the challenges and potential solutions experienced by existing health care teams in managing medication of the aged: (1) at the individual and team level (micro level), (2) organisational level (meso level) and (3) structural level (macro level). **DESIGN:** Group discussions (n = 10), pair (n = 3) and individual interviews (n = 2). Abductive content analysis combining data and theory was applied. Networking was used as a theoretical framework. **SETTING:** Meetings (n = 15) organised by Fimea in the formation phase of the interprofessional network in 2012. **SUBJECTS:** Health care professionals (n = 55). **MAIN OUTCOME MEASURES:** Challenges and solutions in the medication management of the aged at the micro, meso and macro levels. **RESULTS:** Challenges in interprofessional collaboration, problems with patient record systems, and the organisation of work and lack of resources were present at all the levels contributing to patients' medication problems. Participants suggested multiple potential solutions to improve interprofessional collaboration, sharing of tasks and responsibilities, better exploitation of pharmaceutical knowledge and developing tools as being the most commonly mentioned. **CONCLUSIONS:** Optimising medication use of the aged requires new systemic solutions within and between different system levels. The main challenges can be solved by clarifying responsibilities, enhancing communication and applying operational models that involve pharmacists and the use of information technology in medication management. **KEY POINTS** An interprofessional team approach has been suggested as a solution to promote rational medicine use among the aged. Fragmented health care system and lack of coordinated patient care are reasons for medication related problems of the aged. Challenges in the implementation of interprofessional collaboration in medication management appear in legislation, information systems, operational models and individuals' attitudes. Optimising medications requires better interprofessional networking and new systemic solutions within and between macro, meso and micro levels.

Lessard, S., Bareil, C., Lalonde, L., et al. (2016). "External facilitators and interprofessional facilitation teams: a qualitative study of their roles in supporting practice change." *Implement Sci* 11: 97.

BACKGROUND: Facilitation is a powerful approach to support practice change. The purpose of this study is to better understand the facilitation roles exercised by both external facilitators and interprofessional facilitation teams to foster the implementation of change. Building on Dogherty et al.'s taxonomy of facilitation activities, this study uses an organizational development lens to identify and analyze facilitation roles. It includes a concise definition of what interprofessional facilitation teams actually do, thus expanding our limited knowledge of teams that act as change agents. We also investigate the facilitation dynamics between change actors. **METHODS:** We carried out a qualitative analysis of a 1-year process of practice change implementation. We studied four family medicine groups, in which we constituted interprofessional facilitation teams. Each team was supported by one external facilitator and included at least one family physician, one case manager nurse, and health professionals located on or off the family medicine group's site (one pharmacist, plus at least one nutritionist, kinesiologist, or psychologist). We collected our data through focus group interviews with the four teams, individual interviews with the two external facilitators, and case audit documentation. We analyzed both predetermined (as per Dogherty et al.,

2012) and emerging facilitation roles, as well as facilitation dynamics. RESULTS: A non-linear framework of facilitation roles emerged from our data, based on four fields of expertise: change management, project management, meeting management, and group/interpersonal dynamics. We identified 72 facilitation roles, grouped into two categories: "implementation-oriented" and "support-oriented." Each category was subdivided into themes (n = 6; n = 5) for clearer understanding (e.g., legitimation of change/project, management of effective meetings). Finally, an examination of facilitation dynamics revealed eight relational ties occurring within and/or between groups of actors. CONCLUSIONS: Facilitation is an approach used by appointed individuals, which teams can also foster, to build capacity and support practice change. Increased understanding of facilitation roles constitutes an asset in training practitioners such as organizational development experts, consultants, facilitators, and facilitation teams. It also helps decision makers become aware of the multiple roles and dynamics involved and the key competencies needed to recruit facilitators and members of interprofessional facilitation teams.

Lotfi, T., Morsi, R. Z., Rajabbik, M. H., et al. (2016). "Knowledge, beliefs and attitudes of physicians in low and middle-income countries regarding interacting with pharmaceutical companies: a systematic review." BMC Health Serv Res 16: 57.

BACKGROUND: Understanding the perceptions and attitudes of physicians is important. This knowledge assists in the efforts to reduce the impact of their interactions with the pharmaceutical industry on clinical practice. It appears that most studies on such perceptions and attitudes have been conducted in high-income countries. The objective was to systematically review the knowledge, beliefs and attitudes of physicians in low and middle-income countries regarding interactions with pharmaceutical companies. METHODS: Eligible studies addressed any type of interaction between physicians and pharmaceutical companies. The outcomes of interest included knowledge, beliefs and attitudes of practicing physicians. The search strategy covered MEDLINE and EMBASE databases. Two reviewers completed in duplicate and independently study selection, data abstraction, and assessment of methodological features. The data synthesis consisted of a narrative summary of the findings stratified by knowledge, beliefs and attitudes. RESULTS: We included ten reports from nine eligible studies, each of which had a number of methodological limitations. Four studies found that the top perceived benefits of this interaction were receiving information and rewards. In five out of eight studies assessing the perception regarding the impact of the interaction on the behavior of physician prescription, the majority of participants believed it to be minor. In one of these studies, participants perceived that impact to be lesser when asked about their own behavior. The attitudes of physicians towards information and rewards provided by pharmaceutical company representatives (PCRs) (assessed in 5 and 2 studies respectively) varied across studies. In the only study assessing their attitudes towards pharmaceutical-sponsored Continuing Medical Education, physicians considered local conferences to have higher impact. Their attitudes towards developing policies restricting physicians' interactions with PCRs were positive in two studies. In one study, the majority of participants did not mind the public knowing that physicians were receiving gifts and awards from drug companies. CONCLUSIONS: This review identified few studies conducted in low and middle-income countries. While physicians generally perceived the impact of interactions on their behavior to be minor, their attitudes toward receiving information and rewards varied across studies.

Luetsch, K. et Rowett, D. (2016). "Developing interprofessional communication skills for pharmacists to improve their ability to collaborate with other professions." J Interprof Care 30(4) : 458-465.

Successful communication between health professionals is a prerequisite for collaborative practice. Clinical pharmacists completed a learning and practice module introducing them to a framework for successful interprofessional communication (IPC) in the course of their postgraduate studies. A face-to-face discussion of a contemporary clinical topic with a health professional was then scheduled, mainly with junior doctors, in their practice setting. An exploratory case study methodology was employed to investigate pharmacists' written reflections on their experience applying their newly acquired IPC skills. Thematic analysis of reflections developed five categories relating to interprofessional collaboration, learning, and education. Themes describing pharmacists' preconceptions about the health professional and scheduled interprofessional encounter, how it allowed them to learn about doctors' and other health professionals' practice and build collaborative relationships were identified. Reflections also elaborated that applying the communication framework and strengthening of collaboration created opportunities for IPE, with added observations about these increasing potential impact on patient care and change of practice. Analysis of anonymous feedback provided by the health professionals yielded similar themes and was integrated for triangulation. Applying successful IPC skills in healthcare settings may increase interprofessional collaboration and create practice models which facilitate interprofessional learning in health profession programmes.

Napier, P., Norris, P., Green, J., et al. (2016). "Can they do it? Comparing the views of pharmacists and technicians to the introduction of an advanced technician role." *Int J Pharm Pract* 24(2) : 97-103.

OBJECTIVES: This study aimed to investigate the opinions of pharmacists and technicians regarding the ability of New Zealand technicians to take on an advanced checking technician role. **METHODS:** A survey was developed to investigate the opinions regarding the introduction of this new role. The questions covered are: perceived ability to take on the role, training requirements and competence. Surveys were sent to pharmacists whose contact details are available for research purposes (n = 2095) and to all pharmacies in New Zealand (both community and hospital) for the attention of technicians (n = 858). The results were analysed using IBM SPSS and thematic analysis of comments was conducted. **KEY FINDINGS:** A total of 1221 surveys were returned (pharmacists = 736 and technicians = 485). The majority of the technicians (83%) believed that 'some' technicians could work in a CT role, compared with 73% of the pharmacists. Over two-thirds (69%) of the technicians felt comfortable checking a prescription at their current level of training compared with 53% of pharmacists. Both groups' comfort increased with further specific training for the technicians. **CONCLUSIONS:** The majority of both of these groups supported the change in roles. Pharmacists were less confident that technicians could take on this role now, but were more comfortable after extra training had been completed. The technicians, however, were confident they could take on this role now but would take on extra training if needed.

Rathbone, A. P., Mansoor, S. M., Krass, I., et al. (2016). "Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication." *BMJ Open* 6(3) : e010488.

OBJECTIVES: Pharmacists and general practitioners (GPs) face an increasing expectation to collaborate interprofessionally on a number of healthcare issues, including medication non-adherence. This study aimed to propose a model of interprofessional collaboration within the context of identifying and improving medication non-adherence in primary care. **SETTING:** Primary care; Sydney, Australia. **PARTICIPANTS:** 3 focus groups were conducted with pharmacists (n=23) and 3 with GPs (n=22) working in primary care. **PRIMARY AND SECONDARY OUTCOME MEASURES:** Qualitative investigation of GP and pharmacist interactions with each other, and specifically around supporting their patients' medication

adherence. Audio-recordings were transcribed verbatim and transcripts thematically analysed using a combination of manual and computer coding. RESULTS: 3 themes pertaining to interprofessional collaboration were identified (1) frequency, (2) co-collaborators and (3) nature of communication which included 2 subthemes (method of communication and type of communication). While the frequency of interactions was low, the majority were conducted by telephone. Interactions, especially those conducted face-to-face, were positive. Only a few related to patient non-adherence. The findings are positioned within contemporary collaborative theory and provide an accessible introduction to models of interprofessional collaboration. CONCLUSIONS: This work highlighted that successful collaboration to improve medication adherence was underpinned by shared paradigmatic perspectives and trust, constructed through regular, face-to-face interactions between pharmacists and GPs.

2015

Cooper, L. B. et Hernandez, A. F. (2015). "Assessing the Quality and Comparative Effectiveness of Team-Based Care for Heart Failure: Who, What, Where, When, and How." *Heart Fail Clin* 11(3) : 499-506.

Team-based or multidisciplinary care may be a potential way to positively impact outcomes for heart failure (HF) patients by improving clinical outcomes, managing patient symptoms, and reducing costs. The multidisciplinary team includes the HF cardiologist, HF nurses, clinical pharmacists, dietitians, exercise specialists, mental health providers, social workers, primary care providers, and additional subspecialty providers. The timing and setting of multidisciplinary care depends on the needs of the patient and the resources available. Multidisciplinary HF teams should be evaluated based on their ability to achieve goals, as well as their potential for sustainability over time.

Luetsch, K. et Rowett, D. (2015). "Interprofessional communication training: benefits to practicing pharmacists." *Int J Clin Pharm* 37(5) : 857-864.

BACKGROUND: Interprofessional communication skills are important for pharmacists to build collaborative relationships with other health professionals, integrate into healthcare teams, maximise their effectiveness in patient care in addressing complex care needs and meet the demands of health care reforms. **OBJECTIVE:** This qualitative study explores clinical pharmacists' experiences and reflections after completing a learning and practice module which introduced them to a framework for successful interprofessional communication. **SETTING:** The postgraduate clinical pharmacy program at The University of Queensland and the clinical pharmacy practice environments of forty-eight hospital and seven community based pharmacists. **METHOD:** A learning and practice module outlining a framework for successful interprofessional communication was designed and integrated into a postgraduate clinical pharmacy program. Enrolled pharmacists applied newly learnt communication skills in pro-actively initiated, clinical discussions with a health professional in their practice environment. They provided written reflections on their experiences which were analysed using thematic analysis. **MAIN OUTCOME:** Pharmacists' perceptions of the impact of applying the communication framework during their interaction with a health professional in their practice setting. **RESULTS:** Themes which emerged from reflections described pharmacists' confidence and capabilities to successfully conduct a clinical discussion with a health professional after initial apprehension and nervousness about the scheduled interaction. The application of the communication framework enhanced their perception of their professional identity, credibility and ability to build a collaborative working relationship with other health professionals. **CONCLUSIONS:** Pharmacists perceived that a learning and practice module for successful interprofessional practice integrated into a postgraduate clinical pharmacy program enhanced their interprofessional communication skills. The development of pro-active, interprofessional communication skills has the potential to increase interprofessional collaboration and pharmacists' personal role satisfaction. Pharmacists also observed it added value to their professional contribution in health care teams when addressing the demands of increasingly complex health care needs and reforms.

Najafi, N., Monash, B., Mourad, M., et al. (2015). "Improving attending rounds: Qualitative reflections from multidisciplinary providers." *Hosp Pract (1995)* 43(3) : 186-190.

BACKGROUND: Attending rounds, the time for the attending physician and the team to discuss the team's patients, take place at teaching hospitals every day, often with little standardization. **OBJECTIVE:** This hypothesis-generating qualitative study sought to solicit

improvement recommendations for standardizing attending rounds from the perspective of a multi-disciplinary group of providers. METHODS: Attending physicians, housestaff (residents and interns), medical students, nurses and pharmacists at an academic medical center participated in a quality improvement initiative between January and April 2013. Participants completed an individual or focus group interview or an e-mail survey with three open-ended questions: (1) What are poor or ineffective practices for attending rounds? (2) How would you change attending rounds structure and function? (3) What do you consider best practices for attending rounds? We undertook content analysis to summarize each clinical stakeholder group's improvement recommendations. RESULTS: Sixty stakeholders participated in our study including 23 attending hospitalists, 24 housestaff, 7 medical students, 2 pharmacists and 4 nurses. Key improvement recommendations included (1) performing a pre-rounds huddle, (2) planning of the visit schedule based on illness or pending discharge, (3) real-time order writing, (4) patient involvement in rounds with shared decision-making, (5) bedside nurse inclusion and (6) minimizing interruption of intern or student presentations. CONCLUSIONS: The practice improvement recommendations identified in this study will require deliberate systems changes and training to implement, and they warrant rigorous evaluation to determine their impact on the clinical and educational goals of rounds.

Nakashima, M., Son, D., Kawamura, K., et al. (2015). "[The pharmacist-nurse collaboration for IPW: from nurse's perspective]." *Yakugaku Zasshi* 135(1) : 117-121.

The concept of interprofessional work (IPW) is becoming increasingly important recently and the role of nurses in IPW seems critical. In Japan, the problem of burnout and turnover of nurses has been recognized, and the solution seems embedded in the scheme of IPW, because it appears to improve their job satisfaction and recognition as health professionals. However, many obstacles lie ahead, such as "tribal conflict" between health professionals including between pharmacists and nurses. Although failure to understand the roles of other professionals or competencies may seem to hamper with the promotion of collaboration, we must realize that even a lack of understanding among nurses exists. The authors believe that the solution is to understand and respect not only other professionals but also colleagues of the same profession.

Son, D., Kawamura, K., Nakashima, M., et al. (2015). "[The pharmacist-physician collaboration for IPW: from physician's perspective]." *Yakugaku Zasshi* 135(1) : 109-115.

Interprofessional work (IPW) is increasingly important in various settings including primary care, in which the role of pharmacists is particularly important. Many studies have shown that in cases of hypertension, diabetes, dyslipidemia, and metabolic syndrome, physician-pharmacist collaboration can improve medication adherence and help to identify drug-related problems. Some surveys and qualitative studies revealed barriers and key factors for effective physician-pharmacist collaboration, including trustworthiness and role clarification. In Japan, some cases of good collaborative work between pharmacists and physicians in hospitals and primary care settings have been reported. Still, community pharmacists in particular have difficulties collaborating with primary care doctors because they have insufficient medical information about patients, they feel hesitant about contacting physicians, and they usually communicate by phone or fax rather than face to face. Essential competencies for good interprofessional collaboration have been proposed by the Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC): interprofessional communication; patient/client/family/community-centered care; role clarification; team functioning; collaborative leadership; and interprofessional conflict resolution. Our interprofessional education (IPE) team regularly offers educational programs to help health professionals learn

interprofessional collaboration skills. We expect many pharmacists to learn those skills and actively to facilitate interprofessional collaboration.

Toverud, E. L., Hartmann, K. et Hakonsen, H. (2015). "A Systematic Review of Physicians' and Pharmacists' Perspectives on Generic Drug Use: What are the Global Challenges?" Appl Health Econ Health Policy 13 Suppl 1 : S35-45.

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Generic substitution has been introduced in most countries in order to reduce costs and improve access to drugs. However, regulations and the generic drugs available vary between countries. It is the prescriber or dispenser of the drug who is the final decision maker. Nevertheless, physicians' and pharmacists' perceptions of generic drug use are not well documented to date. This study presents a systematic review of physicians' and pharmacists' perspectives on generic drug use worldwide. **METHODS:** A systematic literature search was performed to retrieve all articles published between 2002 and 2012 regarding physicians' and/or pharmacists' experiences with generic drugs and generic substitution. **RESULTS:** Of 1322 publications initially identified, 24 were eligible for inclusion. Overall, the studies revealed that physicians and pharmacists were aware of the cost-saving function of generic drugs and their role in improving global access to drugs. Nevertheless, marked differences were observed between countries when studying physicians' and pharmacists' perceptions of the available generic drugs. In less mature healthcare systems, large variations regarding, for example, control routines, bioequivalence requirements, and manufacturer standards were reported. A lack of reliable information and mistrust in the efficacy and quality were also mentioned by these participants. In the most developed healthcare systems, the participants trusted the quality of the generic drugs and did not hesitate to offer them to all patients regardless of socioeconomic status. In general, pharmacists seemed to have better knowledge of the concept of bioequivalence and generic drug aspects than physicians. **CONCLUSIONS:** The present study indicates that physicians and pharmacists are aware of the role of generic drugs in the improvement of global access to drugs. However, there are marked differences regarding how these health professionals view the quality of generic drugs depending on the maturity of their country's healthcare system. This can be attributed to the fact that developed healthcare systems have more reliable public control routines for drugs in general as well as better bioequivalence requirements concerning generics in particular.

Wang, T., Benedict, N., Olsen, K. M., et al. (2015). "Effect of critical care pharmacist's intervention on medication errors: A systematic review and meta-analysis of observational studies." J Crit Care 30(5) : 1101-1106.

Pharmacists are integral members of the multidisciplinary team for critically ill patients. Multiple nonrandomized controlled studies have evaluated the outcomes of pharmacist interventions in the intensive care unit (ICU). This systematic review focuses on controlled clinical trials evaluating the effect of pharmacist intervention on medication errors (MEs) in ICU settings. Two independent reviewers searched Medline, Embase, and Cochrane databases. The inclusion criteria were nonrandomized controlled studies that evaluated the effect of pharmacist services vs no intervention on ME rates in ICU settings. Four studies were included in the meta-analysis. Results suggest that pharmacist intervention has no significant contribution to reducing general MEs, although pharmacist intervention may significantly reduce preventable adverse drug events and prescribing errors. This meta-analysis highlights the need for high-quality studies to examine the effect of the critical care pharmacist.

Wilbur, K. et Kelly, I. (2015). "Interprofessional impressions among nursing and pharmacy students: a qualitative study to inform interprofessional education initiatives." *BMC Med Educ* 15 : 53.

BACKGROUND: Medical care is increasingly complex and must draw upon the distinct, yet complementary skills of various health disciplines. Healthcare student integration through interprofessional education (IPE) activity is considered one way to promote early, and subsequently sustain, the principles of teamwork. However, It has been demonstrated that each profession has distinct profession-based subcultures, or common attitudes, beliefs and values, even among undergraduate students before commencing their training. We sought to evaluate if undergraduate pharmacy and nursing student in the Middle East had similarly formed attitudes and perceptions of each others' roles. **METHODS:** Focus group and semi-structured interviews were conducted with undergraduate pharmacy and nursing students enrolled at Qatar University College of Pharmacy and University of Calgary - Qatar Nursing programs. An eight-question topic guide was developed following comprehensive literature review of reports of other interdisciplinary assessments (either quantitative and qualitative). Working theories were drawn by the two primary investigators based on relevant topic characteristics such as expressed roles and purposes for interacting with one other, patients, and physicians, to develop explanatory constructs for the findings and identify patterns in the data. Qualitative analysis of interviews were supported by NVivo10 ((c)) (QSR International 2013) software. **RESULTS:** One shared themes across both health professional groups evolved during data analysis: perceptions of collaborative roles. Discipline specific themes included pharmacist knowledge and visibility (nursing students) and nurses as informants and roles in total patient care (pharmacy students). As expected, students with little or no curricular-based structured experiential training yet largely drew upon personal experiences, whereas senior students, who did have some amount of professional context, often mirrored those that have been found in other studies investigating this interdisciplinary partnership in the clinical setting. Basic understanding of one another's roles were exhibited, but tended to closely follow traditional scripts that are particularly pervasive in the Middle East. **CONCLUSION:** Concepts arising from our work reinforces the importance of reaching interdisciplinary understanding through assorted formal and informal exposures and can inform ways in which future IPE initiatives can be developed among the various health professional training programs.

2014

Hammett, T. M., Phan, S., Gaggin, J., et al. (2014). "Pharmacies as providers of expanded health services for people who inject drugs: a review of laws, policies, and barriers in six countries." *BMC Health Serv Res* 14: 261.

BACKGROUND: People who inject drugs (PWID) are underserved by health providers but pharmacies may be their most accessible care settings. **METHODS:** Studies in the U.S., Russia, Vietnam, China, Canada and Mexico employed a three-level (macro-, meso-, and micro-) model to assess feasibility of expanded pharmacy services for PWID. Studies employed qualitative and quantitative interviews, review of legal and policy documents, and information on the knowledge, attitudes, and practices of key stakeholders. **RESULTS:** Studies produced a mixed assessment of feasibility. Provision of information and referrals by pharmacies is permissible in all study sites and sale and safe disposal of needles/syringes by pharmacies is legal in almost all sites, although needle/syringe sales face challenges related to attitudes and practices of pharmacists, police, and other actors. Pharmacy provision of HIV testing, hepatitis vaccination, opioid substitution treatment, provision of naloxone for drug overdose, and abscess treatment, face more serious legal and policy barriers. **DISCUSSION:**

Challenges to expanded services for drug users in pharmacies exist at all three levels, especially the macro-level characterized by legal barriers and persistent stigmatization of PWID. Where deficiencies in laws, policies, and community attitudes block implementation, stakeholders should advocate for needed legal and policy changes and work to address community stigma and resistance. Laws and policies are only as good as their implementation, so attention is also needed to meso- and micro- levels. Policies, attitudes, and practices of police departments and pharmacy chains as well as knowledge, attitudes, and practices of individual PWID, individual pharmacies, and police officers should support rather than undermine positive laws and expanded services. Despite the challenges, pharmacies remain potentially important venues for delivering health services to PWID.

Jove, A. M., Fernandez, A., Hughes, C., et al. (2014). "Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain." *J Interprof Care* 28(4) : 352-357.

According to the theory of reasoned action (TRA), collaboration is only possible when it is perceived as useful by the participants involved. This paper describes a qualitative study using semi-structured interviews to explore the perceived usefulness of general practitioner (GPs)-community pharmacists (CPs)' collaboration from these professionals' perspectives based in two Spanish regions. Thirty-seven interviews were conducted with GPs and CPs with and without previous experience of collaborating with the other groups of professionals. Analysis of the data indicated that the GPs and CPs considered that collaboration between practitioners and pharmacists to have different forms of usefulness, ranging from positive to negative perceptions of usefulness. Negative and neutral opinions (collaboration generates conflict and/or is not beneficial) could prevent practitioners from initiating collaboration with the other group of professionals, which is explained by the TRA. These perceptions were only found among those participants without experience in collaboration. When collaboration was perceived as advantageous, it could be beneficial on three levels: health system (i.e. provision of integrated care, increased efficiency of the system), GPs and CPs (i.e. increased job satisfaction and patient loyalty) and patients (i.e. improved patient safety). Although GPs and CPs with experience identified benefits using a range of examples, GPs and CPs who had never collaborated also believed that if collaboration was undertaken there would be benefits for the health system, patients and health professionals. These results should be considered when developing strategies to encourage and improve the implementation of collaborative working relationships between GPs and pharmacists in primary care.

Zhong, H., Ni, X. J., Cui, M., et al. (2014). "Evaluation of pharmacist care for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis." *Int J Clin Pharm* 36(6) : 1230-1240.

BACKGROUND: In chronic obstructive pulmonary disease (COPD), the value of pharmacist care is not clear. Aim of the review A systematic review was conducted to clarify the impact of pharmacist care for outpatients with COPD. **METHODS:** The PubMed, EMBASE, CINAHL, CBMdisc, and Cochrane Central Register of Controlled Trials databases were searched for randomized controlled trials that involved pharmacist-care interventions among outpatients with COPD. The reference lists were also screened for any additional relevant studies not identified through the electronic database searching. Two reviewers independently assessed each paper for methodological quality and extracted the data. **RESULTS:** Fourteen articles were included. These articles described eight randomized controlled trials (1,327 patients) that pharmacist care was compared with usual care. The pharmacist interventions included those exclusively conducted by pharmacists and those conducted in collaboration with a multidisciplinary team. Although the current evidences failed to illustrate significant

improvement in the health-related quality of life in intervention patients, results indicated that pharmacist care was associated with a significant reduction in the risk of hospital admissions [six studies (684 patients); risk ratio 0.50 (95% CI 0.39-0.64)]. However, no significant effect was found either in emergency department visits or in lung function. In addition, pharmacist care improved medication compliance of patients [four studies (743 patients); risk ratio 1.23 (95% CI 1.11-1.36)] while reduced health-related cost [three studies (318 patients); standardized mean difference -0.37 (95% CI -0.59 to -0.15)]. CONCLUSION: Pharmacist care resulted in improvements in the medication compliance as well as reductions in hospital admissions and health-related costs. It is therefore a potent strategy for management of outpatients with COPD.

2013

Arya, V., Pinto, S. et Singer, J. (2013). "Understanding awareness of pharmacist-led medication therapy management among primary care physicians in New York City, Part II: Findings and implications." *J Med Pract Manage* 29(3) : 187-194.

Pharmacist scope of practice has evolved over the last few decades. As such, pharmacists are more widely involved in disease management, medication therapy management (MTM), and patient education. As the primary care shortage continues to be of concern for the U.S. healthcare system, pharmacists are well positioned as accessible, trusted, and knowledgeable professionals to help ease physician burden in assisting patients with medication management. Very few studies have been done to understand the perceptions of primary care providers regarding the involvement and role of pharmacists in MTM programs. The New York City Department of Health and Mental Hygiene performed a qualitative study to obtain a better understanding of the perceptions related to pharmacist-led MTM programs among primary care physicians in New York City. Physician education around the role of pharmacists was found to be critical in building collaborative relationships between physicians and pharmacists. Our study rationale, design, and preliminary findings have been discussed previously. This paper provides the detailed report and potential impact of our study findings on building collaborative team-based relationships that will allow for improved patient outcomes.

Rieck, A. et Pettigrew, S. (2013). "How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australian primary care influence the quality of collaborative chronic disease management." *Qual Prim Care* 21(2) : 105-111.

BACKGROUND: Community pharmacists (CPs) have been changing their role to focus on patient-centred services to improve the quality of chronic disease management (CDM) in primary care. However, CPs have not been readily included in collaborative CDM with other primary care professionals such as physicians. There is little understanding of the CP role change and whether it affects the utilisation of CPs in primary care collaborative CDM. AIM: To explore physician and CP perceptions of the CP's role in Australian primary care and how these perceptions may influence the quality of physician/CP CDM programmes. METHODS: Data were collected from physicians and CPs using semi-structured interviews. A qualitative methodology utilising thematic analysis was employed during data analysis. Qualitative methodology trustworthiness techniques, negative case analysis and member checking were utilised to substantiate the resultant themes. RESULTS: A total of 22 physicians and 22 CPs were interviewed. Strong themes emerged regarding the participant perceptions of the CP's CDM role in primary care. The majority of interviewed physicians perceived that CPs did not have the appropriate CDM knowledge to complement physician knowledge to provide

improved CDM compared with what they could provide on their own. Most of the interviewed CPs expressed a willingness and capability to undertake CDM; however, they were struggling to provide sustainable CDM in the business setting within which they function in the primary care environment. CONCLUSIONS: Role theory was selected as it provided the optimum explanation of the resultant themes. First, physician lack of confidence in the appropriateness of CP CDM knowledge causes physicians to be confused about the role CPs would undertake in a collaborative CDM that would benefit the physicians and their patients. Thus, by increasing physician awareness of CP CDM knowledge, physicians may see CPs as suitable CDM collaborators. Second, CPs are experiencing role conflict and stress in trying to change their role. Strengthening the service business model may reduce these CP role issues and allow CPs to reach their full potential in CDM and improve the quality of collaborative CDM in Australian primary care.

2012

Dylst, P., Vulto, A. et Simoens, S. (2012). "How can pharmacist remuneration systems in Europe contribute to generic medicine dispensing?" *Pharm Pract (Granada)* 10(1) : 3-8.

UNLABELLED: Generic medicines can generate larger savings to health care budgets when their use is supported by incentives on both the supply-side and the demand-side. Pharmacists' remuneration is one factor influencing the dispensing of generic medicines. OBJECTIVE: The aim of this article is to provide an overview of different pharmacist remuneration systems for generic medicines in Europe, with a view to exploring how pharmacist remuneration systems can contribute to generic medicine dispensing. METHODS: Data were obtained from a literature review, a Master thesis in Pharmaceutical Care at the Catholic University of Leuven and a mailing sent to all members of the Pharmaceutical Group of the European Union with a request for information about the local remuneration systems of community pharmacists and the possible existence of reports on discounting practices. RESULTS: Pharmacists remuneration in most European countries consists of the combination of a fixed fee per item and a certain percentage of the acquisition cost or the delivery price of the medicines. This percentage component can be fixed, regressive or capped for very high-cost medicines and acts as a disincentive for dispensing generic medicines. Discounting for generic medicines is common practice in several European countries but information on this practice tends to be confidential. Nevertheless, data for Belgium, France, the Netherlands and United Kingdom indicated that discounting percentages varied from 10% to 70% of the wholesale selling price. CONCLUSIONS: Pharmacists can play an important role in the development of a generic medicines market. Pharmacists should not be financially penalized for dispensing generic medicines. Therefore, their remuneration should move towards a fee-for-performance remuneration instead of a price-dependent reimbursement which is currently used in many European countries. Such a fee-for-performance remuneration system provides a stimulus for generic medicines dispensing as pharmacists are not penalized for dispensing them but also needs to account for the loss of income to pharmacists from prohibiting discounting practices.

Hatah, E., Braund, R., Duffull, S., et al. (2012). "General practitioners' perceptions of pharmacists' new services in New Zealand." *Int J Clin Pharm* 34(2) : 364-373.

BACKGROUND: In recent years, the pharmacy profession has moved towards more patient-oriented services. Some examples are medication review, screening and monitoring for disease, and prescribing. The new services are intended to be in close collaboration with general practitioners (GPs) yet little is known of how GPs in New Zealand perceive these new

services. Objective To examine GPs' perceptions of pharmacists' new services. SETTING: Study was undertaken at GPs' practices in two localities in New Zealand. METHODS: Qualitative, face to face, semi-structured interviews were undertaken of 18 GPs. The cohort included GPs with less/more than 20 years of practice, and GPs who had experience of working in localities where some patients had undergone a medication review (Medicines Use Review, MUR) by community pharmacists. GPs were asked to share their perceptions about pharmacists providing some new services. Data were thematically analysed with constant comparison using NVivo 8 software. Using a business strategic planning approach, themes were further analysed and interpreted as the services' potential Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOTs). MAIN OUTCOMES MEASURE: GPs' perceptions of pharmacists' new services. RESULTS: GPs were more supportive of pharmacists' playing active roles in medication review and less supportive of pharmacists practising screening-monitoring and prescribing. Discussions Pharmacists' knowledge and skills in medication use and the perceived benefits of the services to patients were considered the potential strengths of the services. Weaknesses centred around potential patient confusion and harm, conflict and irritation to GPs' practice, and the potential to fragment patient-care. Opportunities were the possibilities of improving communication, and having a close collaboration and integration with GPs' practice. Apparent threats were the GPs' perceptions of a related, and not remunerated, increase in their workloads, and the perception of limited benefit to patients. CONCLUSION: Pharmacists should exploit their own strengths and the potential opportunities for these services, and reduce any weaknesses and threats. A possible strategic plan should include increased effective communication, piloting services, and the integration of some services into medical practices.

Rubio-Valera, M., Jove, A. M., Hughes, C. M., et al. (2012). "Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study." *BMC Health Serv Res* 12 : 188.

BACKGROUND: Although general practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs) are encouraged to collaborate, a true collaborative relationship does not exist between them. Our objective was to identify and analyze factors affecting GP-CP collaboration. METHODS: This was a descriptive-exploratory qualitative study carried out in two Spanish regions: Catalonia (Barcelona) and Balearic Islands (Mallorca). Face-to-face semi-structured interviews were conducted with GPs and CPs from Barcelona and Mallorca (January 2010-February 2011). Analysis was conducted using Colaizzi's method. RESULTS: Thirty-seven interviews were conducted. The factors affecting the relationship were different depending on timing: 1) Before collaboration had started (prior to collaboration) and 2) Once the collaboration had been initiated (during collaboration). Prior to collaboration, four key factors were found to affect it: the perception of usefulness; the Primary Care Health Center (PCHC) manager's interest; the professionals' attitude; and geography and legislation. These factors were affected by economic and organizational aspects (i.e. resources or PCHC management styles) and by professionals' opinions and beliefs (i.e. perception of the existence of a public-private conflict). During collaboration, the achievement of objectives and the changes in the PCHC management were the key factors influencing continued collaboration. The most relevant differences between regions were due to the existence of privately-managed PCHCs in Barcelona that facilitated the implementation of collaboration. In comparison with the group with experience in collaboration, some professionals without experience reported a skeptical attitude towards it, reporting that it might not be necessary. CONCLUSIONS: Factors related to economic issues, management and practitioners' attitudes and perceptions might be crucial for triggering collaboration. Interventions and strategies derived from these identified factors could be applied to achieve multidisciplinary collaboration.

Wheeler, A., Crump, K., Lee, M., et al. (2012). "Collaborative prescribing: a qualitative exploration of a role for pharmacists in mental health." *Res Social Adm Pharm* 8(3) : 179-192.

BACKGROUND: Collaborative prescribing has been proposed as an extension of practice for advanced pharmacist practitioners. A lack of research investigating how pharmacists might be most effective as prescribers in mental health was identified. **OBJECTIVE:** To explore health professionals' and consumers' attitudes and beliefs that relate to the role of specialist mental health pharmacists working as collaborative prescribers within their advanced scope of practice in secondary care. **METHODS:** Semistructured interviews were conducted with key informants in the New Zealand mental health sector. Participants were selected via a purposive sampling method, including health professionals (n=9) and consumers (n=3). NVivo software was used to analyze data, using a thematic analysis approach to develop a series of key themes from the interviews. Common themes were extracted, which were used to gather results and draw conclusions. **RESULTS:** The key findings include a widespread acknowledgment of the role of specialist pharmacists as collaborative prescribers in mental health and as integral members of the multidisciplinary team; however, consumers were unaware of pharmacists' role in secondary care. The role was seen to extend current practice particularly in medication management after assessment and diagnosis by a medical practitioner. Concerns regarding demonstrating competence, practitioner role/boundary confusion, insufficient training and workforce development, hesitancy by pharmacists to extend role, consumer awareness, and public perception of the traditional pharmacist role were identified. Solutions discussed included education by the profession; relationship building, training, and robust competency assessments; and a structured framework for implementing a collaborative prescribing model. **CONCLUSIONS:** This study suggests there was recognition and acceptance of the role that specialist pharmacist practitioners could play in contributing to the care of mental health consumers as collaborative prescribers; their medication expertise being regarded highly. Further research is necessary to investigate how current resource constraints will allow for collaborative prescribing to be implemented within the context of mental health practice.

2011

Dey, R. M., de Vries, M. J. et Bosnic-Anticevich, S. (2011). "Collaboration in chronic care: unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care." *Int J Pharm Pract* 19(1) : 21-29.

OBJECTIVES: The objective of this research was to gain deeper understanding of the expectations, experiences and perceptions of Australian general medication practitioners (GPs) and pharmacists around collaboration in chronic illness (asthma) management in the primary care setting. **METHODS:** A qualitative research methodology utilising a semi-structured interview guide, based on theory and an empirical approach, was used to fulfill the objectives of this study. Face-to-face interviews with pharmacists (n = 18) and GPs (n = 7) were recorded, transcribed and coded for concepts and themes. Relationships between concepts and themes were examined and used to describe the nature of collaborative relationships in the primary care setting. **KEY FINDINGS:** A relationship between GPs and pharmacists currently exists although there is minimal collaboration and there are several areas of practice and patient care in which the two professional groups are mismatched. At the same time, this research uncovered key aspects of the GP-pharmacist relationship, which could be used to develop more collaborative relationships in the future. The findings from this study were evaluated in light of the Collaborative Working Relationships model and

published literature. CONCLUSIONS: A model for the development of GP-pharmacist relationship has been postulated which articulates the dynamic nature of professional relationship in primary care and highlights a pathway to more collaborative practice. Future research should focus on further developing this model.

Halvorsen, K. H., Stensland, P. et Granas, A. G. (2011). "A qualitative study of physicians' and nurses' experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists participating at case conferences." Int J Pharm Pract 19(5) : 350-357.

OBJECTIVES Previous studies have revealed a range of drug-related problems for nursing home and hospital patients. Different attempts to reduce drug-related problems have been tested. Medication reviews performed by pharmacists and subsequent presentation of findings at case conferences is one of these methods. Physicians' and nurses' experiences from multidisciplinary collaboration with pharmacists have to a lesser degree been investigated. This study aims to describe how Norwegian physicians and nurses experience collaborating with pharmacists at case conferences to reduce drug-related problems in elderly patients. METHODS This was a qualitative interview study using systematic text condensation. The setting was nursing homes (long-term care) and hospital wards (gerontology and rheumatology). Four physicians and eight nurses participated and the main outcome was physicians' and nurses' experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists. KEY FINDINGS Organizational problems were experienced including, among others, what professional contribution team members could expect from pharmacists and what professional role the pharmacist should have in the multidisciplinary team. Both professions reported that ambiguities as to when and if the pharmacist was supposed to attend their regular meetings resulted in some aggravation. On the other hand, the participants valued contributions from pharmacists with regard to pharmaceutical skills, and felt that this raised awareness on prescribing quality. CONCLUSIONS Physicians and nurses valued the pharmacists' services and reported that this collaboration improved patients' drug therapy. However, before implementing this service in nursing homes there is a need to make an organizational framework for this collaboration to support the professional role of the pharmacist.

Lalonde, L., Hudon, E., Goudreau, J., et al. (2011). "Physician-pharmacist collaborative care in dyslipidemia management: the perception of clinicians and patients." Res Social Adm Pharm 7(3) : 233-245.

BACKGROUND: Collaborative practices allow physicians and pharmacists to manage pharmacotherapy to maximize the benefits of medication regimens. The Trial to Evaluate an Ambulatory primary care Management program for patients with dyslipidemia (TEAM) study compared the efficacy of a physician-pharmacist collaborative primary care (PPCC) intervention, where pharmacists requested laboratory tests and adjusted medication dosage, to the usual care (UC) for patients under treatment with lipid-lowering medication. OBJECTIVE: In a qualitative study nested within the TEAM study, the perceptions of physicians, pharmacists, and patients regarding the PPCC model, interprofessional collaboration, and the clinicians' willingness to implement the model in their practice were explored. METHODS: In the area of Montreal (Quebec, Canada), TEAM study participants assigned to the PPCC group were invited to participate. Individual semistructured interviews with physicians (n=7) and 2 six-member focus groups with pharmacists (n=12) and patients (n=12) were analyzed using a phenomenological approach. RESULTS: The vast majority of participants reported PPCC was more structured and systematic than the UC they had received previously, wherein physicians prescribe and adjust pharmacotherapy and pharmacists provide the counseling and dispense medications. Many patients felt they

received better follow-up and reported being reassured and well informed, making them more inclined to care for themselves better. These feelings were attributed largely to the pharmacists' accessibility and ability to communicate with them easily. Given the physician shortage, physicians perceived interprofessional collaboration as almost inevitable. They considered PPCC to be safe and effective. However, obstacles were also identified. Physicians were concerned that it might alter their special relationship with patients and threaten their overall medical follow-up. Pharmacists felt enthusiastic about their new role, but found PPCC time consuming and thought it might not be applicable to all the patients. CONCLUSIONS: PPCC model was highly appreciated by patients, and clinicians saw it as beneficial to patients. However, several obstacles still have to be overcome before the model can be implemented in the current health care context.

2010

(2010). "In Focus: Using Pharmacists, Social Workers, and Nurses to Improve the Reach and Quality of Primary Care." *Quality Matters* : 15.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/newsletter-article/focus-using-pharmacists-social-workers-and-nurses-improve-reach-and>

The latest issue of *Quality Matters* focuses on the use of interdisciplinary health care teams? Including nurse practitioners, nurses, pharmacists, and social workers? To meet demand and improve the quality of primary care. It includes a case study of Aetna's embedded case managers? Specially trained nurses who work alongside providers in their offices to help manage patients' conditions. Thus far, the program has involved some 20,000 patients, all members of Aetna's Medicare Advantage plan, and has resulted in improved care processes, some improvements in outcomes, and reduced numbers of hospitalizations.

Kalisch, L. M., Roughead, E. E. et Gilbert, A. L. (2010). "Improving heart failure outcomes with pharmacist-physician collaboration: how close are we?" *Future Cardiol* 6(2) : 255-268.

Improved management of chronic disease can improve health outcomes and has the potential to reduce health service costs. Heart failure is one of the chronic diseases in which improved management involving multidisciplinary care leads to improved health outcomes. Numerous studies have shown that multidisciplinary teams involving a doctor, pharmacist, nurse, health educator and/or a social worker can improve health outcomes for heart failure patients. Fewer studies have examined the effect of collaborative interventions that specifically involve pharmacists and physicians. This review focuses on the efficacy of pharmacist-physician collaborative medicines reviews in improving health outcomes for heart failure patients. The translation of results from randomized controlled trials to the practice setting is discussed, and barriers to the implementation of collaborative medicines reviews in practice are described.

Lehnbom, E. C. et Brien, J. A. (2010). "Challenges in chronic illness management: a qualitative study of Australian pharmacists' perspectives." *Pharm World Sci* 32(5) : 631-636.

OBJECTIVE: To explore pharmacists' views on managing patients with chronic illness; to understand the incentives and barriers they perceive and the solutions they propose to overcome these barriers. SETTING: Hospital pharmacists, with experience in managing people with chronic illnesses, working in western Sydney, Australia, were interviewed during June and July 2008. METHOD: A qualitative study involving group and individual interviews using a semi-structured interview guide. RESULTS: Hospital pharmacists identified lack of

communication between different healthcare providers and with patients as a contributing factor to lack of continuity of care and this was perceived as a major barrier in managing patients with chronic illnesses. Pharmacists were also concerned about the effects of medication costs, and poor patient knowledge regarding their disease and medications, and the effects on adherence. Suggested solutions included taking a teamwork approach in the management of chronic illness and providing more information to patients to improve adherence. CONCLUSION: The identified incentives and barriers have provided valuable information on what pharmacists face in managing patients with chronic illness. Most of the solutions suggested by them have been tested and proven unsuccessful. Develop successful health policy to address the identified barriers remains a challenge.

Smith, S. M., O'Kelly, S. et O'Dowd, T. (2010). "GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box'." Br J Gen Pract 60(576) : 285-294.

BACKGROUND: Multimorbidity is defined as the occurrence of two or more chronic diseases in one individual. Patients with multimorbidity generally have poorer health and functioning and higher rates of attendance in primary care and specialty settings. AIM: To explore the views and attitudes of GPs and pharmacists managing patients with multimorbidity in primary care. DESIGN OF STUDY: Qualitative study using focus groups. SETTING: Primary care in Ireland. METHOD: Three focus groups were held in total, involving 13 GPs and seven pharmacists. Focus groups were recorded, transcribed, and analysed using the 'framework' approach. RESULTS: The predominant themes to emerge from the focus groups were: 1) the concept of multimorbidity and the link to polypharmacy and ageing; 2) health systems issues relating to lack of time, inter-professional communication difficulties, and fragmentation of care; 3) individual issues from clinicians relating to professional roles, clinical uncertainty, and avoidance; 4) patient issues; and 5) potential management solutions. CONCLUSION: This study provides information on the significant impact of multimorbidity from a professional perspective. It highlights potential elements of an intervention that could be designed and tested to achieve improvements in the management of multimorbidity, outcomes for individuals affected, and the experiences of those providing healthcare.

2009

Dennis, S., May, J., Perkins, D., et al. (2009). "What evidence is there to support skill mix changes between GPs, pharmacists and practice nurses in the care of elderly people living in the community?" Aust New Zealand Health Policy 6 : 23.

BACKGROUND: Workforce shortages in Australia are occurring across a range of health disciplines but are most acute in general practice. Skill mix change such as task substitution is one solution to workforce shortages. The aim of this systematic review was to explore the evidence for the effectiveness of task substitution between GPs and pharmacists and GPs and nurses for the care of older people with chronic disease. Published, peer reviewed (black) and non-peer reviewed (grey) literature were included in the review if they met the inclusion criteria. RESULTS: Forty-six articles were included in the review. Task substitution between pharmacists and GPs and nurses and GPs resulted in an improved process of care and patient outcomes, such as improved disease control. The interventions were either health promotion or disease management according to guidelines or use of protocols, or a mixture of both. The results of this review indicate that pharmacists and nurses can effectively provide disease management and/or health promotion for older people with chronic disease in primary care. While there were improvements in patient outcomes no reduction in health service use was evident. CONCLUSION: When implementing skill mix

changes such as task substitution it is important that the health professionals' roles are complementary otherwise they may simply duplicate the task performed by other health professionals. This has implications for the way in which multidisciplinary teams are organised in initiatives such as the GP Super Clinics.

McKinnon, A. et Jorgenson, D. (2009). "Pharmacist and physician collaborative prescribing: for medication renewals within a primary health centre." Canadian Family Physician 55 : 87-91.
<http://www.cfp.ca/cgi/reprint/55/12/e86>

2008

Roberts, A. S., Benrimoj, S. I., Chen, T. F., et al. (2008). "Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators." Ann Pharmacother 42(6) : 861-868.

BACKGROUND: There has been an increasing international trend toward the delivery of cognitive pharmaceutical services (CPS) in community pharmacy. CPS have been developed and disseminated individually, without a framework underpinning their implementation and with limited knowledge of factors that might assist practice change. The implementation process is complex, involving a range of internal and external factors. **OBJECTIVE:** To quantify facilitators of practice change in Australian community pharmacies. **METHODS:** We employed a literature review and qualitative study to facilitate the design of a 43-item "facilitators of practice change" scale as part of a quantitative survey instrument, using a framework of organizational theory. The questionnaire was pilot-tested (n = 100), then mailed to a random sample of 2000 community pharmacies, with a copy each for the pharmacy owner, employed pharmacist, and pharmacy assistant. The construct validity and reliability of the scale were established using exploratory factor analysis and Cronbach's alpha, respectively. **RESULTS:** A total of 735 (37%) pharmacies responded, with 1303 individual questionnaires. Factor analysis of the scale yielded 7 factors, explaining 48.8% of the total variance. The factors were: relationship with physicians (item loading range 0.59-0.85; Cronbach's alpha 0.90), remuneration (0.52-0.74; 0.82), pharmacy layout (0.52-0.79; 0.81), patient expectation (0.52-0.85; 0.82), manpower/staff (0.49-0.66; 0.80), communication and teamwork (0.37-0.65; 0.77), and external support/assistance (0.47-0.69; 0.74). **CONCLUSIONS:** All of the factors demonstrated good reliability and construct validity and explained approximately half of the variance. Implementing CPS requires support not only with the clinical aspects of service delivery, but also for the process of implementation itself, and remuneration models must reflect this. The identified facilitators should be used in a multilevel strategy to integrate professional services into the community pharmacy business, engaging pharmacists and their staff, policy makers, educators, and researchers. Further research is required to determine additional factors impacting the capacity of community pharmacies to implement change.

2007

Kendall, S., Deacon-Crouch, M. et Raymond, K. (2007). "Nurses' attitudes toward their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists: a staff development issue." J Nurses Staff Dev 23(4) : 173-179.

This qualitative pilot study explored nurses' attitudes toward their role in patients' discharge medication education and collaboration with pharmacists. Purposive sampling was used, and data were collected by a focus group interview. The findings give a clear indication of the need for extensive staff development. It is unfortunate that nurses in this study appeared not

to value their role in educating patients on medications prior to discharge. They were somewhat resistant to collaboration with pharmacists, and they tended to accept limited responsibility for improving patient discharge medication adherence or compliance. Although the findings are of concern, they do provide clear evidence of the need for intensive staff development.

Montgomery, A. T., Kalvemmark-Sporrong, S., Henning, M., et al. (2007). "Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views." Pharm World Sci 29(6) : 593-602.

OBJECTIVE: To identify prescriptionists', pharmacists' and doctors' perceptions and experiences of a pharmaceutical care service supported by patient medication records (PMRs). **METHOD:** Qualitative study employing focus group interviews with 16 prescriptionists and five pharmacists, and semi structured telephone interviews with 11 doctors. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Prescriptionists', pharmacists' and doctors' views, experiences and perceptions of a pharmaceutical care service on Swedish community pharmacies. **RESULTS:** The provision of pharmaceutical care aided by PMRs had a positive influence on the prescriptionists' and pharmacists' daily work, and on their view of their professional role. They assumed greater professional responsibility, and described greater use of their pharmaceutical knowledge, greater confidence in practice and an increased awareness of their counselling role. They appreciated that the pharmaceutical care service provided an over-all picture of patients' drug use, allowed for follow-up on counselling and made the prescriptionists' and pharmacists' competence tangible for patients. Perceived problems with the pharmaceutical care service included being time-consuming, record keeping being difficult, difficulty in getting understanding/support from colleagues and managers, and difficulty involving doctors. The majority of the doctors reported that they had not taken an active interest in the project, and their opinions of the pharmaceutical care service varied. **CONCLUSION:** When prescriptionists and pharmacists apply the pharmaceutical care concept and work with PMRs, the patients are more likely to meet confident professionals that are more aware of the individual behind the drug therapy. This will hopefully contribute to informed, motivated medicine users that feel secure in their interactions with their pharmacy and receive, not only drugs, but treatment support. For such a service to be effective, however, it is vital to ensure that the doctors are fully co-operative.

2003

Hughes, C. M. et McCann, S. (2003). "Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment." Br J Gen Pract 53(493) : 600-606.

BACKGROUND: There have been calls for greater collaboration between general practitioners (GPs) and community pharmacists in primary care. **AIM:** To explore barriers between the two professions in relation to closer interprofessional working and the extension of prescribing rights to pharmacists. **DESIGN OF STUDY:** Qualitative study. **SETTING:** Three locality areas of a health and social services board in Northern Ireland. **METHOD:** GPs and community pharmacists participated in uniprofessional focus groups; data were analysed using interpretative phenomenology. **RESULTS:** Twenty-two GPs (distributed over five focus groups) and 31 pharmacists (distributed over six focus groups) participated in the study. The 'shopkeeper' image of community pharmacy emerged as the superordinate theme, with subthemes of access, hierarchy and awareness. The shopkeeper image and conflict between business and health care permeated the GPs' discussions and accounted for their concerns

regarding the extension of prescribing rights to community pharmacists and involvement in extended services. Community pharmacists felt such views influenced their position in the hierarchy of healthcare professionals. Although GPs had little problem in accessing pharmacists, they considered that patients experienced difficulties owing to the limited opening hours of pharmacies. Conversely, pharmacists reported great difficulty in accessing GPs, largely owing to the gatekeeper role of receptionists. GPs reported being unaware of the training and activities of community pharmacists and participating pharmacists also felt that GPs had no appreciation of their role in health care. CONCLUSION: A number of important barriers between GPs and community pharmacists have been identified, which must be overcome if interprofessional liaison between the two professions is to be fully realised.

La profession infirmière

FOCUS : QUELQUES REVUES DE LITTÉRATURE

Aguilard, S., Colson, S. et Inthavong, K. (2017). "Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature." Santé Publique 29(2) : 241-254.

Delamaire, M. L. et Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Paper ; 54. Paris OCDE : 103, tabl., fig.

Midy, F. (2003). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. Document de travail CreDES. Paris CreDES : 43.

Midy, F. (2003). "Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières : revue de la littérature 1970-2002." Questions D'economie De La Sante (CreDES) (65) : 4.

Midy, F. (2002). Substitution et qualité des soins : revue de la littérature, Paris : Cnamts

ÉTUDES FRANÇAISES

2020

(2020). "Infirmière en pratique avancée dans le domaine de la psychiatrie. Retour d'expérience d'une faisant fonction IPA en équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé." L'information psychiatrique 96(7): 533-537.

https://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice_display&id=367463

Alphonse-Tilloy, I. et Devienne, E. (2020). "Comment favoriser l'adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction." Management & Avenir Santé 6(1): 15-38.

Les innovations organisationnelles à l'hôpital sont considérées par les autorités de tutelle comme la pierre angulaire de la transformation du système de santé. L'introduction d'une pratique avancée dans une organisation de soin constitue un changement profond en bouleversant les frontières professionnelles. Une recherche-intervention menée au sein d'un service de soin hospitalier a permis d'observer et d'accompagner le processus d'intégration d'une Infirmière de Pratique Avancée au regard de la sociologie de la traduction et du management polyphonique du changement. La recherche permet d'identifier les facteurs

facilitant le processus de traduction. Ils sont relatifs à l'adaptabilité de l'instrumentation de gestion, la pluralité des registres d'action du cadre de santé et l'existence de ressources de proximité.

Busnel, C., Ludwig, C. et Da Rocha Rodrigues, M. G. (2020). "La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS **140**(1): 7-16.

http://www.centredoc.chu-tours.fr/index.php?lvl=notice_display&id=53020

Si la théorie de la complexité a influencé les champs de la santé et du social, elle entre aujourd'hui de manière encore plus ciblée dans les soins infirmiers au travers d'une foison de terminologies. Ainsi, les termes de patient complexe, cas complexe, complexité des soins, pratique complexe et besoins complexes ont progressivement été proposés pour qualifier différents aspects de la complexité dans les soins infirmiers. Comme le traduisent ces qualificatifs, les infirmières deviennent les actrices de prises en soins multi déterminées et se doivent d'intégrer la complexité dans une pratique réflexive. Le présent article a pour objectif, à partir d'une revue narrative de littérature, d'apporter un regard croisé sur la complexité dans les soins infirmiers en précisant les différents termes utilisés dans la discipline, selon une approche multi niveaux. A l'issue de cette revue, les auteures proposent un nouveau cadre conceptuel intégratif de la complexité dans la pratique infirmière.

Laville, C. (2020). "Comment améliorer les conditions de travail des infirmiers ?" Actualite Et Dossier En Sante Publique (110).

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=1171>

Ramsay, K. (2020). "Pratique avancée : quelle articulation en équipe ?" Les Tribunes de la santé **63**(1): 57-64.

<https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/content/les-tribunes-de-la-sante-seve.html>

Longtemps attendu et âprement négocié, l'exercice en pratique avancée infirmière est devenu une réalité. Nouveau métier, nouvelles expertises, depuis 2019, la pratique avancée est un statut qui confère aux infirmières diplômées des compétences élargies et une plus grande autonomie. Champ d'intervention, lieu de stage, formation... le modèle est-il (trop) hospitalo-centré ? Comment intégrer les infirmières en pratique avancée (IPA) dans une équipe de soins primaires ?

Yatim, F. et Sebai, J. (2020). "Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie." Management & Avenir Santé **6**(1): 105-125.

Les nombreuses mutations que connaissent les systèmes de santé en France comme à l'étranger interrogent l'ensemble des professions de santé. L'enjeu de la coordination en particulier devient incontournable, à la fois en termes de pratiques professionnelles et en termes d'organisation. Pour la profession des infirmiers, des évolutions significatives ont été amorcées au cours des dernières années afin de leur assurer une place de plus en plus importante dans la coordination des prises en charge et garantir l'interface entre les différents professionnels intervenant lors des parcours des patients. Pour le cas particulier des pathologies complexes nécessitant de la part des infirmiers un niveau d'expertise clinique élevé à l'image de la cancérologie, la coordination est présentée comme une compétence « cœur de métier », alliant la dimension clinique et la dimension organisationnelle. Cet article s'intéresse précisément à cette évolution à travers une étude de cas approfondie (enquête qualitative et quantitative) menée dans un centre français spécialisé en cancérologie. Outre la proposition d'une typologie des activités assurées par les infirmiers de coordination, nos

analyses nous permettent d'identifier de manière fine la nature et le contenu de ces activités. Nous avons ainsi pu montrer qu'une part importante des activités de coordination est de nature organisationnelle, ce qui implique une réflexion approfondie sur la formation des infirmiers pour acquérir les compétences managériales nécessaires en complément des compétences cliniques.

2019

(2019). "Infirmière en pratique avancée : un nouveau métier au sein de l'équipe de soins." Revue Prescrire (432) : pp.773-778.

L'infirmière en pratique avancée (IPA) est une infirmière au champ de compétences élargi et à l'autonomie accrue. Il s'agit d'un nouveau métier, sans être une nouvelle spécialité. Une formation universitaire a été créée en 2018, les premiers diplômés ont été obtenus à l'été 2019. La création de l'IPA en France, fait suite à des réflexions engagées en 2002 sur les professions de santé, puis à la mise en place à partir de 2004 de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. En dépit des textes officiels qui définissent cette fonction et l'obtention des premiers diplômés, le flou demeure sur plusieurs aspects de l'exercice à venir des IPA.

(2019). "Valoriser le métier d'infirmier, première ambition de l'Ordre national des infirmiers." Les Tribunes de la santé 61(3) : 95-99.

<https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/content/les-tribunes-de-la-sante-seve.html>

Depuis le traité « Des airs, des eaux et des lieux » d'Hippocrate, nul ne doute que la santé et le climat entretiennent des relations singulières. Pourtant, depuis quelques décennies, les questions qu'elles posent ont été profondément renouvelées. Des politiques s'élaborent progressivement au niveau international ou national : adoption par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de la Stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et les changements climatiques, établissement d'une Stratégie nationale sur le climat, la santé et le bien-être en Australie, conduite d'un Plan national d'adaptation au changement climatique par la France en matière de risques professionnels... Le système de santé n'est pas en reste ; la conception durable des hôpitaux et l'écoconception des soins tendent à se développer. Le bilan carbone des différentes activités sanitaires est mesuré et, de plus en plus, surveillé avec attention. Au sortir d'un été qui a vu deux épisodes de canicule frapper la France, les Tribunes de la santé proposent un dossier consacré à certaines des questions majeures posées par les évolutions du climat et les bouleversements de l'environnement.

Anap (2019). Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD - Retour d'expériences des territoires PAERPA. Paris ANAP : 28, fig.

https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Accompagner_le_specteur_medico-social/Organisation/HT_ehpad/Hebergement_temporaire_en_ehpad_publication.pdf

Comment organiser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD de façon mutualisée ? Cette publication restitue l'expérience de six territoires ayant mis en place des astreintes ou des gardes, et apporte des clés de compréhension ainsi que des exemples d'outils pour les acteurs souhaitant mettre en œuvre de tels dispositifs.

Atallah, R., Côté, J. et Bekarian, G. (2019). "Évaluation des effets d'une intervention infirmière sur l'adhésion thérapeutique des personnes diabétiques de type 2." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 136(1) : 28-42.

https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/13505/Bou-Rizk_Randa_2015_these.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Introduction : le diabète constitue un problème majeur de santé publique. Contexte : des programmes éducationnels ont démontré leur efficacité sur l'amélioration du contrôle du diabète. Au Liban, aucune intervention n'a été menée jusqu'à présent. Objectif : l'objectif est d'évaluer les effets d'une intervention éducative auprès des patients diabétiques de type 2, sur l'adhésion thérapeutique. Méthode : un devis expérimental a été utilisé. L'échantillon a été formé de 136 patients diabétiques de type 2. Ils ont été randomisés et répartis en un groupe expérimental recevant l'intervention infirmière lors de deux séances d'éducation suivi de cinq appels téléphoniques au cours des deux mois suivant l'intervention et en un groupe contrôle. Les mesures ont été prises avant l'intervention et trois mois après. Résultats : comparativement au groupe contrôle, les participants du groupe expérimental ont montré une amélioration quant au sentiment d'auto-efficacité, aux comportements d'auto-soins (diète générale, diète spécifique, exercice physique et surveillance glycémique), à l'application des recommandations (diète et soins des pieds) et au taux d'HbA1c. Discussion : les résultats ont été conformes avec les études recensées. Conclusion : une éducation assurée par une infirmière améliore les comportements de santé, rehausse le sentiment d'auto-efficacité et favorise l'adhésion thérapeutique chez les diabétiques de type 2.

Chevandier, C. (2019). "Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 139(4) : 31-48.

<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-32372616>

Le métier d'infirmière s'est mis en place progressivement dans la deuxième moitié du XIX^e siècle et la première moitié du XX^e. Les trois principales étapes de la qualification des infirmières, dont l'obligation d'une formation certifiée est le principal élément, furent des initiatives étatiques en 1902, 1922 et 1946. Cet article tente une mise en perspective, diachronique et synchronique, de l'histoire de cette qualification. Il propose des pistes de recherches et suggère des problématiques pour approfondir l'histoire de ce phénomène : le rôle de l'État, la place des médecins et des juristes, les modalités de la formation, les origines sociales des infirmières et les caractéristiques de la société lors de leur jeunesse, les sources d'inspiration, la dynamique de l'identité professionnelle. Enfin, il insiste sur le fait qu'il s'agit surtout d'un des trois niveaux de qualification du secteur professionnel de la santé. Pour l'auteur, une telle étude ne peut se faire sans avoir recours aux différentes sciences sociales.

CNOI (2019). Le livre blanc de la profession infirmière : reconnaître la contribution infirmière au système de santé. Paris CNOI : 36.

https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/Livre_blanc_2019_CONSULTATION-INFIRMIERE.pdf

Ce livre blanc a pour objectif de faire reconnaître la contribution infirmière au système de santé. Il comprend vingt-six propositions, expression de la volonté de la profession, organisent ce document pour une quête de reconnaissance. Il a été élaboré à partir des résultats de la grande consultation infirmière, un exercice inédit invitant chaque infirmier de France et d'Outre-mer à donner ses idées sur l'avenir de la profession.

Fournier, C. et Mousques, J. (2019). "Construction et impact d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières : le dispositif Asalée." Actualité Et Dossier En Santé Publique (107) : 31-33.

Irdes - Pôle de documentation - M.-O. Safon, V. Suhard - Relecture : C. Fournier, L. Michel

Page 160 sur 300

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.epub

La coopération entre médecins généralistes et infirmières est considérée comme un levier pour améliorer les conditions, l'organisation et la qualité du travail en soins de premier recours, voire la performance. En France, le dispositif action de santé libérale en équipe (Asalée) expérimente depuis 2004 la coopération entre médecins généralistes et infirmières Asalée. Il offre un cadre pour le développement de pratiques avancées infirmières, comprenant notamment des tâches de dépistage, de suivi et d'éducation thérapeutique. À travers une synthèse des enseignements tirés des travaux de recherche évaluative conduits sur le dispositif, cet article a pour objet de discuter de l'opportunité et des conditions de développement de telles pratiques dans un contexte prévoyant en 2019, suite à la reconnaissance en 2018 d'un métier et d'un diplôme d'infirmier en pratiques avancées, de nouvelles mesures relatives à leurs rémunérations et à la modalité d'exercice en maisons et centres de santé pluriprofessionnels.

Krol, A., Bullard, S., Fey, G., et al. (2019). "Pratiques avancées : les protocoles infirmiers de soins d'urgence." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques 15(10) : 463-467.

En collaboration avec les équipes de SMUR, les infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) participent activement aux missions de secours d'urgence aux personnes grâce notamment aux protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU), au nombre de 24 au sein du service départemental d'incendie et de secours de la Loire (SDIS 42). Cette évaluation des pratiques professionnelles ouvre sur des questions d'organisation des soins d'urgence pré hospitalière.

Laurent, J., Le Cossec, C. et de Chambine, S. (2019). "Coordination infirmière et maladies chroniques : état des lieux des activités en médecine adulte à l'Assistance Publique-hôpitaux de Paris." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 136(1) : 90-98.

<https://episante-bfc.org/actualites/coordination-infirmiere-et-maladies-chroniques-etat-des-lieux-des-activites-en-medecine>

Introduction : la transformation des métiers infirmiers peut être une opportunité pour l'organisation de parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques. Objectif : notre objectif était d'identifier et de décrire les activités des infirmiers de coordination (IDEC) intervenant auprès des malades chroniques dans les services de médecine adulte à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). Méthode : une enquête e-mail auprès des chefs de service a permis l'identification des IDEC. Des entretiens semi-dirigés ont été conduits avec les IDEC et des médecins référents afin de connaître les activités « en pratique » des IDEC. Résultats : quarante-huit IDEC ont été identifiées dans 115 services de médecine adulte contactés à l'AP-HP. Les IDEC exerçaient essentiellement des activités d'expertise et des activités de coordination. Les IDEC permettent de libérer du temps médical, les patients sont satisfaits d'avoir un interlocuteur dédié à qui s'adresser en cas de problème. Discussion : les IDEC interviennent dans de nombreuses pathologies chroniques. Leur expertise sert avant tout les malades mais aussi les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soins. Ce travail alimentera la réflexion sur la transformation des métiers infirmiers, notamment depuis la reconnaissance de l'exercice infirmier en pratique avancée.

Legendre, B., Aberki, C., Chaput, H., et al. (2019). "Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités." Etudes Et Résultats (1100) : 6.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1100.pdf

L'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore entre 2016 et 2017 (respectivement +2,3 %, +2,8 % et +5,4 %), soutenue par une

croissance des effectifs de ces professionnels, notamment de ceux exerçant à titre libéral. Pour ces trois professions, les inégalités de répartition géographique diminuent, entre les communes les moins dotées et les mieux dotées, en particulier pour les sages-femmes. Toutefois, des inégalités territoriales subsistent. Les infirmiers sont plus inégalement répartis selon les régions et les masseurs-kinésithérapeutes selon le type de commune. La répartition des sages-femmes ne répond à aucune de ces deux logiques. Pour les trois professions, l'accessibilité est globalement meilleure dans les grands pôles urbains et le long du littoral. Si 7 habitants sur 10 bénéficient d'un bon accès à un professionnel de premier recours (que ce soit un médecin généraliste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute), 4,5 % de la population française rencontre simultanément des difficultés d'accès à ces trois professions. Le cumul des difficultés d'accès aux sages-femmes et aux maternités est moins répandu, puisque cela ne concerne que 1,5 % de la population.

Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., et al. (2019). "Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins." Revue d'économie politique 129(4) : 489-524.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7203853>

Dans de nombreux pays, les politiques et réformes ont explicitement encouragé l'intégration des organisations de soins primaires et la coopération pluri-professionnelle afin d'améliorer l'efficacité productive et allocative de l'offre de soins et lutter contre l'inégale répartition géographique des médecins. En France, la Direction de la Sécurité sociale et une association dénommée Asalée (« Action de santé libérale en équipe », depuis 2004) ont mis en place une expérimentation destinée à favoriser l'intégration verticale et le travail en équipe entre médecins généralistes et infirmières par la mise en place de nouveaux modes de rémunération et la formation d'infirmières sélectionnées. Cet article évalue l'extension de cette expérimentation sur la période 2010-2016 en étudiant l'influence de cette coopération, mais aussi de l'organisation et des incitations financières à l'œuvre, sur l'activité des médecins généralistes appréhendée à partir de trois indicateurs : le nombre de jours travaillés, de patients rencontrés (en file active et, parmi eux, ceux inscrits médecin traitant) et d'actes (consultations au cabinet et visites à domicile). Nous contrôlons autant que possible des biais d'endogénéité et de sélection en recourant à un design cas-témoins, selon une méthode d'appariement exact, et des méthodes d'estimation en différence de différences sur données de panel. Dans ce cadre, nous montrons un effet positif du dispositif mais relativement modeste sur le nombre de jours travaillés par les médecins (+1,2 %) et un effet plus marqué sur le nombre de patients rencontrés (+7,55 %) et inscrits médecin traitant (+6,87 %). En revanche, aucun effet significatif n'est mis en évidence sur le nombre de consultations et visites. Codes JEL : C31, C33, I11, J22, L23

Morin, M. et Lessard, L. (2019). "L'étendue effective de la pratique des infirmières dans les services de proximité en région éloignée." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 138(3) : 75-93.

http://www.centredoc.chu-tours.fr/index.php?lvl=notice_display&id=50143

Les infirmières peuvent contribuer à accroître l'accessibilité aux services de santé et la qualité des soins à condition d'occuper pleinement leur champ de pratique. Cette étude réalisée au Québec dans une région éloignée des grands centres urbains vise à 1) mesurer l'étendue effective de la pratique infirmière dans les services de proximité et 2) déterminer les caractéristiques individuelles, professionnelles, organisationnelles et contextuelles l'influençant. Quarante-quatre (44) infirmières pratiquant dans différents types d'infrastructures de services de proximité ont répondu à une version électronique du Questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière portant sur 26 activités regroupées en six dimensions. Les résultats indiquent une étendue effective de la pratique infirmière sous-

optimale. La dimension « optimisation de la qualité et de la sécurité des soins » obtient le score le plus faible tandis que celles liées à « l'évaluation et la planification des soins », à « l'enseignement aux personnes et leurs familles » et à « la mise à jour et l'utilisation des connaissances » obtiennent des scores plus élevés. Aucune caractéristique n'influence globalement l'étendue effective de la pratique infirmière, mais des scores significativement plus élevés ont été dénotés pour certaines dimensions chez les femmes, chez les infirmières travaillant à temps plein et pour les régions plus proches des grands centres. Cette étude lève en partie le voile sur la pratique infirmière dans les services de proximité en région éloignée afin de formuler des recommandations adaptées à ces contextes.

Palmier, S. (2019). "Étude descriptive de la consultation infirmière de deuxième ligne en plaies et cicatrisation : une situation didactique en construction." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 137(2) : 49-61.

https://ifpek.centredoc.org/index.php?lvl=notice_display&id=93956

Introduction et objectif : dans l'activité des Infirmières spécialisées en plaies et cicatrisation (ISPC), la consultation infirmière dite de deuxième ligne est l'occasion d'offrir aux requérants l'occasion d'un temps formatif. Ce travail s'inscrit dans une perspective exploratoire. L'objectif de l'étude est d'interroger la dimension didactique de cette typologie de consultation. Pour aborder la problématique, l'attention est portée sur l'analyse de l'activité de l'ISPC. Matériel et méthode : deux entretiens d'autoconfrontation simple d'une ISPC sont analysés à partir de consultations vidéoscopées. Résultats et discussion : même si les résultats énoncés restent incomplets, les entretiens étant basés sur un seul individu, nous montrons dans cet article comment l'ISPC, à l'issue des entretiens, est en mesure de formuler des rectifications à venir pour sa pratique. La première piste réside dans la mise en évidence d'une nécessaire transformation du discours tenu par l'ISPC lors des consultations. Ensuite, c'est le moment de suivi post consultation qui se retrouve interrogé dans sa modalité.

Péoc'h, N. et Serrano, E. (2019). "Pratique infirmière avancée." Revue Hospitaliere De France (590) : pp.22-28.

Dans le champ des sciences humaines et sociales, la notion d'image métier interroge : quelle est-elle pour l'infirmier en pratique avancée (IPA) ? Avec quelles conséquences sur l'attractivité de ce nouvel exercice professionnel ? Cette notion permet-elle une meilleure compréhension des métiers en tension ? L'exercice en pratique avancée a désormais une réalité juridique. Cet article apporte un éclairage conceptuel sur l'attractivité, les atouts et les conditions de réussite de l'intégration des IPA au sein des différents exercices professionnels. L'expérience toulousaine est convoquée, à travers la présentation de l'ingénierie pédagogique du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. (R.A.)

RevuePrescrire (2019). "Infirmière en pratique avancée : un nouveau métier au sein de l'équipe de soins." Revue Prescrire 39(432) : 773-778.

En France, la pratique avancée des auxiliaires médicaux, créée par la loi de santé 2016, a été définie pour les infirmières dans les textes réglementaires en 2018 et 2019. L'IPA est une infirmière au champ de compétences élargi et à l'autonomie accrue. Il s'agit pour la profession d'un nouveau métier, sans être une nouvelle spécialité. La pratique avancée est possible en équipe. En dépit des textes officiels qui définissent cette fonction et de l'obtention des premiers diplômes, le flou demeure sur plusieurs aspects de l'exercice à venir des IPA.

Roux, A. (2019). "Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement." Revue Hospitaliere De France (590) : pp.14-17.

Le recrutement de professionnels paramédicaux est un enjeu majeur, tout au long de l'année, pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Rappelons que près de 70 % des professionnels de la fonction publique hospitalière exercent un métier paramédical ou médico-technique, les infirmiers étant la profession la plus représentée à l'hôpital public. Alors que des difficultés de recrutement sont signalées depuis plusieurs mois, la Fédération hospitalière de France a souhaité objectiver ces éléments par une enquête en ligne conduite au cours de l'été 2019.

Tellier, H., Colson, S. et Gentile, S. (2019). "Améliorer la prise en charge de l'enfant atteint de diabète de type 1 et celle de sa famille : quel rôle pour l'infirmière de pratique avancée, coordinatrice de parcours complexe de soins ? Une étude qualitative et exploratoire." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 136(1) : 80-89.

http://www.centredoc.chu-tours.fr/index.php?lvl=notice_display&id=47037

Contexte : la prévalence du diabète de type 1 chez l'enfant en Suisse et dans le monde est en constante augmentation. La coordination des soins semblerait être un élément déterminant et incontournable pour une prise en soin efficace et efficiente. Objectif : identifier les difficultés et les leviers de coordination rencontrés par les soignants et les familles lors de la phase de découverte d'un diabète de type 1, de la naissance à 15 ans. Méthode : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Résultats : trois familles et cinq soignants ont participé à l'étude. L'annonce de diagnostic est vécue comme douloureuse, un choc pour les familles. Les infirmières spécialisées en diabétologie pédiatrique sont reconnues comme des experts en soins et pour l'enseignement. La prise en charge est vécue comme stressante et complexe par les infirmières non spécialisées. La collaboration entre les unités est décrite comme cloisonnée. Les outils informatiques ne sont pas communs entre les unités. L'accompagnement psychologique est vécu comme non satisfaisant par les familles. Discussion : les infirmières ont besoin de travailler en interdisciplinarité et dans une coordination de soins structurée.

2018

Arborio, A. M. et Divay, S. (2018). "Aides-soignantes et infirmières, au cœur de l'hôpital." Les grands dossiers ; Sciences humaines (53) : 28-31.

Douguet, F. et Vilbrod, A. (2018). Les infirmières libérales, Une profession face au défi des soins à domicile., Paris : Seli Arslan

Feyfant, V. (2018). "Analyser le métier d'infirmière libérale à l'aune de la déprise." Gérontologie et société 40 / 155(1) : 59-71.

https://ifpek.centredoc.org/index.php?lvl=notice_display&id=92393

Le processus de déprise est le résultat de facteurs déclencheurs (Caradec, 2007). L'entourage d'une personne vieillissante participe à l'émergence de cette recomposition du rapport à soi et au monde que la personne vieillissante mène. La question qui nous intéresse ici est de savoir si, à son tour, un phénomène de déprise a un impact sur l'entourage. Nous nous appuyons pour cela sur une recherche de type ethnographique (observations et entretiens) portant sur le travail infirmier libéral auprès de personnes qualifiées de dépendantes. Les tensions repérées entre les discours professionnels produits collectivement et les pratiques

individuelles des infirmières libérales observées chez Antoine (87 ans) soulignent l'ambivalence dans laquelle celui-ci place chacune de ces professionnelles en recomposant ses liens avec elles. Nous montrons le rôle de la déprise dans la « construction personnalisée du métier » d'infirmière libérale (Bouchayer, 2008b) et participons ainsi à l'ébauche d'une « théorie interactionnelle des professions » (Hénaut, 2016).

Gey-Coué, M. (2018). "L'exercice infirmier en pratique avancée." *Gestions hospitalières* (352) : pp.542-544.

Largement annoncés en juin par les pouvoirs publics, les textes réglementaires relatifs à l'exercice infirmier en pratique avancée ont été publiés le 19 juillet 2018. Il existe enfin un cadre juridique en France de ceux que, à l'étranger, on appelle «infirmiers praticiens ou cliniciens». La place de l'infirmier est ainsi repensée au regard de l'évolution de l'organisation des soins dans le système de santé français. (R.A.)

González-Martínez, E. et Bulliard, C. (2018). "Collaboration interprofessionnelle jeune infirmière diplômée-assistante sociale : appels téléphoniques de préparation de la sortie de l'hôpital."

RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 133(2) : 15-36.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=525669>

Introduction : à l'hôpital, la sortie de patients ayant besoin d'une prise en charge à domicile ou en structure d'accueil s'organise en interprofessionnalité, notamment par des appels téléphoniques entre infirmières et assistantes sociales. Contexte : la collaboration infirmière-assistante sociale lors de la préparation de la sortie est traversée par des tensions susceptibles de s'accroître lors d'appels avec de jeunes infirmières diplômées. Méthode : étude sociologique dans un hôpital de soins aigus en Suisse francophone, basée sur l'analyse de conversations téléphoniques jeune infirmière diplômée-assistante sociale, ainsi que sur des observations, des entretiens et du recueil de documentation. Résultats : la préparation de la sortie est traversée par des tensions en rapport avec la temporalité de la préparation et la prise en charge demandée. Les appels téléphoniques sont des espaces d'apprentissage pour la jeune infirmière au sujet de la manière de présenter les cas, les procédures à suivre et les logiques des acteurs concernés. Discussion : l'étude confirme la nécessité de préparer les jeunes infirmières à la collaboration avec les assistantes sociales au sujet de la préparation des sorties, à l'école ainsi que sur les lieux de travail. Conclusion : des recherches documentant des pratiques réelles de travail apportent des clés pour les perfectionner.

Graradji, N. (2018). "Infirmier en pratique avancée. Un nouveau paradigme." *ASH* (3078) : pp.24-28.

L'infirmier en pratique avancée vient tout juste de naître avec la publication de textes (décrets et arrêtés) en juillet 2018 au Journal officiel. Exerçant un nouveau métier situé à la frontière du médical, du paramédical et du social, il pourra pratiquer dans les établissements médico-sociaux. La gérontologie n'entre pas encore dans son champ de compétence, mais ce n'est que partie remise. Dans les Ehpad, on réfléchit à la place que pourrait occuper cet infirmier du troisième type.

Manly, K. E., Aupiais, C., Floriot, A., et al. (2018). "Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences : état des connaissances et étude qualitative." *RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS* 135(4) : 60-82.

https://bib.vinci.be/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=87048

Introduction : les personnes âgées fragiles de plus de 75 ans ont de plus en plus recours aux services d'urgence ; leur état de fragilité conduit souvent à des situations d'agitation qui

soulèvent des questions de prise en soins particulièrement complexes. Objectif : comprendre la situation des personnes âgées, fragiles et agitées dans les services d'urgence et examiner la possibilité d'améliorer la qualité des soins avec l'intervention d'une infirmière de pratique avancée. Méthode : étude exploratoire, descriptive qualitative, s'appuyant sur la réalisation de neuf entretiens semi-directifs auprès de professionnels intervenant aux urgences et sur l'observation de situations de soins dans ces services. L'analyse est fondée sur l'élaboration d'un arbre thématique et l'examen de la signification des phénomènes observés. Résultats : cinq thèmes émergent des entretiens : définition de l'agitation, causes et facteurs favorisants, conséquences, risques pour la personne âgée et impact sur les soins. Les contenus des entretiens permettent d'identifier la signification du phénomène, le lien entre agitation et fragilité, les difficultés et les mesures possibles permettant d'améliorer la prise en charge. Discussion : les résultats rejoignent ceux de la littérature et permettent à l'infirmière de pratique avancée d'identifier sa contribution à la gestion de ces situations complexes. Conclusion : la fragilité étant un processus réversible, la pratique infirmière avancée pourra améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes âgées fragiles et agitées aux urgences.

Missi, P. M., Dallaire, C. et Giguère, J.-F. (2018). "Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière ?" RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 134(3) : 6-15.

http://www.centredoc.chu-tours.fr/index.php?lvl=notice_display&id=42886

Cet article examine les expressions science, discipline et savoir dans la perspective de l'utilisation et de l'avancement du savoir de la discipline infirmière. Il aborde la notion du savoir organisé comme fondement d'une science ainsi que l'usage de méthodes scientifiques comme impératif dans toute discipline qui vise à contribuer au monde des idées en s'appuyant sur la rationalité. L'article vise à retracer le lien existant entre la science et la science infirmière et à clarifier des enjeux scientifiques pour les soins infirmiers. Il vise également à amorcer une réflexion sur la compréhension du concept de diversité et sur la contribution effective de la formation doctorale en soins infirmiers à l'évolution future de cette discipline.

Muller, M. et Roy, D. (2018). "L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015." Etudes Et Resultats (Drees) (1094) : 6.

<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/87434/1/er1094.pdf>

En 2015, 150 000 personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont décédées, représentant un quart des décès annuels en France, selon l'enquête de la DREES auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les femmes, dont l'espérance de vie est plus élevée que les hommes, sont plus nombreuses à vivre en institution. Les résidents décèdent à 89 ans en moyenne, après une durée de séjour moyenne de trois ans et quatre mois. Un quart des décès de résidents en Ehpad n'ont pas lieu dans l'établissement même mais au cours d'une hospitalisation. Les hommes et les résidents les plus jeunes sont davantage concernés. Lorsqu'une infirmière est présente 24 heures sur 24, la probabilité de décéder lors d'une hospitalisation est plus faible. Lorsque l'Ehpad connaît des difficultés de recrutement, elle est plus élevée. Confrontés au quotidien à la fin de vie, la grande majorité des Ehpad ont mis en place des procédures liées à la pratique des soins palliatifs ou à la prise en charge de la fin de vie. La présence de ces dispositifs varie, cependant, selon les caractéristiques de l'établissement.

2017

Aguilard, S., Colson, S. et Inthavong, K. (2017). "Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature." SANTE PUBLIQUE 29(2) : 241-254.

https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Pauses_pedagogiques/2017_novembre/SP_UB_172_0241.pdf

Objectif : Analyser les facteurs de réussite et les obstacles qui permettraient la réussite de l'implantation de l'infirmier en pratique avancée dans le contexte de santé français. Méthodes : Revue littérature des articles internationaux se référant à l'implantation de la pratique avancée infirmière entre 2010 et 2016 Résultats : Sur 503 articles lus, 14 ont été retenus dans le cadre du sujet. Il a été identifié que les obstacles à l'implantation sont potentiellement réversibles en atouts. Un seul cadre de référence a été recensé, le PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient- focused process for advanced Practice nursing (APN) role development). Quatre facteurs de réussite d'implantation et d'évaluation de la pratique avancée infirmiers ont été identifiés : l'implication du corps soignant médical ou paramédical, le soutien hiérarchique et matériel des autorités administratives, la mise en œuvre de politique et de mécanisme de régulation et une formation universitaire de deuxième cycle. Conclusion : L'implantation française de la pratique avancée infirmière devrait tenir compte du cadre de PEPPA utilisé par le Canada, afin de promouvoir la réussite de ces nouveaux rôles dans les milieux cliniques.

Cartron, E. et Liendle, M. (2017). "L'universitarisation de la formation infirmière en France : un élan pour les recherches en sciences infirmières ?" RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 130(3) : 5-5.

<https://europepmc.org/article/MED/29192462>

Dubois Fresney, C. et Perrin, G. (2017). Le métier d'infirmière en France. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France

<https://www.amazon.fr/m%C3%A9tier-dinfirmi%C3%A8re-en-France/dp/2130578853>

L'histoire des infirmières est rythmée par l'évolution des besoins et de la demande sociale. Des Augustines de l'Hôtel-Dieu du XIII^e siècle à l'infirmière du XXI^e siècle, « les bons soins » se sont transformés en une véritable discipline. Ce livre a l'ambition de démontrer l'évolution de la fonction infirmière, de « piqueuse » à acteur de santé, de la soumission à la prise de décision, de la vocation à la mission sociale. Il présente également la situation actuelle de la profession en France, et esquisse quelques ouvertures nécessaires afin qu'elle trouve, de manière pleinement autonome, sa place dans la société.

Feyfant, V. (2017). "Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale. Ethnographie d'une épreuve de professionnalité. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S." Regards 51(1) : 257-271.

<https://en3s.fr/articles-regards/51/FEYFANT.pdf>

Qu'est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes, vivant à leur domicile, fait au métier d'infirmière libérale ? Les infirmières libérales exercent leur métier avec ce statut libéral qui les contraint en même temps qu'il leur donne la caractéristique majeure de leur professionnalité : l'autodétermination d'une grande partie de leur activité. Cette autodétermination sera mise à l'épreuve lorsque les infirmières devront partager leur travail avec d'autres professionnelles, notamment dans le cadre de l'accompagnement des personnes qu'elles qualifient de dépendantes. Les réponses que les infirmières apportent à ce défi nous révèlent un métier en recomposition qui, en plus d'avoir les caractéristiques du travail sanitaire, endosse celles du travail social. De ce fait, la prise en

considération qu'elles font d'éléments contextuels plus larges que ceux mobilisés dans l'évaluation courante de la dépendance nous permet de proposer la notion de dépendance situationnelle.

Froger, R., Allenet, B. et Guillem, P. (2017). "Coordonner la prise en charge complexe : construction d'un outil d'orientation des patients atteints de cancer vers l'infirmière de coordination." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 128(1) : 54-65.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=507979>

Introduction : suite au plan cancer 2009-2013, l'expérimentation d'infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC) a montré un impact positif sur la fluidification des parcours de soins. Le plan cancer 2014-2019 oriente leur mission vers les cas complexes. L'objectif de cette étude est la construction d'un outil facilitant le recrutement des patients susceptibles de connaître un parcours complexe. Méthode : deux phases ont constitué cette recherche. La première a collecté les éléments des dimensions pouvant prédire la complexité du parcours de soins, par focus group. La seconde a consisté en la réduction et sélection des items prioritaires et à estimer leur importance par la méthode Delphi. Résultats : à partir des 12 items retenus, deux sont reconnus comme marquant un risque important, sept corrélés probablement à un parcours complexe et trois sans lien avec la complexité du parcours. Discussion : par la suite, cet instrument est à valider par un test sur échantillon pour évaluer ses qualités psychométriques, métrologiques et sa faisabilité.

Ministère chargé de la Santé (2017). Les infirmiers libéraux : démographie, activité et recours aux soins. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018., Paris : Ministère chargé de la santé : 111-115, tabl., cartes.

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2017/RAPPORT/CCSS_RAPPORT-SEPTEMBRE%202017.pdf

Au 1^{er} janvier 2015, 643 000 infirmiers exerçaient en France, dont 12,4 % - soit 79 990 - en libéral. Les infirmiers libéraux perçoivent en moyenne 88 700 € d'honoraires et 48 160 € de revenus. Depuis 2010, les honoraires des infirmiers libéraux ont augmenté en moyenne de 1,4 % par an contre 0,3 % pour leurs revenus. En 2016, les honoraires remboursés au titre des soins infirmiers pratiqués en ville (y compris en centres de santé) représentent une enveloppe de 7,3Md€

Nekaa, M. (2017). Les infirmières de l'éducation nationale en France : éducation et promotion de la santé en milieu scolaire, pratiques et représentations. Lyon Université de Lyon 1, Université de Lyon 1. Villeurbanne. FRA. **Thèse de doctorat ; Education, Psychologie, Information et Communication (EPIC)**. 361.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01768261>

L'école constitue l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé. Le service de la promotion de la santé en faveur des élèves a la mission d'apporter son soutien à la communauté éducative. L'éducation à la santé et la prévention en milieu scolaire induisent une démarche transdisciplinaire fondée sur un ensemble de valeurs et une approche globale de la personne dans un projet éducatif à l'échelle de la classe et de l'établissement. Au sein de la communauté éducative, les infirmières de l'éducation nationale sont un corps particulier à qui est confiée la mission d'éducation et de promotion de la santé qui nécessite une évolution de leur rôle, de leur posture et de leurs pratiques professionnelles. La littérature souligne le lien entre les connaissances, les systèmes de représentations sociales et de pratiques de références qui s'articulent autour de conceptions individuelles. A partir d'une méthodologie mixte, l'étude porte sur l'analyse des résultats d'une approche

qualitative par entretiens auprès d'un échantillon de la population suivie par une enquête nationale par questionnaire. Les infirmières disposent de connaissances largement partagées sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé en milieu scolaire mais qui ne se traduisent dans des systèmes de conceptions individuelles et dans les pratiques déclarées très hétérogènes. En effet, les résultats mettent en évidence une diversité des conceptions en éducation à la santé (ES) se structurant entre un pôle orienté vers une déclinaison biomédicale de l'exercice professionnel et un pôle davantage centré sur des pratiques éducatives. Ces conceptions sont fortement influencées par l'exercice professionnel au sein de l'éducation nationale. Le rôle des infirmières scolaires dans l'éducation pour la santé évolue en fonction de la durée de l'exercice professionnel, allant de conceptions sanitaires devant être enseignées à une approche globale de l'éducation à la santé en passant par le conseil et le soutien aux écoles, ainsi que la mise en place de ressources pour les enseignants. Cette recherche avance des pistes de réflexion en ingénierie de la formation initiale ou continue avec comme objectif de favoriser la construction de nouvelles compétences permettant aux infirmières de l'éducation nationale de mieux promouvoir la santé à l'école et ainsi d'être plus à même de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et de favoriser la réussite de tous les élèves. La question de la formation recouvre résolument celle d'une didactique de l'ES en milieu scolaire dans une perspective curriculaire.

2016

Agamaliyev, E., Mikol, F. et Prost, T. (2016). "Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet." Revue Française Des Affaires Sociales (1) : 375-404.

https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=24343#.X7I0feWg-Uk

Des nouvelles formes de coopération entre les médecins généralistes libéraux et les infirmiers se développent en France, souvent dans le cadre d'expérimentations. La vision des professionnels de santé sur les modalités de cette coopération n'est pas uniforme. À partir des résultats de deux enquêtes réalisées auprès du panel des médecins généralistes, cet article étudie les déterminants de la disposition à déléguer des médecins selon trois scénarios de financement de l'infirmier : la rémunération intégrale par l'assurance maladie, la rémunération mixte (50 % par l'assurance maladie et 50 % par les revenus du cabinet) et la rémunération intégrale par les revenus du cabinet. Tous scénarios confondus, un tiers des médecins généralistes seraient favorables à la délégation d'une ou plusieurs tâches vers un infirmier de leur cabinet. Néanmoins, ce résultat varie sensiblement selon le mode de financement de l'infirmier : les médecins seraient d'autant plus favorables au transfert d'activité que celui-ci est rémunéré par l'assurance maladie (60 % d'entre eux), alors que lorsque l'infirmier est intégralement rémunéré par les revenus du cabinet, seuls 17 % des avis seraient favorables. Nos analyses suggèrent également l'émergence de deux modèles de coopération entre les médecins généralistes libéraux et les infirmiers. Un premier modèle, pour lequel opte la majorité des médecins qui seraient favorables à la délégation, prévoit une délégation d'activités liées à l'accompagnement des patients et au suivi des maladies chroniques (éducation thérapeutique, accompagnement des patients lors de l'arrêt de la consommation de tabac, etc.). Un deuxième modèle beaucoup plus minoritaire semble aussi émerger de médecins favorables à une délégation plus large d'activités y compris des actes techniques (le frottis cervical) ou la prescription d'hémoglobine glyquée (HbA1c).

Casteran-Sacreste, B. (2016). "Profil des infirmiers en formation en 2014." Etudes Et Resultats (Drees) (982) : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er982.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 87B7nR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les étudiants en soins infirmiers sont de plus en plus nombreux : 31 300 sont inscrits en première année en 2014, dans l'un des 328 instituts de formation préparant ce diplôme. Ils étaient 28 500 en 2004. Ce sont des femmes pour l'essentiel, même si la part des hommes progresse légèrement : 4 points en dix ans. Les élèves infirmiers se distinguent des étudiants des autres filières paramédicales de même niveau sur différents points.

Casteran-Sacreste, B. et Mainguene, A. (2016). "La formation aux professions de la santé en 2014." Serie Statistiques - Document De Travail – Drees (198) : 122.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-198.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xm7E8o. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article détaille les résultats de l'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé en 2014. Cette enquête concerne tous les élèves ayant effectué une inscription ou ayant été diplômés en 2014.

Dürrenberger, Y. (2016). La formation de l'infirmière : au cœur de la complexité. Identité(s). Auxerre, Editions Sciences Humaines : 217-221.

La notion d'identité prend aujourd'hui toujours plus de place et, avec elle, une nébuleuse d'expressions telles que « crise des identités », « recomposition des identités », « identités plurielles », « repli identitaire » ... D'aucuns le déplorent, tel le sociologue américain R. Brubaker : « Les sciences sociales et humaines ont capitulé devant le mot "identité" ». Cette catégorie « qui parle aux gens », qu'on utilise de plus en plus dans la vie quotidienne en parlant de soi, ne devrait-elle pas être abandonnée par les sciences humaines au profit de concepts plus délimités et moins équivoques ? J.-C. Kauffmann se pose la même question : dans le sens commun, l'identité tend à apparaître comme une essence, un donné, ce que justement récusent de plus en plus les recherches en sciences sociales qui toutes insistent au contraire sur le fait qu'elle est une construction. Difficile pourtant de se séparer d'un terme qui, dans toute son équivocité, n'en pose pas moins un problème social aigu, celui de l'articulation de l'individu aux groupes et à la société. Tel est donc l'objet de ce livre : rendre compte de la complexité de ce concept et de ses avatars. Comment se construit l'identité de chacun ? Comment se fait l'intégration d'un individu au sein d'un groupe, d'une communauté ou d'une société ? Comment analyser les conflits ethniques, religieux, interculturels ? La mondialisation mène-t-elle à l'unification des cultures ou, au contraire, favorise-t-elle les revendications particularistes ? Autant de questions explorées par des spécialistes de toutes disciplines, philosophes, historiens, sociologues, anthropologues, psychologues...

Jaeger, M. (2016). "Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin." *VST - Vie sociale et traitements* 131(3) : 104-119.

https://irts-poitou-charentes.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=75471

Que reste-t-il des associations, ces organisations collectives de la société civile où des citoyens se mettent ensemble pour agir ? Dans le social, le médicosocial et la psychiatrie, les associations sont devenues des entreprises de gestion. Les valeurs qu'elles pouvaient mettre en avant sont maintenant protocolisées et gravées dans le marbre de la loi : place des usagers, bientraitance, action collective... Qu'en disent et que font les "grosses" associations gestionnaires ? Qu'en disent et que font celles qui continuent à revendiquer des options, des particularités ? Les associations d'action institutionnelles – du petit club thérapeutique à l'association nationale – sont-elles toujours viables, menacées par les risques de "gestion de fait" et par la normalisation des pratiques thérapeutiques ? Que penser des nouvelles associations d'usagers, de patients, de familles ?

Maillet, S., Courcy, F. et Leblanc, J. (2016). "Évaluation et intervention en matière de climat psychologique de travail chez le personnel infirmier : une revue de la littérature." *RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS* 125(2) : 84-97.

Cette revue de littérature a pour thème central l'influence du climat psychologique de travail et de la satisfaction au travail sur l'intention de quitter chez les infirmières. Plus spécifiquement, il s'agit d'abord d'exposer l'influence des dimensions du climat psychologique de travail, soit les perceptions liées à la nature de l'emploi, au rôle professionnel, à la qualité du leadership, à la qualité de l'équipe de travail ainsi qu'à l'organisation dans son ensemble, sur l'intention de quitter l'organisation ainsi que la profession chez les infirmières. Ensuite, il s'agit de mettre en évidence le rôle médiateur potentiel de la satisfaction au travail dans l'explication du mécanisme par lequel un individu passe d'une perception défavorable des dimensions du climat psychologique de travail aux intentions de quitter. Ce travail se termine sur une recension des pratiques d'évaluation et d'intervention qui pourraient favoriser le succès des démarches d'amélioration du climat psychologique et de la satisfaction au travail auprès des infirmières.

Roelandt, J.-L. (2016). "Comment une expérience innovante de psychiatrie citoyenne est devenue un centre OMS de référence pour la santé mentale dans la communauté." L'information psychiatrique 92(9) : 711-717.

<https://www.f2rsmpsy.fr/comment-une-experience-innovante-psychiatrie-citoyenne-devenue-centre-oms-referance-pour-sante-mentale-communaute.html>

Au début des années 70, un secteur psychiatrique de l'hôpital d'Armentières a commencé à changer radicalement son paradigme de soins. En trois décennies, il est passé de l'asile à la cité, de l'hospitalisation psychiatrique comme seule réponse de soins, à l'intégration des soins dans la communauté et au service à la personne via des équipes mobiles. Cela a été possible grâce à l'implication systématique des élus locaux, et au fondement théorico-pratique de la citoyenneté pour tous, conceptualisé sous le nom de psychiatrie citoyenne. En 2001, cette expérience a été reconnue comme pilote de l'évolution des soins psychiatrique par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et l'EPSM Lille-Métropole est devenu le siège du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France). Nous présentons dans cet article les recherches-actions que mène le centre depuis 20 ans et la manière dont il a pu influencer les politiques de santé mentale au niveau national et international.

2015

Dürrenberger, Y. (2015). La formation de l'infirmière : entre théorie et pratique. Auxerre, Editions Sciences Humaines. 41 : 15-15.

<https://www.cairn.info/magazine-les-grands-dossiers-des-sciences-humaines-2015-12-page-15.htm>

Hurtubise, R. (2015). "Participation des usagers, individualisation et institutionnalisation des savoirs d'expérience." Rhizome 58(4) : 13-14.

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n58-la-participation-des-usagers-en-sante-mentale-novembre-2015/participation-des-usagers-individualisation-et-institutionnalisation-des-savoirs-dexperience-1239.html>

Lecocq, D., Mengal, Y. et Pirson, M. (2015). "Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ?" SANTE PUBLIQUE S1(HS) : 105-110.

<http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2014/07/dan-lecoq.pdf>

Depuis plusieurs dizaines d'années, les infirmiers de pratique avancée (IPA) s'investissent dans de nouveaux rôles au sein des systèmes de soins de santé et cette tendance va en s'amplifiant. Formés au cours d'un deuxième cycle universitaire, les IPA interviennent en contact direct avec la personne – entendue au sens de l'individu et de sa famille – dans de nombreux champs de pratique et dans un esprit de collaboration avec leurs collègues infirmiers et les autres professionnels de santé. Les bénéfices potentiels des interventions de l'IPA ont été démontrés dans de nombreux domaines. L'IPA est notamment un acteur de santé publique susceptible de participer à la réponse interdisciplinaire dans l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques. Mais développer la pratique infirmière avancée (PIA) au sein d'un système de soins de santé complexe nécessite une approche systémique en harmonie avec les différents niveaux de formation des praticiens infirmiers et les autres professionnels de santé. C'est là un effort indispensable pour permettre à l'IPA de s'investir dans de nouveaux rôles en pleine aptitude (habilitation légale, formation de haut niveau et orientée, modalités de collaboration, etc.). Pour aboutir à une plus-value pour les patients, pour le système en termes de résultats de santé et garantir des conditions d'exercice adéquates, les auteurs soulignent l'importance de développer la PIA de

façon structurée. Les auteurs proposent de passer par une phase d'éveil comportant l'adoption d'un modèle conceptuel de PIA et l'établissement d'un cadastre structuré des pratiques infirmières existantes pour se préparer à une stratégie d'implantation méthodique.

Morin, Shaha, Januel, et al. (2015). "Le point sur la pratique infirmière avancée." SOINS INFIRMIERS : KRANKENPFLEGE (5) : 72-76.

Les auteurs de cet article, proposent d'examiner attentivement le contenu de cette pratique et de discuter du fait qu'elle doit se positionner bien sûr dans un contexte suisse, mais que pour être crédible, elle doit aussi être configurée selon des normes de niveau international. (R.A.).

2014

Bénard, L. (2014). "Infirmière coordinatrice dans un réseau de soins. Travail auprès des familles et des enfants atteints de cancer." Enfances & Psy 64(3) : 126-130.

L'infirmière coordinatrice tient une place centrale dans l'organisation de la prise en charge des enfants atteints de cancer ou de leucémie, au sein d'un réseau de soins spécifiques en Île-de-France. Une infirmière décrit dans cet article son travail qui commence par la préparation du retour à domicile après l'hospitalisation initiale en service spécialisé. La visite au domicile proposée systématiquement permet d'accompagner la famille et d'organiser les soins avec les services relais et tous les intervenants extrahospitaliers. Cette infirmière explique concrètement comment elle écoute, elle rassure et elle organise les prises en charge tout au long du traitement.

Bourgeon (2014). Le modèle infirmier : Engagement et identité, Lamarre, Rueil Malmaison

Cet ouvrage est né du regroupement d'articles ou de chapitres d'ouvrages réalisés au cours de quinze années de réflexions et d'enquêtes sur le champ de la santé. Certains sont inédits, d'autres ont déjà fait l'objet de publications. A travers ces contributions, l'ouvrage se propose d'appréhender les problématiques soignantes (de l'exercice infirmier à l'encadrement) en éclairant trois points principaux : 1-les discours soignants, au sens large, afin de comprendre la dimension sociologique des motivations professionnelles 2-la nature et le sens du prendre soin (le care) 3-les modes d'organisation en milieu hospitalier et les spécificités managériales.

Coquaz, Mouchon, Denis, et al. (2014). "Psychiatrie : transfert de compétences du chirurgien-dentiste à l'infirmière." OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT : LA REVUE DES CADRES DE SANTE(222): 24-28.

L'expérience engagée au Centre hospitalier la Chartreuse de Dijon est innovante à plusieurs titres. D'une part, elle concerne la délégation du chirurgien-dentiste à l'infirmière et, d'autre part, elle s'adresse au monde de la santé mentale et du handicap en s'attachant à répondre aux besoins des malades psychiatriques les plus lourds. C'est une véritable démarche de santé publique qui vise tant à faciliter un accès aux soins précoces à des populations jusque-là exclues du système, qu'à améliorer leur qualité de vie. (R.A.).

Donaghy, P. et Greillet, C. (2014). "Enquête sur les pratiques d'infirmiers libéraux de Seine-et-Marne en matière de prévention des risques liés aux soins réalisés à domicile en 2012." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (6) : 115-119.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/6/pdf/2014_6_2.pdf

Irdes - Pôle de documentation - M.-O. Safon, V. Suhard - Relecture : C. Fournier, L. Michel

Page 173 sur 300

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.epub

[BDSP. Notice produite par InVS R0xGsEmn. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre d'infections associées aux soins et leur résistance croissante aux antibiotiques sont une préoccupation mondiale. L'environnement complexe du patient et l'autonomie de la pratique de soins à domicile représentent des défis particuliers pour le contrôle de ces infections au domicile du patient. L'objectif de cette étude était d'identifier les principaux risques associés aux pratiques de soins à domicile afin de faire des propositions pour en améliorer la qualité et la sécurité. Un questionnaire postal, conçu pour évaluer la pratique actuelle, a été envoyé aux 883 infirmiers libéraux de Seine-et-Marne (région parisienne) en 2012. Deux cent six infirmiers (24%) y ont répondu. Les résultats suggèrent que les infirmiers libéraux de Seine-et-Marne rencontrent des difficultés dans la mise en oeuvre des recommandations de pratiques pour la prévention des infections liées aux soins à domicile. Seuls 8,7% d'entre eux observent toutes les exigences légales en matière de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (Dasri). La disponibilité des équipements de protection individuelle est limitée. Le manque de communication entre les services hospitaliers et les services de soins à domicile est une source majeure de risque pour le patient et pour la sécurité des professionnels. Cette étude pourrait contribuer à l'élaboration, par les autorités de santé, d'une stratégie pour répondre aux difficultés rencontrées par les infirmières de soins à domicile, améliorant ainsi la sécurité des patients et des praticiens. (R.A.).

Higounenc et Lattes (2014). "Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés." DROIT SOCIAL (7-8) : 661-667.

Les relations hiérarchiques entre médecins et infirmières ont longtemps été régies par le seul code de la santé publique. L'évolution des services de santé au travail pour mesurer l'impact de la loi du 20 juillet 2011 sur les relations professionnelles souvent complexes qui peuvent se mettre en place dans le monde de l'entreprise.

Massin, S., Paraponaris, A. et Bernhard, M. (2014). "Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers." Etudes Et Resultats (Drees) (873) : 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er873.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE I9oR0xq9. Diffusion soumise à autorisation]. Les conditions d'exercice de la médecine générale connaissent d'importantes évolutions. La quasi-totalité des médecins interrogés fin 2012 déclarent avoir adhéré à la Rémunération sur objectifs de santé publique mise en place par l'Assurance maladie en janvier 2012, et 80% d'entre eux pensent pouvoir en remplir les objectifs. En revanche, ils sous-estiment la rémunération que ce dispositif leur permettrait de recevoir. Un tiers d'entre eux se déclare favorable à des coopérations avec un infirmier. Ce résultat est très sensible au mode de financement d'un tel dispositif : la coopération est nettement mieux acceptée dans le cas où l'auxiliaire médical serait entièrement rémunéré par un forfait extérieur. Les tâches relevant des compétences réglementaires du médecin, comme les prescriptions, seraient moins volontiers confiées à un infirmier, contrairement aux actes d'éducation thérapeutique ou de surveillance de la tension artérielle.

Micheau, J. et Moliere, E. (2014). "Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmiers et infirmières du secteur hospitalier." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail – Drees (132) : 34.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt132-etudes_et_recherches.pdf

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE DR0xp7BG. Diffusion soumise à autorisation]. Les infirmières représentent aujourd'hui près du quart des effectifs des hôpitaux. Si le diplôme fait l'unité de la profession, le terme d'infirmière masque cependant des réalités d'emploi et de travail très diverses. Cette étude s'appuie sur des entretiens qualitatifs réalisés auprès d'une soixantaine d'infirmières exerçant dans dix établissements différents. Elle donne à voir les emplois du temps à la fois sous l'angle de l'organisation des rythmes de travail, de ses saisonnalités et du contenu des journées de travail. Elle propose des explications à ces organisations du temps : contraintes liées à l'établissement ou au service et contraintes liées à des choix personnels. Elle décrit aussi les façons dont se négocient les ajustements de temps de travail ou de contenu de tâche en réponse aux besoins des établissements et des infirmières.

Mosse, P., Harayama, T. et Boulongne-Garcin, M. (2014). "Les espaces professionnels des infirmières en France et au Japon : éléments pour une lecture conventionnaliste." Revue Française Des Affaires Sociales (4) : 137-155.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE rkR0x8oB. Diffusion soumise à autorisation]. Basé sur des enquêtes originales, cet article vise à qualifier les espaces professionnels des infirmières en France et au Japon. Il montre comment et pourquoi ces espaces professionnels sont historiquement et socio-économiquement construits de manière différente. La notion de "conventions" ici conçues comme des systèmes d'attentes réciproques fournit une clef explicative.

Rothier Bautzer, É. (2014). "Care et profession infirmière." Recherche & formation 76(2) : 93-106.
https://www.researchgate.net/publication/290211051_Care_et_profession_infirmiere

La relation entre le care et la profession d'infirmière est présentée comme un cas paradigmatique de mutations en cours depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Nous analysons comment le concept de care et les théories qui lui sont associées se substituent au flou de la catégorie « relationnelle » qui structure la définition des professions consultantes au sens de Freidson (1984). Ainsi, le care devient le produit de revendications et d'injonctions croissantes à l'autonomie de la part des individus et des groupes professionnels. Le care constitue le point commun à l'ensemble des professions qui visent à « rendre autonome », à mettre en pratique l'injonction qui consiste à inciter un changement qui ne peut se produire que s'il y a adhésion au but recherché. En ce sens, le care comme concept est le produit de sociétés où l'autonomie – en devenant une valeur première – s'accompagne d'une mutation des formes d'hétéronomie (Ehrenberg, 2009, 2010).

2013

Delamaire, M.-L. et Lafortune, G. (2013). "Infirmières en pratiques avancées en soins de ville. Les leçons des expériences étrangères." GESTIONS HOSPITALIERES (529) : 455-458.

[BDSP. Notice produite par EHESP I18R0xqq. Diffusion soumise à autorisation]. Le risque d'une dégradation de l'accès aux soins, dans les prochaines années, en raison de tensions d'effectifs de médecins explique en partie le vif intérêt pour les pratiques infirmières avancées (PIA) dans différents pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Malgré d'importantes résistances médicales, et sous certaines conditions, il existe de fortes motivations à développer de tels rôles dans le secteur primaire. (Introd.).

Divay et Knibiehler (2013). Soignantes dans un hôpital local : des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation, Presses de l'EHESP, Rennes

Cette enquête ethnographique réalisée dans un hôpital local donne à voir une réalité éloignée des clichés qu'exhibent nos écrans de télévision. Ici, les soignantes s'activent souvent sans médecins à leurs côtés, dans des services peu médicalisés empreints d'une longue histoire locale, auprès de patients âgés "du coin", au sein d'équipes "familiales" et où "tout le monde se connaît" depuis toujours. Ces soignantes ont dû faire face à de nombreux changements. Elles ont su s'adapter à la laïcisation des hôpitaux, à l'humanisation des hospices et aux restructurations internes modernisatrices. Résisteront-elles aux restrictions budgétaires et à la dégradation de leurs conditions de travail ? Après une longue immersion dans le milieu propre à ces travailleuses de la santé, Sophie Divay retrace étape par étape l'histoire et les évolutions de ce collectif de travail et questionne plus globalement les effets des décisions de rationalisation gestionnaire et managériale. (R.A.).

Divay, S. (2013). 13 - Infirmière : une profession au large éventail de carrières... horizontales. Les professions intermédiaires. Paris, Armand Colin : 195-202.

Ils sont managers dans la restauration rapide, chefs d'atelier dans la construction automobile, cadres de santé à l'hôpital, techniciens dans l'industrie, commerciaux, conseillers clientèle, responsables administratifs... Leur point commun ? Ils appartiennent à la catégorie socioprofessionnelle des professions intermédiaires qui regroupe les agents de maîtrise, les techniciens, les commerciaux et les emplois d'administration-gestion. Leur caractéristique ? N'être ni ouvriers ou employés, ni cadres. Une identité en quelque sorte par défaut, alors même que les professions intermédiaires concentrent le quart de l'emploi salarié privé et occupent une position névralgique au sein des entreprises, à l'interface entre conception et exécution, entre management et opérateurs, entre entreprises et clients.

Rodriguez (2013). "Les infirmières en pratiques avancées dans les services de soins." GESTIONS HOSPITALIERES (528) : 410-413.

Ancrées dans les soins, les infirmières en pratiques avancées (IPA) jouent un rôle clé dans la coordination des soins et dans les relations avec les patients. En septembre 2011, les premières IPA sont entrées en fonction à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille. Un an après, les auteurs ont cherché à savoir si elles étaient parvenues à trouver leur place dans l'organisation des soins et à connaître les perceptions des équipes et des patients.

Timmermans, L., Larroumets, A., Hoffmann, P., et al. (2013). "Objectivation de l'impact qualitatif d'une infirmière référente en consultation d'urologie." SANTE PUBLIQUE 25(2) : 163-167.

<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/objectivation-de-limpact-qualitatif-dune-infirmiere-referente-en-consultation>

Objectif : notre objectif a été de démontrer la valeur ajoutée de l'infirmier(e) référent(e) dans une consultation générale en urologie. Méthodes : notre étude prospective évaluative porte sur une population ambulatoire de 135 patients (40 femmes, 95 hommes) inclus. Les troubles de la fonction urinaire ont été définis par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La composante activité – participation a été analysée dans le domaine de la communication avant et après la consultation chez l'urologue. Nous avons utilisé les résultats obtenus sur base d'une échelle visuelle analogique (EVA). L'EVA a également déterminé un pourcentage qualifiant le facteur facilitateur de l'environnement créé par l'infirmière spécialisée. L'analyse statistique comporte une étude de la population ainsi qu'une

comparaison par analyse de la variance (ANOVA) de la composante activité-participation. Résultats : la population était âgée de 4 ans et 10 mois à 96 ans ($m = 63,29$; écart-type (ET) = 19,71). Le code qualificatif médian du trouble urologique observé était de 2 (modéré). L'analyse de la variance de la composante activité-participation a objectivé une différence significative avant et après la consultation ($F = 6,4172$; $p < 0,001$). La troisième question posée qualifiait le facteur facilitateur de l'environnement créé par l'infirmière sur base d'une EVA avec une moyenne de 97,79 % (ET = 4,67). Conclusion : notre travail prospectif s'est porté sur l'évaluation de l'impact qualitatif d'une infirmière spécialisée dans le décours d'une consultation ambulatoire urologique à caractère général. Le caractère qualitatif d'environnement facilitateur d'un personnel paramédical spécialisé est important dans le cadre participatif de la communication et de la compréhension du message médical.

2012

Besse, Cherubin, Fluck, et al. (2012). Coordination des parcours complexes de soins, une pratique avancée en soins infirmiers.

L'évolution de la démographie médicale, de la complexité des parcours de soins représentent de nouveaux défis pour la santé publique. L'infirmière en pratique avancée peut alors apparaître comme un acteur apte à fluidifier les parcours de soins des patients. Cependant, le cadre législatif, trop rigide et centré sur le médecin, doit faire l'objet de changements profonds pour instituer le nouveau rôle de l'infirmière. Cette situation est le résultat d'une longue histoire et d'une quête pour la reconnaissance qui a vu l'infirmière s'affirmer progressivement comme partenaire des autres professionnels de santé. Mais la redéfinition du rôle de l'infirmière ne saurait se faire sans une réelle collaboration entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Bien que des expériences concluantes aient été menées dans différents pays, la France présente un retard dans l'évolution du rôle de l'infirmière. Qu'il s'agisse de répondre aux besoins de la population lorsque les médecins sont trop peu nombreux, ou pour le management de cas en psychiatrie, les infirmières ont prouvé être des acteurs légitimes. Mais l'absence de reconnaissance du corps médical, le problème de répartition des gains économiques et le positionnement flou de la profession infirmière rendent ces évolutions difficiles. Le dispositif ASALEE essaie d'éviter ces écueils et se révèle être une des initiatives les plus marquantes dans la perspective d'une médecine de parcours. Aujourd'hui il est urgent de créer un statut d'infirmière en pratique avancée (IPA) qui déclinerait de nouvelles modalités d'action aux niveaux national, régional et local. Nous proposons un projet d'expérimentation locale d'une coordination de parcours complexe appliquée à la psychiatrie dans la région Midi-Pyrénées. Ce projet illustre, dans une région présentant des difficultés d'accès aux soins, les raisons qui poussent à la recherche de nouvelles formes de coordination et la place centrale de l'IPA dans ce processus. (R.A.).

Bontron, J.-C. et Voisin, L.-M. (2012). "La régulation démographique de l'offre de soins infirmiers." Pour 214(2) : 47-51.

Collin, C., Evain, F., Mikol, F., et al. (2012). "Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes." Serie Statistiques - Document De Travail – Drees (172) : 57-76, tabl., cartes., graph.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2011_doss3.pdf

Les personnes âgées sont en moyenne en plus mauvaise santé et de mobilité plus réduite que le reste de la population. Il apparaît dès lors important de savoir si leurs conditions d'accès aux soins sont identiques à celles des autres adultes. Cette étude cherche à éclairer

cette question en comparant l'accès aux soins des personnes âgées de 70 ans ou plus à l'accès aux soins des plus jeunes (19-69 ans inclus) pour les professionnels de premier recours les plus souvent consultés (médecins généralistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes) et l'hôpital. Elle s'appuie sur les outils d'analyse de l'accès géographique aux soins développés récemment par la Drees et l'Insee. Ces outils, qui peuvent être mobilisés par les Agences régionales de santé (ARS), permettent d'évaluer les conditions territoriales d'accès aux soins : de calculer, par commune, territoire de santé, département, région, les temps d'accès aux différents professionnels de santé, ou encore d'en évaluer l'accessibilité par une comparaison de l'offre et de la demande « potentielle » de soins (voir annexe). Ils permettent aussi d'estimer l'impact que peut avoir une restructuration hospitalière ou encore une modification de l'implantation territoriale des professionnels de santé en termes de temps d'accès et d'accessibilité.

Delattre, E., Combes, J. B. et Elliott, B. (2012). Hospital Staffing and Local Pay: An Investigation into the Impact of Local variations in the Competitiveness of Nurses Pay on the Staffing of Hospitals in France. Thema Working Paper n°2012-35. Cergy-Pontoise-Université de Cergy-Pontoise : 30, tabl.
<http://www.u-cergy.fr/thema/repec/2012-35.pdf>

Research has shown that where nurses' wages are regulated but wages in other sectors are not this results in spatial variations in the competitiveness of nurses pay and that in England these are correlated with spatial differences in nurses' labour supply. In France there is general regulation of wages and public hospitals compete with the private hospital and non hospital sectors for nurses. This paper constructs and employs a unique dataset on nurses pay and the characteristics of hospitals in France. It undertakes the first study of the impact of spatial wage differentials on nursing supply to French public hospitals. We show that nurse assistants? labour supply is sensitive to spatial wage differentials, the more competitive their pay the smaller the shortage of nurse assistants, and that registered nurses and nurse assistants labour supply are interdependent, the greater the supply of nurse assistants the greater the supply of registered nurses

Delcampe, S., Destrez, C. et al. (2012). L'infirmier et la charge de travail : entre perception et évaluation. Paris : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. . Institut de Formation des Cadres de Santé

Répondant aux exigences institutionnelles, la performance et la rationalisation sont des enjeux majeurs dans notre système de santé. La question de l'évaluation de travail est un sujet au cœur des préoccupations des hôpitaux. Mais comment évaluer le travail ? Le travail prescrit n'est pas le travail réel. Son évaluation à travers l'utilisation d'outils aussi performants soient-ils, ne pourront jamais évaluer la charge de travail réelle de l'infirmier. La sociologie et la psychosociologie nous permettent alors d'appréhender plus facilement cette ambiguïté. A travers notre recherche auprès d'une population d'infirmiers et de cadres dans un grand hôpital parisien, nous avons mis en exergue que plusieurs facteurs influencent la perception de la charge de travail et en conséquence impactent son évaluation. Souffrance et plaisir, relation au groupe et reconnaissance à travers l'évaluation par autrui sont des leviers capitaux qui modifient cette perception. La place et le rôle du cadre et la poursuite de la recherche sur la dialectique entre perception et évaluation de la charge de travail sont des pistes ouvertes par cette recherche encore à explorer. (R.A.).

Jeannin, N., Pelletti, C. et Dany, L. (2012). "La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : place et enjeux de la dimension psychologique." Pratiques Et Organisation Des Soins (3) : 177-185.
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1203_Les_infirmieres_et_l_annonce_e_n_cancerologie.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS p8R0xlr9. Diffusion soumise à autorisation]. Cette recherche qualitative, réalisée auprès d'infirmières, visait à analyser le rôle de l'expérience vécue du temps d'accompagnement soignant, inclus dans le dispositif d'annonce en oncologie, afin d'appréhender la place qu'occupe la dimension psychologique dans ce dispositif. La réalisation du TAS est sous l'influence du cadre organisationnel, des interactions entre professionnels au sein de l'établissement et des fonctions et rôles perçus des infirmières. Le repérage des besoins psychiques est difficile à réaliser et nécessiterait une articulation interprofessionnelle difficile à mettre en œuvre au regard des moyens alloués à ce type de dispositif.

Rogers, V. et Mossé, P. (2012). "Les Cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance ; les leçons de l'expérience anglaise." *Journal de gestion et d'économie médicales* 30(6) : 379-393.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00860127>

Fondé sur une réinterprétation de données existantes, complétée par des entretiens, cet article cherche à dépasser la conception académique habituelle du positionnement « entre le marteau et l'enclume » des cadres infirmiers dans les hôpitaux. L'analyse comparative de la mise en œuvre de deux expériences de démarche qualité, l'une en Angleterre l'autre en France, dans un contexte de restructuration en Pôles (France) ou plus anciennement en Clinical Directorates (Angleterre), permet de montrer comment les cadres s'emparent des contraintes gestionnaires et des référentiels de performance. La comparaison montre que, inscrites dans des histoires organisationnelles et professionnelles propres à chaque pays, les cadres se saisissent différemment des marges de manœuvre créées par la tension entre « gouvernementalité » et « gouvernance ». Il apparaît ainsi que, en France, l'enjeu se situe au niveau de la reconnaissance professionnelle collective, que symbolise le rôle tenu par l'Institut de Formation des Cadres de Santé dans l'expérience étudiée. En Angleterre c'est le pouvoir des cadres, au niveau de chaque établissement, qui est en cause ; en atteste la transformation de l'organigramme fonctionnel qui accompagne la mise en œuvre du référentiel « Essence of care ». Chemin faisant les normes de qualité sont ainsi amenées à être redéfinies par les acteurs censés les appliquer.

Rothier-Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care : les enjeux de la professionnalisation infirmière*, Paris : Editions Lamarre

<https://www.espaceinfirmier.fr/boutique/livres/WL3068/entre-cure-et-care-les-enjeux-de-la-professionnalisation-infirmiere.html>

La conception du soin qui prévaut au XX^e siècle trouve son origine dans un modèle centré sur le curatif (Cure) qui tend à s'opposer aux situations qui requièrent un investissement relationnel étalé dans la durée (Care). Le soin a changé. Les progrès constatés dans de nombreux traitements au cours du XX^e siècle ont participé à la production d'une nouvelle culture du soin du XXI^e siècle dont le centre n'est plus l'hôpital, mais l'articulation des situations de soins hospitalières, au domicile des patients, et dans des structures d'accueil intermédiaires. Les traitements permettent désormais de continuer à vivre, souvent longtemps, tout en restant malade. Nombreux sont ceux qui continuent à vivre tout en se soignant continuellement. Ils sont donc amenés à entretenir une relation régulière avec leurs soignants, en participant activement au meilleur maintien de leur état de santé et en s'intéressant de près à la pathologie dont ils sont atteints. Sous-estimer le travail du « prendre soin » (care), revient à mettre en péril les possibilités curatives. Ce processus entretient malaise et désaffection chez les professionnels de santé et déficit de confiance du côté des patients. Cet ouvrage montre, à partir de l'étude de la professionnalisation des infirmières, comment les modèles de formation et de division du travail des soignants, qui se sont édifiés tout au long du siècle dernier, ont générée ces situations contreproductives. La

révision des parcours de formation, fréquemment débattue mais artificiellement résolue par le nouveau référentiel de septembre 2009, s'appuie toujours sur les mêmes modèles professionnels et perpétue, de ce fait, les obstacles à la prise en compte des besoins croissants d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Comment les soignants vont-ils se saisir du malaise qu'ils traversent, pour construire, avec les patients, une nouvelle culture du soin, à l'heure où les réseaux de soins se développent et où l'autonomie est devenue une valeur suprême ? Par son exploration des problématiques du soin et des logiques d'acteurs, cet ouvrage est indispensable pour comprendre les enjeux des professions paramédicales et envisager des stratégies d'avenir.

2011

Barlet, M. et Cavillon, M. (2011). "La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections aux niveaux national et régional." Etudes Et Resultats (Drees) (760) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er760.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9F8qR0xo. Diffusion soumise à autorisation]. L'évolution du nombre d'infirmiers en activité dépend des choix professionnels des infirmiers et des décisions des pouvoirs publics. Les projections ici présentées permettent de simuler, sous certaines hypothèses, les effets probables de mesures de régulation et de changements de comportements sur l'évolution des effectifs d'infirmiers. En maintenant constants les comportements des infirmiers et les décisions des pouvoirs publics (scénario tendanciel), le nombre d'infirmiers en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030 mais à un rythme de moins en moins soutenu. La répartition des infirmiers par mode d'exercice serait assez peu modifiée, l'hôpital public restant le mode d'exercice le plus fréquent : environ 50 % des infirmiers continueraient d'y exercer. Enfin, les écarts entre les densités régionales d'infirmiers libéraux devraient se réduire fortement. Trois autres scénarios ont été modélisés afin de simuler l'impact de différentes mesures sur les effectifs à l'horizon 2030. La réforme des retraites comme la réforme statutaire des infirmiers salariés de l'hôpital public conduirait à augmenter de 4 % les effectifs d'infirmiers en 2030. Cette hausse toucherait tous les secteurs d'activité s'agissant de la réforme des retraites, mais les seuls salariés de l'hôpital public pour la réforme statutaire.

Barlet, M. et Cavillon, M. (2011). "La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles." Etudes Et Resultats (Drees) (759) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE I9kpkR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Au 1^{er} janvier 2010, près de 520 000 infirmiers en activité en France sont recensés. Cette profession a vu ses effectifs multipliés par 1,7 en 20 ans. En 2010, on compte plus de 800 infirmiers en activité pour 100 000 habitants. Cette profession, féminine à 88 %, travaille principalement à l'hôpital public (49 % des effectifs). Les infirmiers, en particulier les libéraux, ne se répartissent pas également entre les régions et, en 10 ans, ces fortes disparités spatiales ne se sont pas réduites. Les migrations régionales sont peu fréquentes mais se font toujours au profit (ou au détriment) de certaines régions. Classiquement, les régions du Sud profitent de ces flux migratoires. Les hommes sont plus enclins à changer de mode d'exercice et à choisir de s'installer en libéral. Enfin, les infirmiers salariés des hôpitaux publics cessent leur activité en moyenne à 56 ans, ceux des hôpitaux privés à 59 ans et les libéraux à 61 ans.

Colson (2011). "Le contexte français d'émergence des pratiques avancées infirmières." CAHIERS DE LA PUERICULTRICE 46(244) : 25-28.

L'évolution de la demande de soins du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques d'une part, les difficultés d'accès aux soins dans certaines régions d'autre part, font partie des facteurs favorisant l'émergence des pratiques avancées infirmières. Cet article replace le concept des pratiques avancées dans le contexte de ces dernières années avec l'évaluation des expérimentations de coopérations entre professionnels de santé, la réforme des études infirmières et son impact sur les infirmiers en exercice chargés d'assurer le tutorat des étudiants, sur la formation des infirmiers spécialisés - anesthésistes, de bloc opératoire, puéricultrices - et sur celles des cadres de santé. Le réseau international de pratiques avancées préconise une formation de niveau master pour les infirmières de pratiques avancées. A ce jour, une seule formation de ce type a été mise en place - le master de sciences cliniques infirmières en partenariat entre l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Université de la Méditerranée à Marseille - et le cadre législatif concernant l'exercice de ces futurs infirmiers de pratiques avancées reste à définir.

Delarue, N., Begue, M. (2011). Le phénomène du turn-over infirmier : une culture professionnelle en mutation ? Paris : AP-HP ; Université Paris 09.

Des Augustines de l'Hôtel-Dieu à l'infirmière d'aujourd'hui, la profession infirmière a évolué en passant d'une vocation à une véritable discipline. L'évolution de l'hôpital, de la société, de la demande et de l'offre de soins ont influé sur la conception des soins et du métier. Parallèlement, les nouvelles générations de professionnelles arrivent sur le marché du travail avec de nouvelles attentes, différentes des générations plus anciennes. Cette évolution générationnelle des conceptions du travail modifie la culture du métier. Ce travail de recherche s'intéresse au phénomène du turn-over infirmier à l'hôpital, cette rotation fréquente et accélérée de personnel qui touche aujourd'hui les équipes soignantes. La problématique de ce travail est la suivante : "le turn-over infirmier traduit-il une mutation de la culture professionnelle infirmière ?". La méthodologie de recherche se décline en une analyse sociologique et historique de l'hôpital et de la profession infirmière. Elle consiste également en une analyse de terrain à partir d'entretiens semi-directifs de plusieurs catégories de professionnels concernés par le turn-over des infirmiers (infirmiers, cadres et cadres supérieurs de santé, directeur des soins). (R.A.).

Le Breton, D. (2011). "Nourrir la pratique des soins infirmiers à la source d'une humanité partagée." REVUE DE L'INFIRMIERE (167) : 28-30.

L'hospitalisation est, en principe, une expérience rare au cours de laquelle l'hôpital est vécu comme un monde à part. En rupture avec sa relation familière au monde, le patient se vit comme un objet de soins. L'auteur, sociologue, explique en quoi, dans ce monde sans repère, la présence et la proximité de l'infirmière peuvent se montrer rassurantes.

Liuu, E. (2011). Éducation thérapeutique du patient diabétique de type II dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle : impact de l'infirmière de santé publique de l'association ASALEE. Poitiers : Université de Poitiers.

Poineuf, A. et Le Gagne, A. (2011). Équipe mobile de gériatrie : l'infirmière au centre de l'évaluation gériatrique : évaluation par une enquête de satisfaction au centre hospitalier de Saint-Malo. Rennes : Université de Rennes 1.

Ponet, B. (2011). Infirmière en psychiatrie (un nom commun pour l'innommable ?). Folie, leçon de choses. Toulouse, ERES : 385-389.

De plus en plus d'infirmiers doivent assurer seuls, notamment dans le cadre extra-hospitalier, des prises en charge psychiatriques lourdes, qui demandent une réelle inventivité et de solides ressources personnelles pour affronter la folie de l'autre, sans s'y laisser englober, tout en la respectant. Les familles, appelées aujourd'hui « aidants naturels », compensent toujours davantage les défaillances du service public alors qu'elles n'ont que leur bonne volonté et leur amour filial pour faire face à la maladie de l'un des leurs qui met à mal tous les liens. À travers des récits à forte intensité, élaborés autour des rencontres avec les patients, l'auteur, infirmière en psychiatrie depuis de longues années, donne des outils pour penser la folie et défendre le cadre de soins, si souvent attaqué au nom de raisons budgétaires à l'efficacité douteuse. À l'heure où la société fragilisée par la crise accentue ses discriminations et où la peur est souvent utilisée pour protéger les pouvoirs, témoigner que la rencontre avec l'autre, pris dans sa folie, est possible, sans céder à la complaisance ou à la fascination, peut-être une leçon d'espoir. Blandine Ponet exerce comme infirmière dans un hôpital psychiatrique. Titulaire d'un DESS de psychopathologie clinique, elle anime des ateliers de lecture de poésie dans le cadre de son activité professionnelle et à la médiathèque de Toulouse. Elle est membre du comité de rédaction de la revue *Empan*.

Prato, A. (2011). *Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de Asalée Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience*. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1.

2010

Cnamts (2010). *Démographie des infirmiers libéraux : des résultats positifs pour l'accord conventionnel d'avril 2009*, Paris : Cnamts
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dp_Bilan_demographie_infirmieres_vdef.pdf

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire constitue un thème majeur pour l'accès aux soins des patients, l'exercice des professionnels concernés et les contours de l'offre de soins pour les années à venir. Dans le cadre des négociations conventionnelles nationales, les représentants des infirmiers libéraux et l'assurance Maladie ont signé, en avril 2009, un accord innovant (Avenant n°1 à la Convention) pour améliorer l'accès aux soins et rééquilibrer l'offre de soins infirmiers entre les régions. Expérimenté sur une durée de 2 ans, le dispositif mis en place s'appuie sur une incitation à l'installation dans les zones très sous-dotées au travers d'une aide financière de l'assurance Maladie et, en parallèle, une régulation des installations dans les zones sur-dotées.

Barlet, M. et Cavillon, M. (2010). "La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles." *Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail – Drees (101) : 47, tabl., graph.*
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud101-2.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE oH9C9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Avec près de 500 000 infirmiers en activité au 1^{er} janvier 2009 en France, la profession infirmière est la première profession de santé en termes d'effectifs devant les médecins (209 000), les pharmaciens (73 000) et les masseurs-kinésithérapeutes (66 000). Dans les années à venir, deux phénomènes d'envergure vont renforcer le besoin en infirmiers. D'une part le vieillissement de la population et d'autre part la baisse prévisible du nombre de médecins de 10% dans les dix prochaines années. Ainsi, même si les effectifs infirmiers sont en constante augmentation, il faudra veiller à assurer l'adéquation entre offre et besoins.

Barlet, M. et Collin, C. (2010). "Localisation des professionnels de santé libéraux." Serie Statistiques - Document De Travail – Drees (149) : 27-56, tabl., cartes.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_localisation_pro_sante_cns2009.pdf

La présente étude s'intéresse à la localisation des professionnels de santé libéraux de premier recours (médecins généralistes, pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) ainsi qu'à certains des médecins spécialistes en accès direct (en pédiatrie, en ophtalmologie, en gynécologie) en France métropolitaine en 2008. À l'échelle des bassins de vie, les médecins et les pharmacies sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires. Les médecins généralistes libéraux et les pharmacies sont situés là où se trouve la population. Ainsi, même s'il peut exister localement des problèmes d'accès géographique à ces professionnels, ce résultat suggère que ce phénomène est globalement limité. Les autres professionnels de premier recours sont un peu moins bien répartis que les médecins généralistes libéraux. Enfin, les médecins spécialistes présentent l'adéquation avec la population la plus faible des professions étudiées. L'étude distingue pour les médecins généralistes les médecins de moins de 40 ans. Ces derniers ne sont pas aussi bien répartis sur le territoire que leurs confrères au regard de la répartition de la population. L'étude des situations de colocalisation (présence simultanée dans une même zone géographique) montre que les autres professionnels de santé et, en particulier les médecins spécialistes, tout en étant moins bien répartis sur le territoire que leurs confrères généralistes, sont plus fréquemment présents parmi les équipements ou services à proximité des médecins généralistes libéraux que sur l'ensemble du territoire. Les médecins généralistes de moins de 40 ans sont, quant à eux, plutôt installés à proximité d'un de leurs jeunes confrères.

Cnamts (2010). Démographie des infirmiers libéraux : des résultats positifs pour l'accord conventionnel d'avril 2009, Paris : CNAMTS

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dp_Bilan_demographie_infirmieres_vdef.pdf

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire constitue un thème majeur pour l'accès aux soins des patients, l'exercice des professionnels concernés et les contours de l'offre de soins pour les années à venir. Dans le cadre des négociations conventionnelles nationales, les représentants des infirmiers libéraux et l'assurance Maladie ont signé, en avril 2009, un accord innovant (Avenant n°1 à la Convention) pour améliorer l'accès aux soins et rééquilibrer l'offre de soins infirmiers entre les régions. Expérimenté sur une durée de 2 ans, le dispositif mis en place s'appuie sur une incitation à l'installation dans les zones très sous-dotées au travers d'une aide financière de l'assurance Maladie et, en parallèle, une régulation des installations dans les zones sur-dotées.

Cnamts (2010). "Sophia : premiers résultats des études de satisfaction auprès des adhérents et des médecins." Point D'information (Cnamts): 14.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_sophia_26jan2010.pdf

Comme dans la plupart des pays développés, le diabète représente en France un enjeu de santé publique majeur : 2,5 millions de personnes diabétiques en France dont 8 sur 10 sont prises en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée. En matière de soins préventifs délivrés aux patients diabétiques, une étude récente du Commonwealth Fund montre que la France a encore du retard. Seuls 31 % des adultes diabétiques ont un suivi complet comprenant les quatre examens recommandés que sont l'hémoglobine glyquée, l'examen des pieds, l'examen du fond de l'œil et le bilan du cholestérol. D'autres pays comme les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont à 60 % voire à près de 70% de patients

bénéficiant d'un suivi complet. D'importants progrès restent à accomplir malgré les évolutions positives enregistrées ces dernières années dans la prise en charge des malades. C'est pourquoi l'Assurance Maladie a fait de l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques l'une de ses actions prioritaires pour mieux prévenir l'apparition des complications, souvent très graves. Du côté des médecins, des indicateurs conformes aux référentiels de prise en charge du diabète ont été intégrés dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Avec sophia, l'Assurance Maladie poursuit l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients et mieux prévenir les complications liées à leur maladie.

Debout, Cailleux, K. et Rothan, T. (2010). "Construire un dispositif de formation en pratiques avancées en soins infirmiers." SOINS (751) : 48-50.

Les évolutions de l'exercice infirmier en France et les caractéristiques sanitaires de la population appellent à promouvoir le développement de l'expertise. Si les réflexions quant à l'intérêt et aux modalités de transposition du concept de pratiques avancées en soins infirmiers se poursuivent à l'échelon national, un master dédié est toutefois proposé par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes, depuis 2009. Présentation. (NDLR).

Lefevre (2010). ""Réflexions épistémologiques sur les sciences humaines, la médecine et les sciences en soins infirmiers"." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS (102) : 4-13.

L'article se compose de deux réflexions sur l'épistémologie des sciences humaines. Dans une première partie, l'auteur part de la question : "Peut-il y avoir une science de l'individualité humaine comme entité totale, indivisible ?". Elle montre que la constitution de toute science humaine est liée, depuis le XIXe siècle, à la question de sa distinction et de son articulation avec les sciences biologiques. Dans une seconde partie, l'auteur montre, en suivant certaines réflexions de G. Canguilhem, que toute science de l'homme possède un sens, porte un projet anthropologique, affirme des valeurs à partir desquelles elle constitue ses questions et ses objets. Dans cette perspective, l'auteur avance qu'il est indispensable de mener une réflexion à la fois épistémologique et éthique sur la conception de l'homme que nourrissent la médecine et les sciences qu'elle utilise. (Adapté du texte). Cet article a fait l'objet d'une intervention lors des Journées d'Étude de l'ARSI les 21 et 22 janvier 2010.

Mans, O. et Leyreloup, A.-M. (2010). "Les infirmiers du désordre." VST - Vie sociale et traitements 107(3) : 126-127.

Quels responsables, quels cadres pour les équipes, les services et les établissements ? Comment diriger, comment encadrer, et comment y être formé ? Cette question se pose-t-elle différemment aux trois niveaux de la fonction de direction : de services ou de petites structures, d'établissements, d'associations de gestion ? Comment accède-t-on aujourd'hui aux fonctions de direction : voie promotionnelle ou voie « universitaire » ? Quels « modèles » y a-t-il derrière ces choix ? La « gouvernance » est-elle un concept neutre ?

2009

Bailly (2009). "Les pôles d'activité au service de la reconstruction identitaire infirmière." SOINS CADRES (71) : 20-22.

Il est complexe de définir avec clarté, fiabilité et exhaustivité l'identité infirmière. Celle-ci permet cependant à chaque professionnel de se construire, de se développer et de s'épanouir. Véritables bouleversements organisationnels au sein des établissements publics de santé, les pôles d'activité favorisent néanmoins une certaine reconstruction identitaire infirmière. (R.A.).

Broutelle (2009). "Infirmière : une profession problématique." REGARDS CROISES SUR L'ECONOMIE (5) : 178-180.

La profession infirmière a fait l'objet de nombreuses recherches de sciences humaines et sociales, qui l'abordent généralement sous l'angle des questions d'identité et de reconnaissance professionnelles, dont elle offre en effet un observatoire privilégié mêlant des perspectives de sociologie des professions, de sociologie du genre et de sociologie de l'action collective.

Broutelle, A.-C. (2009). "Infirmière : une profession problématique." REGARDS CROISES SUR L'ECONOMIE 5(1) : 178-180.

https://ideas.repec.org/a/cai/rpvedb/rce_005_0178.html

Le système de soins français fait figure de modèle, mais sa pérennité est menacée. Pourquoi ? Et comment changer de direction ? Si l'on vit en moyenne plus longtemps en France que presque partout ailleurs, les inégalités ne cessent de se creuser. Déserts médicaux et dépassements d'honoraires compromettent l'égal accès de tous aux soins. On ne pourra pas briser cette spirale sans une remise à plat des principes de la médecine libérale ! Les Français ont la chance de bénéficier d'une couverture maladie de base universelle et généreuse. Mais sa cohésion s'effrite silencieusement sous l'effet de l'augmentation des dépenses de santé. Faut-il accepter une assurance à deux vitesses ? Combien sommes-nous prêts à payer pour la Sécurité sociale de demain ? Afin d'équilibrer les comptes, les pouvoirs publics ont multiplié les mesures de « responsabilisation financière des patients », dont l'efficacité est douteuse et l'iniquité avérée. Ce discours comptable a occulté la nécessité d'agir pour accroître l'efficacité de l'offre de soins. Comment réformer l'hôpital et mieux piloter les différents acteurs de la santé ? C'est à une révolution de la régulation de la santé qu'appelle ce numéro de Regards croisés sur l'économie, pour préserver un système de soins unique au monde.

Cnamts (2009). "Les infirmiers s'engagent avec l'Assurance Maladie à améliorer l'accès aux soins des assurés." Point D'information (Cnamts) : 1-9.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_infirmiers.pdf

En 2007, 55 646 infirmiers exercent en libéral. Si leur nombre progresse de 1,9% en moyenne par an depuis 1995, cette augmentation a été de 4,4 % entre 2006 et 2007. En moyenne, on compte en France 90 infirmières pour 100 000 habitants mais ce chiffre recouvre d'importantes variations entre le Nord et le Sud de la France. La densité est inférieure à 30 dans certains départements d'île de France, alors qu'elle est supérieure à 200 dans le Var, le Gard, Hérault, les Bouches du Rhône, les Pyrénées Orientales et la Corse. Cette répartition démographique a des conséquences sur l'activité des infirmières, moins elles sont nombreuses plus elles pratiquent des actes techniques (AMI) et plus elles sont nombreuses, plus elles réalisent des soins infirmiers (AIS). Ainsi dans l'Aube, une infirmière fait en moyenne 12 421 actes techniques (AMI) par an alors que la moyenne nationale est inférieure à 6 000. A l'inverse, dans le Var, un professionnel compte 5 140 actes en AIS par an pour une moyenne nationale inférieure à 3 000. Par ailleurs, si en moyenne une infirmière a 290 patients différents, elle en a 753 dans la Sarthe et seulement 107 dans les Bouches-du-

Rhône. Conscientes de cette situation qui pose dans certains endroits des problèmes d'accès aux soins aux patients et crée de fortes contraintes pour des infirmières isolées et surchargées de travail, la profession et l'assurance Maladie mettent en œuvre un dispositif innovant pour rééquilibrer la répartition géographique. L'accord conventionnel signé en septembre dernier entre en vigueur le 18 avril 2009 et comprend notamment deux dispositifs distincts : Une régulation de l'installation : toute nouvelle installation dans les zones sur dotées est conditionnée au départ d'une infirmière de la zone ; Une aide à l'équipement : dans les zones sous dotées, l'assurance Maladie facilite l'installation et le maintien des infirmières avec une aide à l'équipement du cabinet de 3 000 euros par an et la prise en charge des cotisations familiales pour une période de trois ans. Enfin, pour accompagner la profession dans son évolution, l'assurance Maladie poursuit la revalorisation des tarifs des actes infirmiers qui correspond à une augmentation de 5,3 % des tarifs des actes.

Destrebecq, Lusignani et Terzoni (2009). "Enquête nationale sur l'activité effectuée par les infirmiers et le personnel aide soignant dans les consultations en Italie." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 49(2) : 137-166.

Dans les consultations, l'infirmier prend en charge un pourcentage élevé d'activités (39 %) qui ne sont pas propres à ses compétences. Plus précisément, il ya des activités de compétence du personnel administratif ou d'autres opérateurs sanitaires (22 %), plus des activités attribuables aux aides-soignants (17 %) que les infirmiers déroulent. Par exemple, dans la catégorie "Rangement de l'unité de soins" l'infirmier effectue 70% des activités prévues. L'enquête a relevé que la sous-utilisation des aides-soignants influence ces problèmes ; dans l'ensemble, nos données nous portent à considérer que nous pourrions potentiellement récupérer 45 % du temps journalier des infirmiers, s'il était possible d'attribuer aux aides-soignants et au personnel administratif les activités qui ne sont pas de compétence des infirmiers. La "délégation" de certaines activités à ce personnel, produirait une série de conséquences positives, par exemple la valorisation des compétences de l'infirmier ; une meilleure qualification et une identification de l'apport de l'infirmier au bien-être des citoyens ; un emploi adéquat et approprié des ressources professionnelles ; la différenciation des soins, concentrant l'attention sur les patients qui présentent une complexité d'assistance majeure ; le développement de compétences cliniques de la part de l'infirmier ; la consolidation du rôle éducatif fondamental pour réaliser une bonne prévention et l'amélioration de la qualité des soins infirmiers. (Extrait Résumé d'auteur).

Lecaille, C., Lorreyte, M.-H. et Delattre, J.-Y. (2009). "Infirmière référente un nouveau rôle dans le système de soins ?" Laennec 57(1) : 42-55.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=431451>

Résumé : Fruit d'une concertation étroite menée en référence à la prise en charge des patients atteints de tumeurs cérébrales, riche d'une double formation théorique et pratique, la nouvelle fonction d'infirmière référente mise en place à La Pitié-Salpêtrière s'exerce à l'interface de multiples interlocuteurs : le malade et sa famille, certes, mais aussi les différents acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers.

Roman, R. (2009). "Les rapports Berland. Les nouvelles responsabilités des infirmiers." GESTIONS HOSPITALIERES (484) : 173-176.

Les rapports Berland qui se sont récemment succédé posent les conditions et les principes de la possible délégation de certaines tâches médicales en faveur des infirmiers. Plusieurs expérimentations ont eu lieu. Elle se sont déroulées au sein de quelques établissements

hospitaliers pilotes, dans différentes unités de soins à orientation médicale ou chirurgicale. L'intérêt de cet article vise à repérer les éléments problématiques qui surgissent du point de vue du rôle et de la responsabilité des infirmiers, en regard du contexte et du cadre ainsi posés. (R.A.).

2008

Bouchayer, F. (2008). Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral : Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes : Approche sociologique de la fonction soignante de proximité. Marseille Ehes ; Shadyc : 125.

Ce projet vise à mieux connaître et « décrypter » les pratiques et les attitudes des médecins (généralistes) et des paramédicaux (infirmières et kinésithérapeutes) « tout venant » exerçant en libéral et amenés, de fait, à avoir dans leur clientèle une part et un nombre plus ou moins importants de personnes âgées. Une majeure partie du suivi médical de la population âgée et très âgée est assurée par ces professionnels. Or peu de recherches en sciences sociales en France ont été consacrées à leurs activités dans ce domaine. L'attention s'orientera de façon privilégiée vers ce qui relève des attitudes de ces professionnels à l'égard des patients, et à la manière dont ils « vivent » et pratiquent leur métier, en général et vis-à-vis des patients âgées. Cette approche s'inscrit dans une réflexion plus générale sur les processus d'appropriation de leur métier et d'élaboration progressive des univers professionnels par les acteurs engagés dans la pratique soignante, en accordant une place centrale à la « présence des patients ».

Buchet-Molfessis, C. (2008). "Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 92(1) : 68-94.

https://ifpek.centredoc.org/index.php?lvl=notice_display&id=77190

Bien que la profession d'infirmière soit réglementée, il existe des glissements de tâches de l'infirmière vers l'aide-soignante, dans les services hospitaliers. Si les différents décrets sont bien portés à la connaissance des étudiants, leur pratique professionnelle ne semble pas refléter l'intégration du contenu de ces textes. Dans le contexte actuel d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, cette étude propose d'explorer le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés concernant le dépassement de fonction. L'observation a lieu à partir d'un institut de formation et de l'hôpital auquel il est rattaché. L'enquête, basée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de formateurs et de jeunes diplômés, montre des situations où le positionnement en matière de responsabilité et d'analyse des risques est peu clair.

Bungener, M. (2008). "Un défi multiforme et actuel pour la profession infirmière et une recherche en soins infirmiers en France : s'inscrire dans le processus en cours de mutation de la recherche en santé publique." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 93(2) : 127-128.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=389238>

Dubois Fresney, C. (2008). "Radioscopie de la profession infirmière au XXI^{ème} siècle." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 93(2) : 40-43.

https://ch-cnp.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=7349

Estryn-Béhar, M. (2008). 1. La situation des infirmiers. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes, Presses de l'EHESP : 25-76.

Irdes - Pôle de documentation - M.-O. Safon, V. Suhard - Relecture : C. Fournier, L. Michel

Page 187 sur 300

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.epub

https://opac.saphirdoc.ch/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1302&shelfbrowse_itemnumber=782751

Analyser les raisons pour lesquelles les paramédicaux hospitaliers quittent prématurément leur profession et formuler des préconisations pour prévenir ce phénomène : tels étaient les buts de l'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail – Nurses' Early Exit Study). L'ampleur et la représentativité de l'échantillon de cette étude ont permis un traitement exhaustif des causes du mal-être des soignants. Ce mal-être n'est pas sans remèdes, lesquels ne sont pas nécessairement budgétivores. C'est ce qu'entend démontrer ici Madeleine Estryng-Behar à partir des résultats de PRESST-NEXT. L'ouvrage est conçu pour permettre au lecteur de s'emparer aisément des éléments de diagnostic et des préconisations correspondantes. Chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT. Il se clôt sur un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés. Des fiches actions finales proposent des solutions applicables à l'échelon local.

Ferretti, C. et Garrouste, C. (2008). "Les sept premières années de carrière des infirmiers diplômés en 1998." *Etudes Et Resultats (Drees)* (671) : 8, graph., tabl., cartes.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er671.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9R0xHFo8. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude est réalisée à partir des données de l'enquête Génération 98 du Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ). Elle porte sur le parcours professionnel des infirmiers, au cours des sept années suivant leur sortie de formation. Ainsi, les infirmiers s'insèrent plus facilement que les autres diplômés de niveau proche ou équivalent, ils accèdent rapidement à des emplois stables, pour lesquels ils sont rarement contraints de quitter leur région d'origine. A leur sortie de formation initiale, leur rémunération est meilleure que celle des autres diplômés. Cependant, leurs revenus réels évoluent plus faiblement et constituent une source d'insatisfaction. Mais, au sein de la profession, les infirmiers spécialisés (puéricultrices, infirmiers psychiatriques, autres spécialités), salariés du secteur public sont mieux rémunérés que ceux du privé.

Foucaud, J., Moquet, M. J., Rostan, F., et al. (2008). "Etat des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France : Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé." *Evolutions* (10) : 6.

http://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=5954

Le dixième numéro de la collection "Évolutions" dresse un état des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé (EPS) en France. Il rapporte les résultats d'une enquête nationale explorant les enseignements en EPS de 10 professions de santé (diététiciens, puéricultrices, sages-femmes, médecins, pharmaciens, dentistes, cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes, podologues et infirmiers), réalisée auprès de 527 établissements. Il traite des approches pédagogiques utilisées et des facteurs qui favorisent la mise en place des enseignements en EPS. Les résultats de cette enquête constituent une aide pour le développement de la formation en EPS et ils pourront servir de référence à des fins évaluatives.

Jeandet-Mengual, E. et Reboul, J. B. d. (2008). Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers : note définitive. Paris IGAS ; La documentation française : 180.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000329.pdf>

Le ministre de la santé et des solidarités avait demandé en avril 2007 à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qu'intervienne une mission d'analyse et de réflexion, en relation avec les professionnels, concernant l'organisation globale de l'offre en soins infirmiers, sous la forme d'un groupe de travail piloté par l'inspection générale et destiné à recueillir des contributions ouvertes et partagées par l'ensemble des professionnels sur ce sujet. Cette mission a été confirmée par le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et a démarré de manière effective en septembre 2007. Il s'agissait d'étudier les moyens de renforcer la cohérence de l'offre et de formuler des propositions pour garantir la présence d'une offre en soins infirmiers de qualité sur l'ensemble du territoire tout en assurant la complémentarité des différents intervenants (offre de soins infirmiers libérale, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), centres de soins infirmiers (CSI), compte tenu du constat d'une très grande disparité géographique de la répartition de l'offre en soins infirmiers.

Morelle, A., Veyret, J., Lesage, G., et al. (2008). Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales. Rapport IGAS ; n° RM2008-081P. Paris IGAS: 146, 147 annexes.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evaluation_impact_dispositif_LMD.pdf

Le présent rapport se penche sur la « reconnaissance des diplômés d'Etat professionnels paramédicaux et de sages-femmes par référence au schéma universitaire européen Licence-Master-Doctorat » (LMD). La mission juge légitime et positive cette démarche visant à prendre en compte la reconnaissance de ce cursus dans le cadre du système LMD, compte tenu notamment d'une forte attente de la part des étudiants et des professionnels à ce sujet. Elle s'attache à déterminer les professions paramédicales concernées par la mise en œuvre du LMD, pose la question de l'« universitarisation » des formations paramédicales et s'interroge sur l'impact financier de la réforme. A l'issue de ses analyses, la mission préconise trois orientations : le choix d'une universitarisation maîtrisée, le respect des spécificités des différentes professions concernées, ainsi que la nécessaire clarification avec l'échelon régional (résumé d'auteur).

Saint,-Pulgent, N., O'Mahony, P., Mauss, H., et al. (2008). Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages-femmes et des aides aux étudiants. Paris Igas : 58, ann.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000339.pdf>

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales (loi LRL) organise, entre autres, le transfert des compétences du financement des écoles et instituts de formation ainsi que de l'attribution des aides aux étudiants inscrits dans ces établissements à la fois dans le domaine sanitaire (professionnels paramédicaux et sages-femmes) et dans le domaine social (travailleurs sociaux). Le rapport conjoint IGAS-IGA-IGF présente une évaluation de ce dispositif et émet des préconisations relatives au calcul de la compensation liée au transfert des charges des écoles, à la compensation du transfert de la charge des bourses des élèves dans le domaine sanitaire ou encore à la compensation pour les bourses des étudiants en travail social.

2007

Candeias (2007). "The Utilization of a Patient Classification System to Improve Nursing Effectiveness ; Le recours à une typologie des patients pour améliorer l'efficacité des infirmières." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 47(3) : 315-330.

Le système de classification des patients présenté dans cet article est un instrument de gestion et de planification de l'allocation des effectifs infirmiers en fonction des besoins de soins. Le but de cette analyse écologique est de voir si une gestion plus efficiente des effectifs infirmiers permet de réduire certains résultats indésirables. Les données ont été recueillies rétrospectivement dans trois unités d'un hôpital : médecine, chirurgie, orthopédie. Les déterminants principaux des résultats de santé sont d'abord trois variables liées à la gestion : le nombre d'heures de soins infirmiers requises, l'écart entre les heures requises et les heures travaillées et le taux d'utilisation de soins infirmiers. S'ajoutent des variables de besoins, comme l'âge des patients et le mois d'observation. Le résultat le plus important de cette étude est d'avoir montré une corrélation entre la gestion des soins infirmiers et les résultats de santé. (Résumé d'auteur).

Cram (2007). Les services de soins infirmiers à domicile : moyens humains et financiers, évaluation et perspectives de fonctionnement. Nantes Cram : 55, tabl., carte, graph., ann.

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) constituent un maillon important de la politique de maintien à domicile et seront, dans ce cadre, amenés à se développer dans les prochaines années. Le plan "Solidarité - Grand Âge" présenté en juin 2006, prévoit en effet l'augmentation de 40 % du nombre de places en 5 ans. L'Assurance Maladie apporte un soutien financier déterminant aux SSIAD : ainsi, le financement exclusif de l'Assurance Maladie à ces services a fortement évolué, en doublant pratiquement au cours des dernières années, pour passer de 28,26 millions d'euros en 1995 à près de 55 millions en 2005. L'objectif de cette étude a été de réaliser une comparaison et une analyse des coûts de fonctionnement des 113 SSIAD de la région afin de mieux appréhender leurs fonctionnements et leurs rôles dans le dispositif de maintien à domicile des personnes âgées et handicapées.

Mattei (2007). "La profession infirmière et son intérêt pour les sciences humaines." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS (89) : 103-108.

Ce travail de recherche vise à étudier la question de l'intérêt des infirmières pour les sciences humaines. De fait, le développement de l'enseignement des sciences humaines, initié lors du diplôme unique de 1992, devait leur permettre de s'approprier les concepts théoriques de sciences humaines, qui associés aux autres enseignements favorisent une approche soignante holistique. Cependant, force est de constater qu'un certain nombre d'infirmières ne s'intéressent pas à ces disciplines enseignées, que sont la sociologie, la psychologie et l'anthropologie. L'orientation sociologique de ce travail nous a fait travailler autour de l'hypothèse, que si les infirmières ne s'intéressent pas à ces savoirs, peut-être est-ce en lien avec leur position sociale, telle que Bourdieu l'a conceptualisée. La recherche sur le terrain a consisté en l'exploitation statistique de 152 questionnaires, et a tenté de mesurer cet intérêt pour les sciences humaines et de le corrélérer avec le sexe, l'âge, l'origine sociale, l'ancienneté du diplôme et la spécialité d'exercice. (R.A.).

Ponet, B. (2007). L'intégration des infirmiers en service de psychiatrie : de la socialisation à la construction des compétences. Marseille : Université de Provence Aix-Marseille 1. Ufr Psychologie Sciences de l'Education. Département des Sciences de l'Education.

La réforme de 1992, instaurant un diplôme unique pour les infirmiers en soins généraux et les infirmiers en psychiatrie, a provoqué dans les hôpitaux psychiatriques une mutation culturelle dont les effets ont commencé à se faire sentir, de manière perceptible, ces dernières années. Pendant une décennie, les infirmiers, dotés de leur nouveau diplôme, ont été intégrés au compte-goutte ; puis, au fur et à mesure que les anciens infirmiers en

psychiatrie quittaient les services, ils y ont été accueillis massivement. Les difficultés liées à la discipline associées à l'inexpérience des équipes ont découragé bon nombre d'entre eux. Ce phénomène s'est tellement accentué dans certaines unités que les équipes sont composées exclusivement d'infirmiers dont les plus anciens ont deux ans de diplôme. Le problème de l'intégration, de l'acquisition des compétences, du positionnement professionnel se pose alors dans toute son acuité. A tous les échelons, un questionnement se fait jour sur les causes et les remèdes à ces difficultés : La formation initiale joue-t-elle son rôle ? Et si ce n'est pas le cas, quelles sont les causes ? L'absence de cadres formateurs compétents dans ce domaine ? L'investissement insuffisant des enseignements obligatoires ou optionnels prévus dans le programme ? L'absence de soutien au projet professionnel des étudiants ? L'insuffisance des terrains de stage ? En service, se soucie-t-on du passage de relais d'une génération à l'autre ? Les infirmiers sont-ils convaincus de leur rôle d'encadrement vis-à-vis des nouveaux ? La qualité de l'accueil offert aux nouveaux diplômés est-elle suffisante ? Le ministère de la santé a déjà conduit plusieurs enquêtes sur ces thèmes aboutissant le plus souvent à des recommandations dont les effets restent encore à mesurer. Une enquête de 2002, faisant un état des lieux de la qualité de l'enseignement de la psychiatrie dans les IFSI, préconise un certain nombre de propositions à la discrétion des directeurs d'établissement. En 2005, suite à l'évènement connu comme "le drame de Pau", le gouvernement édicte un Plan Psychiatrie et santé mentale contenant des mesures diversifiées et une allocation financière pour leur mise en œuvre. Ce plan doit se mettre en œuvre sur trois ans (2005-2008) et donner lieu ensuite à une évaluation. Concernant les infirmiers, les mesures préconisées tournent essentiellement autour de la création d'un tutorat organisé par l'institution. Actuellement, le tutorat n'a pas partout trouvé son rythme de croisière, certains hôpitaux ayant souhaité au préalable organiser la formation des tuteurs. Les DRASS également, ont organisé des groupes de travail visant à réunir et à mobiliser les professionnels sur ces thématiques. En PACA, un groupe de travail s'est réuni durant un an sur le thème de "l'harmonisation de l'enseignement de la psychiatrie" en souhaitant, bien entendu que cette harmonisation tire tout le monde vers le haut... Cette thématique a également donné lieu à de nombreux travaux universitaires ou professionnels : ainsi, nous trouvons, en 2006, les thèmes de la transmission des savoirs expérientiels, la mise en place du tutorat, le cadre de santé face au turn-over des infirmiers, la gestion des compétences, l'optimisation des compétences... Bien entendu, de nombreux autres facteurs contribuent à modifier profondément les aspects du dispositif de soins : tous les chiffres démontrent que la "demande" de soins a considérablement augmenté alors que le nombre de lits a été divisé par quatre en trente ans. Le nombre d'hospitalisations sous contrainte a aussi augmenté de manière très conséquente. La population des patients a changé, notamment sous l'influence de problèmes socioéconomiques, entraînant distension des liens sociaux et précarisation extrême. Le modèle gestionnaire s'est imposé petit à petit dans tous les hôpitaux et les impératifs de rationalité économique se heurtent au quotidien à d'autres considérations : "hébergement" des patients, faute de place dans le service dont ils dépendent et donc difficultés à envisager un traitement qui s'inscrit dans une durée nécessaire ; sorties précipitées ou insuffisamment préparées, le dispositif existant se concentre sur la prise en charge de la phase aiguë, au détriment des autres aspects de pathologies chroniques. Notre motivation pour ce thème de recherche trouve sa source dans notre positionnement professionnel : cadre formateur en IFSI depuis six ans, après un exercice de dix-huit ans comme infirmière en psychiatrie puis de cinq ans comme cadre de santé en soins généraux, nous avons la responsabilité de l'enseignement de la psychiatrie. Notre questionnement est le suivant : Que deviennent ces étudiants que nous avons formés une fois diplômés et affectés en service ? Quels professionnels sont-ils ? En quoi les enseignements pratiques, théoriques, transversaux et optionnels influencent-ils les professionnels qu'ils sont devenus ? Comment s'adaptent-ils ? Pourquoi choisissent-ils de rester ou de partir ? Et plus largement, que signifie être infirmier en psychiatrie (nouveau diplômé) en 2007 ? (Extrait intro.).

Vilbrod, A. et Douguet, F. (2007). "Les infirmières libérales et les autres professionnels du secteur sanitaire et social : une coopération jamais acquise, toujours à construire et à reconstruire." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees) : 51-64.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier2007hs.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE iR4nQR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les infirmières libérales entretiennent des relations régulières avec les multiples autres professionnels (libéraux ou salariés) qu'elles côtoient dans leur exercice quotidien. Avec les médecins généralistes, la communication est parfois difficile. Leur bonne connaissance de la vie des patients et de leurs besoins représente un atout quand il y a divergence de point de vue. Avec les pharmaciens, on observe des jeux d'alliance et d'entente implicite assez surprenants. Avec les personnels soignants y compris à domicile, il y a des enjeux de périmètre professionnel.

2005

Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousquès, J. (2005). "La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(95): 12.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf>

Cette étude a été commanditée et financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle s'inscrit dans les travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé, notamment dans le champ des soins primaires, et fait suite à une revue de la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, qui avait mis en évidence sa faisabilité et son efficacité (QES n° 65). Cette comparaison internationale de la coopération entre médecins généralistes et infirmières nous permet d'appréhender plus spécifiquement le contexte de développement, les formes et le contenu de cette coopération. Nous en livrons ici les principaux résultats descriptifs. Une prochaine publication proposera une analyse de ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires.

Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousques, J. (2005). "La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada." Etudes Et Résultats (406) : 12.

<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12813/1/er406.pdf>

Cette étude a été commanditée et financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle s'inscrit dans les travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé, notamment dans le champ des soins primaires, et fait suite à une revue de la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, qui avait mis en évidence sa faisabilité et son efficacité (IRDES, QES n° 65). Cette comparaison internationale de la coopération entre médecins généralistes et infirmières nous permet d'appréhender plus spécifiquement le contexte de développement, les formes et le contenu de cette coopération. Nous en livrons ici les principaux résultats descriptifs. Une prochaine publication proposera une analyse de ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires.

2004

Midy, F., Condinguy, S., Delamaire, M. L., et al. (2004). Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale : rapport 2004. Paris La Documentation française : 122, tab., graph.

<https://docplayer.fr/18969244-Ondps-tome-analyse-de-trois-professions-sages-femmes-infirmieres-manipulateurs-d-electroradiologie-medecale-ondps.html>

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé livre au public, avec ce premier rapport 2004, une synthèse générale, ainsi que quatre tomes thématiques sur les professions de santé en France. Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. Le tome 3 présente une analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières et manipulateurs d'électroradiologie médicale. Il fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

Midy (2004). "Sociologie : les paradoxes de la profession infirmière." SOINS (684) : 26-28.

Le paysage infirmier bénéficie aujourd'hui d'une visibilité importante qui fait apparaître des ambiguïtés internes : pénurie alors que le nombre d'infirmières augmente, pluralités professionnelles conduisant parfois à des clivages, positionnement difficile entre activités techniques et relationnelles. A l'heure où l'ensemble du système de soins connaît des bouleversements, les infirmières profiteraient d'une clarification collective et explicite de leur identité. (Intro.).

2003

Midy, F. (2003). "Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières : revue de la littérature 1970-2002." Questions D'economie De La Sante (Credes) (65) : 4.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf>

Les anglo-saxons utilisent le terme de " skill mix " pour décrire la variété des professionnels qui composent une équipe de soins et la répartition des tâches entre eux. Cette problématique, que l'on traduira par " répartition des compétences ", renvoie en France aux questions posées en termes de partage des tâches et des compétences, et de définition du contenu et des frontières des métiers. Cette analyse de la délégation de tâches du médecin généraliste à l'infirmière repose sur la bibliographie réalisée par le National Primary Care Research and Development Centre, qui comprend 888 articles internationaux de langue anglaise publiés entre 1965 et 1998 (Halliwell et al. [1999] ; Sergison et al. [1997]), et sur une actualisation pour la période 1998-2002. L'analyse complète et l'ensemble de la bibliographie sont disponibles sur le site du CREDES : www.credes.fr.

Midy, F. (2003). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. Document de travail Credes. Paris : Credes : 43.

Midy, F. (2003). Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans. Propos d'infirmières. Paris : Credes : 20.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'une formation en sociologie en juin 2003. L'auteur analyse les propos recueillis par Lidy Arslan et publiés dans l'ouvrage "Les infirmières" (Collection "Si c'était à refaire", éditions Seli Arslan, 2002, Paris). L'ouvrage restitue des

entretiens réalisés auprès d'infirmiers et infirmières libéraux ou hospitaliers. A partir de ce matériau brut, l'auteur propose une analyse transversale et thématique des propos tenus par les professionnels interviewés.

2002

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P. et Midy, F. (2002). L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile. Rapport Credes. Paris CREDES : 100, 131 graph., 114 tabl.

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/rap1390.pdf>

Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité a manifesté, en mai 2001, le souhait de clarifier "les modalités de coordination entre les infirmiers libéraux et les services sociaux". Cette étude est issue de l'Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec les Services d'Aide au maintien à Domicile (ECILAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en mai 2001 auprès d'un échantillon de professionnels infirmiers libéraux. Elle vise à décrire les actions de coordination du professionnel infirmier libéral avec le secteur de l'aide à domicile dans le but de mettre en place une aide au maintien à domicile d'un patient. La première partie de ce rapport présente la méthode de l'enquête sur laquelle l'étude s'appuie. La seconde partie décrit les échantillons d'infirmiers libéraux et de patients observés. La troisième partie informe sur le secteur de l'aide à domicile et précise la connaissance générale qu'en ont les infirmiers libéraux, en particulier sur le plan local. La dernière partie rapporte des cas de mise en œuvre concrète d'aides au maintien à domicile pour les patients, de l'évaluation des besoins aux solutions recherchées, en passant par les personnes ou organismes contactés, et précise les délais de réalisation et les circonstances des échecs.

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P. et Midy, F. (2002). "L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile." Questions D'economie De La Sante (Credes) (55) : 4.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes55.pdf>

L'Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec les Services d'Aide au maintien à Domicile (ECILAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en mai 2001 auprès d'un échantillon de professionnels infirmiers libéraux vise à décrire les actions de coordination du professionnel infirmier libéral avec le secteur de l'aide à domicile dans le but de mettre en place une aide au maintien à domicile d'un patient. Cette synthèse est issue du rapport "L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile".

Midy, F. (2002). Les infirmières : image d'une profession. Document de travail (Credes) : 40.

Midy, F. (2002). Substitution et qualité des soins : revue de la littérature, Paris : Cnamts.

Cette communication a été présentée lors du séminaire organisé en octobre 2002 par le Conseil Scientifique de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), à l'initiative de son Conseil Scientifique et en collaboration avec le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé. Cette revue de littérature a pour objectif de présenter des expériences étrangères de substitution.

2000

Com-Ruelle, L., Midy, F. et Ulmann, P. (2000). La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens. Rapport Credes. Paris CREDES : 164, 164 graph., 116 tabl., 166 ann.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1318.pdf>

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale qui a sollicité le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) pour une analyse des conditions d'exercice et de rémunération des professions de santé dispensant des soins infirmiers ou de nursing à travers les expériences menées dans d'autres pays européens (Royaume Uni, Suède, Allemagne). Dans la première partie du rapport, les auteurs présentent l'organisation de la profession en France et dans les pays retenus (ressources humaines et conditions de travail, organisation de la profession et domaine de compétence) ainsi que quelques exemples de réformes mises en place. Dans la seconde partie, les auteurs proposent une analyse et une comparaison internationale des principaux points développés dans la première partie.

Com-Ruelle, L., Midy, F. et Ulmann, P. (2000). "La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens." Questions D'economie De La Sante (Credes) (33) : 4, 1 graph., 2 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes33.pdf>

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale qui a sollicité le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) pour une analyse des conditions d'exercice et de rémunération des professions de santé dispensant des soins infirmiers ou de nursing à travers les expériences menées dans d'autres pays européens (Royaume Uni, Suède, Allemagne). Dans la première partie du rapport, les auteurs présentent l'organisation de la profession en France et dans les pays retenus (ressources humaines et conditions de travail, organisation de la profession et domaine de compétence) ainsi que quelques exemples de réformes mises en place. Dans la seconde partie, les auteurs proposent une analyse et une comparaison internationale des principaux points développés dans la première partie.

ÉTUDES INTERNATIONALES

2020

CII (2020). La profession infirmière, une voix faite pour diriger vers un monde en bonne santé : Journée internationale des infirmières 2020. Genève Conseil international des infirmières : 64.

<https://2020.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2020/03/IND Toolkit French FINAL.pdf>

Pour soutenir les infirmières en première ligne dans la lutte contre la flambée de COVID-19 et pour préparer la Journée internationale des infirmières, le 12 mai 2020, le Conseil International des Infirmières (CII) a publié aujourd'hui un référentiel contenant des ressources et des données probantes. Le rapport alterne des études de cas présentées par des infirmières du monde entier, affichant les méthodes innovantes de leur travail, avec des contributions de spécialistes expliquant le cœur du métier, les défis auxquels les soins infirmiers sont confrontés et la façon dont le potentiel des soins infirmiers peut être exploité. Il étudie de près les différents aspects des soins infirmiers ainsi que les moyens d'améliorer les conditions de travail, le leadership des soins infirmiers et la sécurité des patients. Outre

les études de cas figurant dans le rapport, le CII publie chaque semaine une nouvelle étude de cas sur le site Web du CII.

van het Bolscher-Niehuis, M. J. T., Uitdehaag, M. J. et Francke, A. L. (2020). "Community nurses' self-management support in older adults: A qualitative study on views, dilemmas and strategies." Health Soc Care Community 28 (1) : 195-203.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12853>

Abstract Providing self-management support is an appropriate task for community nurses. However, the support of self-management sometimes triggers tensions in practice. The aim of this study was to explore community nurses' views of self-management, the dilemmas community nurses face when providing support of self-management by older adults and the strategies they use to solve these challenges. A qualitative study was performed to collect data. Twenty-one community nurses from the eastern part of the Netherlands were recruited through purposive sampling. The interviews were audiotaped, transcribed verbatim and a thematic analysis was carried out. The results show that community nurses find it difficult to give a clear, definitive description of the concept of self-management. They relate self-management to 'taking control of your own life', 'making your own choices and decisions' and 'being self-reliant'. Situations in which older adults exhibit considerable or little self-direction or self-reliance can lead to conflicts in self-management support, namely: 1) 'striving for optimal health and well-being versus respecting older adults' choices' and 2) 'stimulating self-reliance and self-direction versus accepting a dependent attitude'. Different strategies are applied to resolve these scenarios. In the first case, strategies of 'adapting', 'persuading' and 'taking control' are used, and for the second case 'empowering', 'challenging' and 'tolerating' are used. Creating a clear and shared understanding of 'self-management' and facilitating community nurses to reflect on their dilemmas and strategies might help them in supporting self-management by older adults.

Yang, B. K., Johantgen, M. E., Trinkoff, A. M., et al. (2020). "State Nurse Practitioner Practice Regulations and U.S. Health Care Delivery Outcomes: A Systematic Review." Medical Care Research and Review (Ahead of pub) : 1077558719901216.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558719901216>

There is a great variation across states in nurse practitioner (NP) scope of practice moderated by state regulations. The purpose of this study was to synthesize the evidence from studies of the impact of state NP practice regulations on U.S. health care delivery outcomes (e.g., health care workforce, access to care, utilization, care quality, or cost of care), guided by Donabedian's structure, process, and outcomes framework. This systematic review was performed using Medline, CINAHL, PsycINFO, and PubMed according to Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analysis on the literature from January 2000 to August 2019. The results indicate that expanded state NP practice regulations were associated with greater NP supply and improved access to care among rural and underserved populations without decreasing care quality. This evidence could provide guidance for policy makers in states with more restrictive NP practice regulations when they consider granting greater practice independence to NPs.

2019

Baker, J. A., Canvin, K. et Berzins, K. (2019). "The relationship between workforce characteristics and perception of quality of care in mental health: A qualitative study." Int J Nurs Stud 100 : 103412.

BACKGROUND: Mental health services worldwide are under strain from a combination of unprecedented demand, workforce reconfigurations, and government austerity measures. There has been relatively little research or policy focus on the impact of staffing and skill mix on safety and quality in mental health services leaving a considerable evidence gap. Given that workforce is the primary therapeutic intervention in secondary mental health care this constitutes a major deficit. **OBJECTIVE:** This study aimed to explore the impact of staffing and skill mix on safety and quality of care in mental health inpatient and community services. **DESIGN:** Exploratory, qualitative methodology; purposive sampling. **SETTINGS:** Inpatient and community mental health services in the United Kingdom. **PARTICIPANTS:** 21 staff (including nurses, occupational therapists, psychiatrists, social workers, and care co-ordinators) currently working in mental health services. **METHODS:** We conducted semi-structured telephone interviews with a purposive sample of staff recruited via social media. We asked participants to describe the staffing and skill mix in their service; to reflect on how staffing decisions and/or policy affected safety and patient care; and for their views of what a well-staffed ward/service would look like. We conducted thematic analysis of the interview transcripts. **RESULTS:** The participants in this study considered safestaffing to require more than having 'enough' staff and offered multiple explanations of how staffing and skill mix can impact on the safety and quality of mental health care. From their accounts, we identified how the problem of 'understaffing' is self-perpetuating and cyclical and how its features interact and culminate in unsafe care. We conceptualised the relationship between staffing and safety as a 'vicious cycle of unsafestaffing' which comprised: (1) understaffing (the depletion of resources for safe care provision); (2) chronic understaffing (conditions resulting from and exacerbating understaffing); and, (3) unsafestaffing (the qualities of staffing that compromise staff capacity to provide safe care). **CONCLUSIONS:** Continued policy focus on safestaffing is clearly warranted, especially in mental health as staffing constitutes both the principal cost and main therapeutic driver of care. This paper provides compelling reasons to look beyond regulating staff numbers alone, and to consider staff morale, burden and the cyclical nature of attrition to ensure the delivery of high quality, safe and effective services. Future research should investigate other mechanisms via which staffing impacts on safety in mental health settings.

Baldwin, A., Harvey, C., Willis, E., et al. (2019). "Transitioning across professional boundaries in midwifery models of care: A literature review." *Women Birth* 32(3) : 195-203.

BACKGROUND: High-risk pregnancy, or one with escalating complexities, requires the inclusion of numerous health professions in care provision. A strategy of midwife navigators to facilitate the smooth transition across models of care and service providers has now been in place in Queensland, Australia, for over twelve months, and a formal review process will soon begin. Navigators are experienced nurses or midwives who have the expertise and authority to support childbearing women with chronic or complex problems through the health system so that it is co-ordinated and they can transition to self-care. This includes ensuring a logical sequence in tests and procedures, providing education, or facilitating access to specialist care. The navigator evaluation included a review of existing models of care that support women with chronic and complex needs during their pregnancy. This paper describes the integrative literature review that explored the transitioning of care models. **METHODS:** The review followed formal Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses guidelines, utilised the Critical Appraisal Skills Program tools and analysed a final 33 papers, published from 2000 onwards in professional, peer-reviewed journals and databases. **RESULTS/CONCLUSIONS:** Four key themes of communication, context, visibility and frames were identified, discussed in depth, and considered in the current body of knowledge. The outcomes refer clearly to 'property rights' or turf protected by invisible fences and gatekeeping by midwives and other health professionals. This review may inform

development of future frameworks and practice review to better address the needs of pregnant women.

Bergey, M. R., Goldsack, J. C. et Robinson, E. J. (2019). "Invisible work and changing roles: Health information technology implementation and reorganization of work practices for the inpatient nursing team." Soc Sci Med 235 : 112387.

Hospitals have invested heavily in health information technology (HIT) which has been promoted as an integral component of quality, safe, and efficient health-care delivery. Research on the expanding use of such technology, however, has shown that user/technology interactions are shaped through practices of use that can yield far from normative, even unexpected outcomes. Drawing upon focus group and interview data from an inpatient, two-hospital health system in the United States, this paper considers the perceived impact of HIT implementation on work practices and roles for nurse managers and unit clerks. We find that HIT implementation generated significant reconfigurations of work practices at the expense of nurse/patient interaction. Following such changes, nursing leadership described re-prioritizing patient care and interaction - perceived to them as essential to the patient experience and unit functioning - through realignments in staffing that prioritized more versatile staff and task delegation of largely invisible, articulation work to unit clerks. Despite maintaining an integral role as "gatekeeper" and the "face on the floor," unit clerks experienced significant reconfigurations of their work and some concomitant uncertainty about their role. We consider the implications of our findings for literature on the socio-materiality of HIT, with particular attention to literature on work practices, roles, and the visibility of work within organizational power hierarchies.

Boeijen, E. R. K., Peters, J. W. B. et van Vught, A. (2019). "Nurse practitioners leading the way: An exploratory qualitative study on the added value of nurse practitioners in outpatient care in the Netherlands." J Am Assoc Nurse Pract.

BACKGROUND: Many Dutch nurse practitioners (NPs) work together with physicians and specialized nurses (SNs) in outpatient clinics, although the latter have questioned the added value of NPs in the outpatient clinic. Clarification of the distinction between and the added value of both nursing professions in relation to each other could lead to optimal use of the unique competencies of each type of nurse. PURPOSE: To explore NPs' perspectives on their added value in relation to SNs in the outpatient clinic. METHODOLOGICAL ORIENTATION: Data were analyzed by Braun and Clarke's thematic analysis. The CanMEDS competences were used to identify the NPs' comments about their practice. SAMPLE: Twelve semi-structured interviews were conducted with NPs from two hospital settings. CONCLUSIONS: The added value of NPs was most evident in: nursing leadership, integrating care and cure and performing an expert level of nursing expertise, and competencies in science. To optimize their roles, NPs and SNs need to make all team members aware of their unique competences and promote role clarification. IMPLICATIONS FOR PRACTICE: This study provides barriers in barriers that influence optimal positioning of NPs within the interdisciplinary team, stresses the importance of discussion on the optimal skill mix within the interdisciplinary team, and describes the NPs' leadership role because this is the encompassing link between the main competencies of their practice. Addressing and overcoming these findings could improve the NPs' positioning and effective collaboration within (the outpatient clinic's) interprofessional teams.

Collister, D., Pyne, L., Cunningham, J., et al. (2019). "Multidisciplinary Chronic Kidney Disease Clinic Practices: A Scoping Review." Can J Kidney Health Dis 6 : 2054358119882667.

Background: Multidisciplinary chronic kidney disease (CKD) clinics improve patient outcomes but their optimal design is unclear. **Objective:** To perform a scoping review to identify and describe current practices (structure, function) associated with multidisciplinary CKD clinics. **Design:** Scoping review. **Setting:** Databases included Medline, EMBASE, Cochrane, and CINAHL. **Patients:** Patients followed in multidisciplinary CKD clinics globally. **Measurements:** Multidisciplinary CKD clinic composition, entry criteria, follow-up, and outcomes. **Methods:** We systematically searched the literature to identify randomized controlled trials, non-randomized interventional studies, or observational studies of multidisciplinary CKD clinics defined by an outpatient setting where two or more allied health members (with or without a nephrologist) provided longitudinal care to 50 or more adult or pediatric patients with CKD. Included studies were from 2002 to present. Searches were completed on August 10, 2018. Title, abstracts, and full texts were screened independently by two reviewers with disagreements resolved by a third. We abstracted data from included studies to summarize multidisciplinary CKD clinic team composition, entry criteria, follow-up, and processes. **Results:** 40 studies (8 randomized controlled trials and 32 non-randomized interventional studies or observational studies) involving 23 230 individuals receiving multidisciplinary CKD care in 12 countries were included. Thirty-eight focused on adults (27 with CKD, 10 incident dialysis patients, one conservative therapy) while two studies focused on adolescents or children with CKD. The multidisciplinary team included a mean of 4.6 (SD 1.5) members consisting of a nephrologist, nurse, dietician, social worker, and pharmacist in 97.4%, 86.8%, 84.2%, 57.9%, and 42.1% of studies respectively. Entry criteria to multidisciplinary CKD clinics ranged from glomerular filtration rates of 20 to 70 mL/min/1.73m² or CKD stages 1 to 5 without any proteinuria or risk equation-based criteria. Frequency of follow-up was variable by severity of kidney disease. Team member roles and standardized operating procedures were infrequently reported. **Limitations:** Unstandardized definition of multidisciplinary CKD care, studies limited to CKD defined by glomerular filtration rate, and lack of representation from countries other than Canada, Taiwan, the United States, and the United Kingdom. **Conclusions:** There is heterogeneity in multidisciplinary CKD team composition, entry criteria, follow-up, and processes with inadequate reporting of this complex intervention. Additional research is needed to determine the best model for multidisciplinary CKD clinics. **Trial registration:** Not applicable.

Cunningham, J., O'Toole, T., White, M., et al. (2019). "Conceptualizing skill mix in nursing and health care: An analysis." *J Nurs Manag* 27(2): 256-263.

AIM: This paper aims to unpack the concept of "skill mix" into its constituent parts to achieve a better understanding and reduce confusion associated with the term. **BACKGROUND:** Skill mix is a topic that is widely debated and is foremost on the health policy agenda due to specific local pressures within international health services. At present, however, there is large variation in terms of what is understood by the concept of "skill mix" and there is a paucity of research that attempts to analyse this concept. **EVALUATION:** Using Rodgers' evolutionary method of concept analysis, this paper provides an analysis of definitions of skill mix, its attributes and associated terms in the literature. **KEY ISSUE:** Definitions of skill mix are often vague and ambiguous and may refer to one or more attributes of skill mix. **CONCLUSION:** A lack of understanding of the concept can lead to an ad hoc interpretation of policy recommendations related to skill mix at local level. **IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT:** A better understanding of the concept of "skill mix" and its attributes can assist both policy makers and stakeholders, including nurse management, to ensure that the potential of skill mix is maximized.

Donelan, K., Chang, Y., Berrette-Abebe, J., et al. (2019). "Care Management For Older Adults: The Roles Of Nurses, Social Workers, And Physicians." *Health Affairs* 38(6) : 941-949.

<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2019.00030>

Care management programs have become more widely adopted as health systems try to improve the coordination and integration of services across the continuum of care, especially for frail older adults. Several models of care suggest the inclusion of registered nurses (RNs) and social workers to assist in these activities. In a 2018 national survey of 410 clinicians in 363 primary care and geriatrics practices caring for frail older adults, we found that nearly 40 percent of practices had no social workers or RNs. However, when both types of providers did work in a practice, social workers were more likely than RNs to be reported to participate in social needs assessment and RNs more likely than social workers to participate in care coordination. Physicians' involvement in social needs assessment and care coordination declined significantly when social workers, RNs, or both were employed in the practice.

Kandrack, R., Barnes, H. et Martsof, G. R. (2019). "Nurse Practitioner Scope of Practice Regulations and Nurse Practitioner Supply." *Med Care Res Rev* : 1077558719888424.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558719888424>

Adopting full scope of practice (SOP) for nurse practitioners (NPs) is associated with improved access to care. One possible mechanism for these improvements is increased NP supply. Using county-level data, we fit cross-sectional and panel regression models to estimate the association between adopting full NP SOP and NP supply in general, and in rural and health professional shortage area-designated counties in particular. In cross-sectional analyses, we estimated positive associations between NP SOP and NP supply, though these relationships were only statistically significant when analyzing health professional shortage areas. In the panel regression models with county fixed effects, the estimated effects were attenuated toward zero and sometimes switched signs. Our findings suggest that improvements in access to care following adoption of full SOP may not be driven by increased NP supply but rather by increased capacity of NPs and physicians to provide care.

Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., et al. (2019). "Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis." *Cochrane Database Syst Rev* 4 : Cd010412.

BACKGROUND: Having nurses take on tasks that are typically conducted by doctors (doctor-nurse substitution, a form of 'task-shifting') may help to address doctor shortages and reduce doctors' workload and human resource costs. A Cochrane Review of effectiveness studies suggested that nurse-led care probably leads to similar healthcare outcomes as care delivered by doctors. This finding highlights the need to explore the factors that affect the implementation of strategies to substitute doctors with nurses in primary care. In our qualitative evidence synthesis (QES), we focused on studies of nurses taking on tasks that are typically conducted by doctors working in primary care, including substituting doctors with nurses or expanding nurses' roles. **OBJECTIVES:** (1) To identify factors influencing implementation of interventions to substitute doctors with nurses in primary care. (2) To explore how our synthesis findings related to, and helped to explain, the findings of the Cochrane intervention review of the effectiveness of substituting doctors with nurses. (3) To identify hypotheses for subgroup analyses for future updates of the Cochrane intervention review. **SEARCH METHODS:** We searched CINAHL and PubMed, contacted experts in the field, scanned the reference lists of relevant studies and conducted forward citation searches for key articles in the Social Science Citation Index and Science Citation Index databases, and 'related article' searches in PubMed. **SELECTION CRITERIA:** We constructed a maximum variation sample (exploring variables such as country level of development, aspects of care covered and the types of participants) from studies that had collected and analysed

qualitative data related to the factors influencing implementation of doctor-nurse substitution and the expansion of nurses' tasks in community or primary care worldwide. We included perspectives of doctors, nurses, patients and their families/carers, policymakers, programme managers, other health workers and any others directly involved in or affected by the substitution. We excluded studies that collected data using qualitative methods but did not analyse the data qualitatively. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: We identified factors influencing implementation of doctor-nurse substitution strategies using a framework thematic synthesis approach. Two review authors independently assessed the methodological strengths and limitations of included studies using a modified Critical Appraisal Skills Programme (CASP) tool. We assessed confidence in the evidence for the QES findings using the GRADE-CERQual approach. We integrated our findings with the evidence from the effectiveness review of doctor-nurse substitution using a matrix model. Finally, we identified hypotheses for subgroup analyses for updates of the review of effectiveness. MAIN RESULTS: We included 66 studies (69 papers), 11 from low- or middle-income countries and 55 from high-income countries. These studies found several factors that appeared to influence the implementation of doctor-nurse substitution strategies. The following factors were based on findings that we assessed as moderate or high confidence. Patients in many studies knew little about nurses' roles and the difference between nurse-led and doctor-led care. They also had mixed views about the type of tasks that nurses should deliver. They preferred doctors when the tasks were more 'medical' but accepted nurses for preventive care and follow-ups. Doctors in most studies also preferred that nurses performed only 'non-medical' tasks. Nurses were comfortable with, and believed they were competent to deliver a wide range of tasks, but particularly emphasised tasks that were more health promotive/preventive in nature. Patients in most studies thought that nurses were more easily accessible than doctors. Doctors and nurses also saw nurse-doctor substitution and collaboration as a way of increasing people's access to care, and improving the quality and continuity of care. Nurses thought that close doctor-nurse relationships and doctor's trust in and acceptance of nurses was important for shaping their roles. But nurses working alone sometimes found it difficult to communicate with doctors. Nurses felt they had gained new skills when taking on new tasks. But nurses wanted more and better training. They thought this would increase their skills, job satisfaction and motivation, and would make them more independent. Nurses taking on doctors' tasks saw this as an opportunity to develop personally, to gain more respect and to improve the quality of care they could offer to patients. Better working conditions and financial incentives also motivated nurses to take on new tasks. Doctors valued collaborating with nurses when this reduced their own workload. Doctors and nurses pointed to the importance of having access to resources, such as enough staff, equipment and supplies; good referral systems; experienced leaders; clear roles; and adequate training and supervision. But they often had problems with these issues. They also pointed to the huge number of documents they needed to complete when tasks were moved from doctors to nurses. AUTHORS' CONCLUSIONS: Patients, doctors and nurses may accept the use of nurses to deliver services that are usually delivered by doctors. But this is likely to depend on the type of services. Nurses taking on extra tasks want respect and collaboration from doctors; as well as proper resources; good referral systems; experienced leaders; clear roles; and adequate incentives, training and supervision. However, these needs are not always met.

Kessler, I. et Nath, V. (2019). "Re-evaluating the assistant practitioner role in NHS England: Survey findings." *J Nurs Manag* 27(3) : 625-632.

AIM AND BACKGROUND: In the absence of data providing an overview on the state of the assistant practitioner (AP) workforce, this study surveys trusts in NHS England with the aim of establishing how the role is viewed, used and managed. METHODS: Based on an earlier

survey undertaken around a decade ago, an online questionnaire was sent to members of an assistant practitioner network, generating a response from over fifty different trusts, drawn from different regions and health care settings. RESULTS: The survey results highlight the increased use of assistant practitioners by trusts and in a more diverse range of clinical settings. This increase has been driven more by the apparent value of the APs in addressing issues of service design and quality, than by attempts to reduce costs through substitution and skill mix dilution. CONCLUSIONS: The AP role has retained value to nurse managers in developing and designing services, and indeed in establishing a career pathway for health care assistants. Most striking are future intentions to continue using APs, particularly within the context of the emerging nursing associate (NA) role. This suggests that the AP and NA are likely to be complementary rather than alternative roles. IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGERS: Nurse managers might note the continuing use and value of the AP role, although as a means of improving design and quality as well as providing career opportunities for health care assistants, rather than as a way of saving labour costs. Clearly, the AP role has a future although there is scope to review its position in relation to the newly emerging nursing associate role.

Lovink, M. H., Laurant, M. G., van Vught, A. J., et al. (2019). "Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: a realist evaluation case study." Bmj Open 9(5): e028169.

OBJECTIVES: This study aimed to gain insight into how substitution of elderly care physicians (ECPs) by nurse practitioners (NPs), physician assistants (PAs) or registered nurses (RNs) in nursing homes is modelled in different contexts and what model in what context contributes to perceived quality of healthcare. Second, this study aimed to provide insight into elements that contribute to an optimal model of substitution of ECPs by NPs, PAs or RNs. DESIGN: A multiple-case study was conducted that draws on realist evaluation principles. SETTING: Seven nursing homes in the Netherlands PARTICIPANTS: The primary participants were NPs (n=3), PAs (n=2) and RNs (n=2), working in seven different nursing homes and secondary participants were included; ECPs (n=15), medical doctors (MDs) (n=2), managing directors/managers/supervisors (n=11), nursing team members (n=33) and residents/relatives (n=78). DATA COLLECTION: Data collection consisted of: (1) observations of the NP/PA/RN and an ECP/MD, (2) interviews with all participants, (3) questionnaires filled out by the NP/PA/RN, ECPs/MDs and managing directors/managers and (4) collecting internal policy documents. RESULTS: An optimal model of substitution of ECPs seems to be one in which the professional substitutes for the ECP largely autonomously, well-balanced collaboration occurs between the ECP and the substitute, and quality of healthcare is maintained. This model was seen in two NP cases and one PA case. Elements that enabled NPs and PAs to work according to this optimal model were among others: collaborating with the ECP based on trust; being proactive, decisive and communicative and being empowered by organisational leaders to work as an independent professional. CONCLUSIONS: Collaboration based on trust between the ECP and the NP or PA is a key element of successful substitution of ECPs. NPs, PAs and RNs in nursing homes may all be valuable in their own unique way, matching their profession, education and competences.

Lovink, M. H., van Vught, A., Persoon, A., et al. (2019). "Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study." Nurs Health Sci 21(3) : 282-290.

Nursing home physicians face heavy workloads, because of the aging population and rising number of older adults with one or more chronic diseases. Skill mix change, in which professionals perform tasks previously reserved for physicians independently or under

supervision, could be an answer to this challenge. The aim of this study was to describe how skill mix change in nursing homes is organized from four monodisciplinary perspectives and the interdisciplinary perspective, what influences it, and what its effects are. The study focused particularly on skill mix change through the substitution of nurse practitioners, physician assistants, or registered nurses for nursing home physicians. Five focus group interviews were conducted in the Netherlands. Variation in tasks and responsibilities was found. Despite this variation, stakeholders reported increased quality of health care, patient centeredness, and support for care teams. A clear vision on skill mix change, acceptance of nurse practitioners, physician assistants, and registered nurses, and a reduction of legal insecurity are needed that might maximize the added value of nurse practitioners, physician assistants, and registered nurses.

Luchsinger, J. S., Jones, J., McFarland, A. K., et al. (2019). "Examining nurse/patient relationships in care coordination: A qualitative metasynthesis." *Appl Nurs Res* 49 : 41-49.

BACKGROUND: The combination of education, experience, skill mix, and frequency of nursing care provided has not been broadly studied from a systems theory perspective, in the care coordination process, or within transitions of care. **PURPOSE:** To examine nurse/patient relationships (as a proxy for nurse dose) in the care coordination experience through a qualitative metasynthesis using a systems theory approach. **DESIGN:** The study was a qualitative metasynthesis with four sequential processes; (1) a systematic literature search to answer the structured research question, (2) formal quality appraisal and data immersion, (3) interpretive synthesis of the data within and across studies, and (4) re-situating the derived themes through reciprocal translation to each of the primary studies. **CINHAL, Cochrane Library, Embase and PubMed** were searched, and 159 articles retrieved. Eight articles remained after inclusion/exclusion criteria and quality review criteria were applied. **RESULTS:** Key themes were organized using a systems theory perspective (Structure, Process and Outcomes). The need for a coordinated nurse-patient relationship and the ability of the nurse to calm the complexity that occurs forms the structure of the relationship. The process includes having an awareness of challenges of the coordinated nurse-patient relationship and the transitions that occur, nurses going above and beyond, providing meaningful communication, and navigating system complexity. The outcomes are the value of a coordinated nurse-patient relationship and managing the illness/wellness journey. **CONCLUSIONS:** The information from this metasynthesis provides an integrated view for nursing leaders and insight into factors that promote an effective and coordinated nurse-patient relationship.

Rafferty, A. M., Busse, R., Zander-Jentsch, B., et al. (2019). Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. *Health Policies Series* ; 52. Copenhagen OMS - Bureau régional de l'Europe : 181.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326183/9789289051743-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

'Who is a nurse?' and 'What is nursing?' seem to be simple questions yet the answers are strangely elusive. This book explores the variations in structure and organization of the nursing workforce across the different countries of Europe. This diversity, and the reasons for it, are of more than academic interest. The work of nurses has always had a critical impact on patient outcomes. As health systems shift radically in response to rising demand, the role of nurses becomes even more important. This book is part of a two-volume study on the contributions that nurses make to strengthening health systems. This is the first time that the topic of nursing has been dealt with at length within the Observatory Health Policy Series.

The aim is to raise the profile of nursing within health policy and draw the attention of

decision-makers. Part 1 is a series of national case studies drawn from Belgium, England, Finland, Germany, Greece, Ireland, the Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, and Switzerland. The countries were chosen as the subject of a large EU-funded study of nursing (RN4Cast). Lithuania and Slovenia were added to provide broader geographical and policy reach. Part 2, to be published later this year, will provide thematic analysis of important policy issues such as quality of care, workforce planning, education and training, regulation and migration. The lessons learned from comparative case-study analysis demonstrate wide variation in every dimension of the workforce. It examines what a nurse is; nurse-to-doctor and nurse-to-population ratios; the education, regulation and issuing of credentials to nurses; and the planning of the workforce. While comparative analysis across countries brings these differences into sharp relief, it also reveals how the EU functions as an important 'binding agent', drawing these diverse elements together into a more coherent whole.

Saville, C. E., Griffiths, P., Ball, J. E., et al. (2019). "How many nurses do we need' A review and discussion of operational research techniques applied to nurse staffing." Int J Nurs Stud 97 : 7-13.

Despite a long history of health services research that indicates that having sufficient nursing staff on hospital wards is critical for patient safety, and sustained interest in nurse staffing methods, there is a lack of agreement on how to determine safe staffing levels. For an alternative viewpoint, we look to a separate body of literature that makes use of operational research techniques for planning nurse staffing. Our goal is to provide examples of the use of operational research approaches applied to nurse staffing, and to discuss what they might add to traditional methods. The paper begins with a summary of traditional approaches to nurse staffing and their limitations. We explain some key operational research techniques and how they are relevant to different nurse staffing problems, based on examples from the operational research literature. We identify three key contributions of operational research techniques to these problems: "problem structuring", handling complexity and numerical experimentation. We conclude that decision-making about nurse staffing could be enhanced if operational research techniques were brought in to mainstream nurse staffing research. There are also opportunities for further research on a range of nurse staff planning aspects: skill mix, nursing work other than direct patient care, quantifying risks and benefits of staffing below or above a target level, and validating staffing methods in a range of hospitals.

Senior, H., Grant, M., Rhee, J. J., et al. (2019). "General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review." BMJ Support Palliat Care.

BACKGROUND: General practitioners (GPs) and general practice nurses (GPNs) face increasing demands to provide end-of-life care (EoLC) as the population ages. To enhance primary palliative care (PC), the care they provide needs to be understood to inform best practice models of care. **OBJECTIVE:** To provide a comprehensive description of the self-reported role and performance of GPs and GPNs in (1) specific medical/nursing roles, (2) communication, (3) care co-ordination, (4) access and out-of-hours care, and (5) multidisciplinary care. **METHOD:** Systematic literature review. Data included papers (2000 to 2017) sought from Medline, Psycinfo, Embase, Joanna Briggs Institute and Cochrane databases. **RESULTS:** From 6209 journal articles, 29 reviewed papers reported the GPs' and GPNs' role in EoLC or PC practice. GPs report a central role in symptom management, treatment withdrawal, non-malignant disease management and terminal sedation. Information provision included breaking bad news, prognosis and place of death. Psychosocial concerns were often addressed. Quality of communication depended on GP-patient relationships and GP skills. Challenges were unrealistic patient and family expectations, family conflict and lack of advance care planning. GPs often delayed end-of-life

discussions until 3 months before death. Home visits were common, but less so for urban, female and part-time GPs. GPs co-ordinated care with secondary care, but in some cases parallel care occurred. Trust in, and availability of, the GP was critical for shared care. There was minimal reference to GPNs' roles. CONCLUSIONS: GPs play a critical role in palliative care. More work is required on the role of GPNs, case finding and models to promote shared care, home visits and out-of-hours services.

van den Brink, G., Kouwen, A. J., Hooker, R. S., et al. (2019). "An activity analysis of Dutch hospital-based physician assistants and nurse practitioners." *Hum Resour Health* 17(1) : 78.

BACKGROUND: The physician assistant (PA) and the nurse practitioner (NP) were introduced into The Netherlands in 2001 and 1997 respectively. By the second decade, national policies had accelerated the acceptance and development of these professions. Since 2015, the PA and NP have full practice authority as independent health professionals. The aim of this research was to gain a better understanding of the tasks and responsibilities that are being shifted from Medical Doctors (MD) to PAs and NPs in hospitals. More specifically in what context and visibility are these tasks undertaken by hospital-based PAs and NPs in patient care. This will enable them to communicate their worth to the hospital management. **STUDY DESIGN:** A descriptive, non-experimental research method design was used to collect and analyze both quantitative and qualitative data about the type of tasks performed by a PA or NP. Fifteen medical departments across four hospitals participated. **METHODS:** The patient scheduling system and hospital information system were probed to identify and characterize a wide variety of clinical tasks. The array of tasks was further verified by 108 interviews. All tasks were divided into direct and indirect patient care. Once the tasks were cataloged, then MDs and hospital managers graded the PA- or NP-performed tasks and assessed their contributions to the hospital management system. **FINDINGS:** In total, 2883 tasks were assessed. Overall, PAs and NPs performed a wide variety of clinical and administrative tasks, which differed across hospitals and medical specialties. Data from interviews and the hospital management systems revealed that over a third of the tasks were not properly registered or attributed to the PA or NP. After correction, it was found that the NP and PA spent more than two thirds of their working time on direct patient care. **CONCLUSIONS:** NPs and PAs performed a wide variety of clinical tasks, and the consistency of these tasks differed per medical specialty. Despite the fact that a large part of the tasks was not visible due to incorrect administration, the interviews with MDs and managers revealed that the use of an NP or PA was considered to have an added value at the quality of care as well to the production for hospital-based medical care in The Netherlands.

Wynendaele, H., Willems, R. et Trybou, J. (2019). "Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals." *J Nurs Manag* 27(5) : 896-917.

AIMS: To evaluate and summarize current evidence on the relationship between the patient-nurse ratio staffing method and nurse employee outcomes. **BACKGROUND:** Evidence-based decision-making linking nurse staffing with staff-related outcomes is a much needed research area. Although multiple studies have investigated this phenomenon, the evidence is mixed and fragmented. **EVALUATION:** A systematic literature search was conducted using PubMed, Embase, Web of Science, Cinahl, Cochrane Library and the ERIC databases. Thirty studies were identified, analysing eight selected key nurse outcomes. **KEY ISSUE(S):** Future research should focus on unit-level data, incorporate other methodologies and aim for comparability between different types of clinical settings as well as different health care systems. **CONCLUSION:** A relationship between the patient-nurse ratio and specific staff-related outcomes is confirmed by various studies. However, apart from the patient-nurse ratio other variables have to be taken into consideration to ensure quality of care (e.g., skill mix, the

work environment and patient acuity). IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: Hospital management should pursue the access and use of reliable data so that the validity and generalizability of evidence-based research can be assessed, which in turn can be converted into policy guidelines.

2018

Birch, S. (2018). "Demand-based models and market failure in health care: projecting shortages and surpluses in doctors and nurses." *Health Economics, Policy and Law* 14(2) : 291-294.

<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/EE418E0EDE94807FCCAFF39339473D40/S1744133118000336a.pdf/div-class-title-demand-based-models-and-market-failure-in-health-care-projecting-shortages-and-surpluses-in-doctors-and-nurses-div.pdf>

Models for projecting the demand for and supply of health care workers are generally based on objectives of meeting demands for health care and assumptions of status quo in all but the demographic characteristics of populations. These models fail to recognise that public intervention in health care systems arises from market failure in health care and the absence of an independent demand for health care. Hence projections of demand perpetuate inefficiencies in the form of over utilisation of services on the one hand and unmet needs for care on the other. In this paper the problems with basing workforce policy on projected demand are identified and the consequences for health care system sustainability explored. Integrated needs-based models are offered as alternative approaches that relate directly to the goals of publicly funded health care systems and represent an important element of promoting sustainability in those systems.

Edwards, S. T., Helfrich, C. D., Grembowski, D., et al. (2018). "Task Delegation and Burnout Trade-offs Among Primary Care Providers and Nurses in Veterans Affairs Patient Aligned Care Teams (VA PACTs)." *J Am Board Fam Med* 31(1) : 83-93.

PURPOSE: Appropriate delegation of clinical tasks from primary care providers (PCPs) to other team members may reduce employee burnout in primary care. However, (1) the extent to which delegation occurs within multidisciplinary teams, (2) factors associated with greater delegation, and (3) whether delegation is associated with burnout are all unknown. **METHODS:** We performed a national cross-sectional survey of Veterans Affairs (VA) PCP-nurse dyads in Department of VA primary care clinics, 4 years into the VA's patient-centered medical home initiative. PCPs reported the extent to which they relied on other team members to complete 15 common primary care tasks; paired nurses reported how much they were relied on to complete the same tasks. A composite score of task delegation/reliance was developed by taking the average of the responses to the 15 questions. We performed multivariable regression to explore predictors of task delegation and burnout. **RESULTS:** Among 777 PCP-nurse dyads, PCPs reported delegating tasks less than nurses reported being relied on (PCP mean +/- standard deviation composite delegation score, 2.97 +/- 0.64 [range, 1-4]; nurse composite reliance score, 3.26 +/- 0.50 [range, 1-4]). Approximately 48% of PCPs and 35% of nurses reported burnout. PCPs who reported more task delegation reported less burnout (odds ratio [OR], 0.62 per unit of delegation; 95% confidence interval [CI], 0.49-0.78), whereas nurses who reported being relied on more reported more burnout (OR, 1.83 per unit of reliance; 95% CI, 1.33-2.5). **CONCLUSIONS:** Task delegation was associated with less burnout for PCPs, whereas task reliance was associated with greater burnout for nurses. Strategies to improve work life in primary care by increasing PCP task delegation must consider the impact on nurses.

Ferreira, D. C., Nunes, A. M. et Marques, R. C. (2018). "Doctors, nurses, and the optimal scale size in the Portuguese public hospitals." *Health Policy*.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.009>

Highlights: We investigate optimal scale size (and demographic drivers) of Portuguese hospitals' Optimal scale size is centred on 274 FTE doctors and 475 FTE nurses? Roughly half of considered hospitals are oversized, when aiming for scale efficiency? Workforce excess is in the coastline, whereas shortage is in the countryside.

Johnson, J. M. et Carragher, R. (2018). "Interprofessional collaboration and the care and management of type 2 diabetic patients in the Middle East: A systematic review." J Interprof Care 32(5) : 621-628.

The World Health Organization has ranked the Middle East (ME) as the second most prevalent region globally for type 2 diabetes. Currently, treatment options initiated by physicians focus mainly on pharmaceuticals; however, lifestyle factors also have a tremendous impact on a patient's wellness or illness. A potential solution to this issue is to use an interprofessional team approach when caring for this patient population. The purpose of this systematic review is to look at the present literature involving the use of an interprofessional team approach to the care and maintenance of people with type 2 diabetes in the ME. A PRISMA flow diagram demonstrates the authors' literature search and screening process. The systematic review includes nine studies with mixed-methodologies performed in the Middle Eastern region in an outpatient or primary care setting, and demonstrates the use of interprofessional collaboration when providing care for type 2 diabetic patients. A meta-analysis was not included due to the heterogeneity of the studies; however, data analysis is discussed and results are demonstrated through an extraction tool developed by the authors based on The Cochrane Collaboration's data collection form. The aim of this review is to construct meaning surrounding the use and effectiveness of this collaborative approach with the adult and geriatric Middle Eastern diabetic patient population. Recommendations include continued support from multiple healthcare professions, involving nurses, pharmacists, dietitians, and physicians to promote holistic and patient-centred-care leading to fewer type 2 diabetes complications and hospital admissions.

Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., et al. (2018). "Nurses as substitutes for doctors in primary care." Cochrane Database Syst Rev 7 : Cd001271.

BACKGROUND: Current and expected problems such as ageing, increased prevalence of chronic conditions and multi-morbidity, increased emphasis on healthy lifestyle and prevention, and substitution for care from hospitals by care provided in the community encourage countries worldwide to develop new models of primary care delivery. Owing to the fact that many tasks do not necessarily require the knowledge and skills of a doctor, interest in using nurses to expand the capacity of the primary care workforce is increasing. Substitution of nurses for doctors is one strategy used to improve access, efficiency, and quality of care. This is the first update of the Cochrane review published in 2005. OBJECTIVES: Our aim was to investigate the impact of nurses working as substitutes for primary care doctors on: * patient outcomes; * processes of care; and * utilisation, including volume and cost. SEARCH METHODS: We searched the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), part of the Cochrane Library (www.cochranelibrary.com), as well as MEDLINE, Ovid, and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and EbscoHost (searched 20.01.2015). We searched for grey literature in the Grey Literature Report and OpenGrey (21.02.2017), and we searched the International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) and ClinicalTrials.gov trial registries (21.02.2017). We did a cited reference search for relevant studies (searched 27.01.2015) and checked reference lists of all included studies. We reran slightly revised strategies, limited to publication years between 2015 and 2017, for CENTRAL, MEDLINE, and CINAHL, in March 2017, and we have added one trial to 'Studies awaiting classification'. SELECTION CRITERIA: Randomised trials evaluating the

outcomes of nurses working as substitutes for doctors. The review is limited to primary healthcare services that provide first contact and ongoing care for patients with all types of health problems, excluding mental health problems. Studies which evaluated nurses supplementing the work of primary care doctors were excluded. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently carried out data extraction and assessment of risk of bias of included studies. When feasible, we combined study results and determined an overall estimate of the effect. We evaluated other outcomes by completing a structured synthesis. MAIN RESULTS: For this review, we identified 18 randomised trials evaluating the impact of nurses working as substitutes for doctors. One study was conducted in a middle-income country, and all other studies in high-income countries. The nursing level was often unclear or varied between and even within studies. The studies looked at nurses involved in first contact care (including urgent care), ongoing care for physical complaints, and follow-up of patients with a particular chronic conditions such as diabetes. In many of the studies, nurses could get additional support or advice from a doctor. Nurse-doctor substitution for preventive services and health education in primary care has been less well studied. Study findings suggest that care delivered by nurses, compared to care delivered by doctors, probably generates similar or better health outcomes for a broad range of patient conditions (low- or moderate-certainty evidence):* Nurse-led primary care may lead to slightly fewer deaths among certain groups of patients, compared to doctor-led care. However, the results vary and it is possible that nurse-led primary care makes little or no difference to the number of deaths (low-certainty evidence).* Blood pressure outcomes are probably slightly improved in nurse-led primary care. Other clinical or health status outcomes are probably similar (moderate-certainty evidence).* Patient satisfaction is probably slightly higher in nurse-led primary care (moderate-certainty evidence). Quality of life may be slightly higher (low-certainty evidence). We are uncertain of the effects of nurse-led care on process of care because the certainty of this evidence was assessed as very low. The effect of nurse-led care on utilisation of care is mixed and depends on the type of outcome. Consultations are probably longer in nurse-led primary care (moderate-certainty evidence), and numbers of attended return visits are slightly higher for nurses than for doctors (high-certainty evidence). We found little or no difference between nurses and doctors in the number of prescriptions and attendance at accident and emergency units (high-certainty evidence). There may be little or no difference in the number of tests and investigations, hospital referrals and hospital admissions between nurses and doctors (low-certainty evidence). We are uncertain of the effects of nurse-led care on the costs of care because the certainty of this evidence was assessed as very low. AUTHORS' CONCLUSIONS: This review shows that for some ongoing and urgent physical complaints and for chronic conditions, trained nurses, such as nurse practitioners, practice nurses, and registered nurses, probably provide equal or possibly even better quality of care compared to primary care doctors, and probably achieve equal or better health outcomes for patients. Nurses probably achieve higher levels of patient satisfaction, compared to primary care doctors. Furthermore, consultation length is probably longer when nurses deliver care and the frequency of attended return visits is probably slightly higher for nurses, compared to doctors. Other utilisation outcomes are probably the same. The effects of nurse-led care on process of care and the costs of care are uncertain, and we also cannot ascertain what level of nursing education leads to the best outcomes when nurses are substituted for doctors.

Lovink, M. H., van Vught, A., Persoon, A., et al. (2018). "Skill mix change between general practitioners, nurse practitioners, physician assistants and nurses in primary healthcare for older people: a qualitative study." *BMC Fam Pract* 19(1) : 51.

BACKGROUND: More and more older adults desire to and are enabled to grow old in their own home, regardless of their physical and mental capabilities. This change, together with

the growing number of older adults, increases the demand for general practitioners (GPs). However, care for older people lacks prestige among medical students and few medical students are interested in a career in care for older people. Innovative solutions are needed to reduce the demand for GPs, to guarantee quality of healthcare and to contain costs. A solution might be found in skill mix change by introducing nurse practitioners (NPs), physician assistants (PAs) or registered nurses (RNs). The aim of this study was to describe how skill mix change is organised in daily practice, what influences it and what the effects are of introducing NPs, PAs or RNs into primary healthcare for older people. METHODS: In total, 34 care providers working in primary healthcare in the Netherlands were interviewed: GPs (n = 9), NPs (n = 10), PAs (n = 5) and RNs (n = 10). Five focus groups and 14 individual interviews were conducted. Analysis consisted of open coding, creating categories and abstraction. RESULTS: In most cases, healthcare for older people was only a small part of the tasks of NPs, PAs and RNs; they did not solely focus on older people. The tasks they performed and their responsibilities in healthcare for older people differed between, as well as within, professions. Although the interviewees debated the usefulness of proactive structural screening on frailty in the older population, when implemented, it was also unclear who should perform the geriatric assessment. Interviewees considered NPs, PAs and RNs an added value, and it was stated that the role of the GP changed with the introduction of NPs, PAs or RNs. CONCLUSIONS: The roles and responsibilities of NPs, PAs and RNs for the care of older people living at home are still not established. Nonetheless, these examples show the potential of these professionals. The establishment of a clear vision on primary healthcare for older people, including the organisation of proactive healthcare, is necessary to optimise the impact of skill mix change.

Maier, C. B., Batenburg, R., Birch, S., et al. (2018). "Health workforce planning: which countries include nurse practitioners and physician assistants and to what effect?" *Health Policy* 122(10) : 1085-1092.

BACKGROUND: An increasing number of countries are introducing new health professions, such as Nurse Practitioners (NPs) and Physician Assistants (PAs). There is however limited evidence, on whether these new professions are included in countries' workforce planning. METHODS: A cross-country comparison of workforce planning methods. Countries with NPs and/or PAs were identified, workforce planning projections reviewed and differences in outcomes were analysed, based on a review of workforce planning models and a scoping review. Data on multi-professional (physicians/NPs/PAs) vs. physician-only models were extracted and compared descriptively. Analysis of policy implications was based on policy documents and grey literature. RESULTS: Of eight countries with NPs/PAs, three (Canada, the Netherlands, United States) included these professions in their workforce planning. In Canada, NPs were partially included in Ontario's needs-based projection, yet only as one parameter to enhance efficiency. In the United States and the Netherlands, NPs/PAs were covered as one of several scenarios. Compared with physician-only models, multi-professional models resulted in lower physician manpower projections, primarily in primary care. A weakness of the multi-professional models was the accuracy of data on substitution. Impacts on policy were limited, except for the Netherlands. CONCLUSIONS: Few countries have integrated NPs/PAs into workforce planning. Yet, those with multi-professional models reveal considerable differences in projected workforce outcomes. Countries should develop several scenarios with and without NPs/PAs to inform policy.

Scheffler, R. M. et Arnold, D. R. (2018). "Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead." *Health Economics, Policy and Law* 14(2) : 274-290.

Steinke, M. K., Rogers, M., Lehwaldt, D., et al. (2018). "An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally." *Int Nurs Rev* 65(2) : 162-172.

AIM: To examine the level of job satisfaction of nurse practitioners/advanced practice nurses in developing and developed countries. BACKGROUND: The nurse practitioner/advanced practice nurse has the advanced, complex skills and experience to play an important role in providing equitable health care across all nations. INTRODUCTION: Key factors that contribute to health disparities include lack of access to global health human resources, the right skill mix of healthcare providers and the satisfaction and retention of quality workers. METHODS: The study utilized a descriptive analysis and cross-sectional survey methodology with quantitative and qualitative sections of 1419 job satisfaction survey respondents from an online survey. RESULTS: Age, number of hours worked in a week and length of time that nurse practitioners/advanced practice nurses worked in their current jobs were statistically significant in job satisfaction. A key barrier was the lack of respect from supervisors and physicians. DISCUSSION: It was clear from the number of comments in the qualitative section of the survey that having a wide scope of practice is rewarding and challenging to the nurse practitioner and advanced practice nurse. CONCLUSION AND IMPLICATIONS FOR HEALTH POLICY: The challenges to transform healthcare gaps of access into a better distribution of health care in all countries would constitute a systematic change in policy including providing education and training for doctors and nurses that will match the skills needed in the workplace; emphasizing the right skill mix for the healthcare team; supporting advanced practice nurses in the workplace; and utilizing all healthcare providers to the fullest extent of their abilities.

2017

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., et al. (2017). "Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care." *BMJ Qual Saf* 26(7) : 559-568.

OBJECTIVES: To determine the association of hospital nursing skill mix with patient mortality, patient ratings of their care and indicators of quality of care. DESIGN: Cross-sectional patient discharge data, hospital characteristics and nurse and patient survey data were merged and analysed using generalised estimating equations (GEE) and logistic regression models. SETTING: Adult acute care hospitals in Belgium, England, Finland, Ireland, Spain and Switzerland. PARTICIPANTS: Survey data were collected from 13 077 nurses in 243 hospitals, and 18 828 patients in 182 of the same hospitals in the six countries. Discharge data were obtained for 275 519 surgical patients in 188 of these hospitals. MAIN OUTCOME MEASURES: Patient mortality, patient ratings of care, care quality, patient safety, adverse events and nurse burnout and job dissatisfaction. RESULTS: Richer nurse skill mix (eg, every 10-point increase in the percentage of professional nurses among all nursing personnel) was associated with lower odds of mortality (OR=0.89), lower odds of low hospital ratings from patients (OR=0.90) and lower odds of reports of poor quality (OR=0.89), poor safety grades (OR=0.85) and other poor outcomes (0.80<OR<0.93), after adjusting for patient and hospital factors. Each 10 percentage point reduction in the proportion of professional nurses is associated with an 11% increase in the odds of death. In our hospital sample, there were an average of six caregivers for every 25 patients, four of whom were professional nurses. Substituting one nurse assistant for a professional nurse for every 25 patients is associated with a 21% increase in the odds of dying. CONCLUSIONS: A bedside care workforce with a greater proportion of professional nurses is associated with better outcomes for patients and nurses. Reducing nursing skill mix by adding nursing associates and other categories of

assistive nursing personnel without professional nurse qualifications may contribute to preventable deaths, erode quality and safety of hospital care and contribute to hospital nurse shortages.

Ammi, M., Ambrose, S., Hogg, B., et al. (2017). "The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care: results from the Canadian QUALICO-PC study." *Health Policy* 121(12) : 1215-1224.

Nurses, whether registered nurses (RNs) or nurse practitioners (NPs), are becoming key providers of primary care services. While evidence for the influence of NPs on patient experience in primary care is mounting, this is less so for RNs. We use the Canadian component of the international Quality and Costs of Primary Care 2013/14 survey to investigate the mechanisms by which nurses can affect patients' experience in primary care, focusing on accessibility and appropriateness of care. The data allow us to distinguish between family practice RNs, specialised RNs and NPs, and covers all types of patients visiting a primary care clinic in a variety of contexts in all Canadian provinces. In addition to the types of nurses and full-time equivalent (FTE) numbers, we explore the role of nurse autonomy and collaboration. Our regression results show that one of the most important predictors of patient experience is the collaboration between health professionals, whereas nurse staffing in terms of FTE numbers has little influence by itself. Different types of nurses influence different dimensions of accessibility, and the association between patient experience and nurse staffing depends on the number of physicians in the clinic. Our results can inform decision-makers on how to strengthen primary care provision, and particularly in Canadian context, the adaptation of the recently implemented interprofessional primary care teams.

Barnes, H., Maier, C. B., Altares Sarik, D., et al. (2017). "Effects of Regulation and Payment Policies on Nurse Practitioners' Clinical Practices." *Med Care Res Rev* 74(4) : 431-451.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114168/pdf/nihms-828514.pdf>

Increasing patient demand following health care reform has led to concerns about provider shortages, particularly in primary care and for Medicaid patients. Nurse practitioners (NPs) represent a potential solution to meeting demand. However, varying state scope of practice regulations and Medicaid reimbursement rates may limit efficient distribution of NPs. Using a national sample of 252,657 ambulatory practices, we examined the effect of state policies on NP employment in primary care and practice Medicaid acceptance. NPs had 13% higher odds of working in primary care in states with full scope of practice; those odds increased to 20% if the state also reimbursed NPs at 100% of the physician Medicaid fee-for-service rate. Furthermore, in states with 100% Medicaid reimbursement, practices with NPs had 23% higher odds of accepting Medicaid than practices without NPs. Removing scope of practice restrictions and increasing Medicaid reimbursement may increase NP participation in primary care and practice Medicaid acceptance.

Buerhaus, P. I., Skinner, L. E., Auerbach, D. I., et al. (2017). "Four Challenges Facing the Nursing Workforce in the United States." *Journal of Nursing Regulation* 8(2): 40-46.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2155825617300972>

Four challenges face the nursing workforce of today and tomorrow: the aging of the baby boom generation, the shortage and uneven distribution of physicians, the accelerating rate of registered nurse retirements, and the uncertainty of health care reform. This article describes these major trends and examines their implications for nursing. The article also

describes how nurses can meet these complex and interrelated challenges and continue to thrive in an ever-changing environment.

Friedrich, B. U. et Hackmann, M. B. (2017). The Returns to Nursing: Evidence from a Parental Leave Program. NBER Working Paper Series ; n° 23174. Cambridge NBER : 68, tabl, fig., annexes.

<https://www.nber.org/papers/w23174.pdf>

Nurses comprise the largest health profession. In this paper, we measure the effect of nurses on health care delivery and patient health outcomes across sectors. Our empirical strategy takes advantage of a parental leave program, which led to a sudden, unintended, and persistent 12% reduction in nurse employment. Our findings indicate detrimental effects on hospital care delivery as indicated by an increase in 30-day readmission rates and a distortion of technology utilization. The effects for nursing home care are more drastic. We estimate a persistent 13% increase in nursing home mortality among the elderly aged 85 and older. Our results also highlight an unintended negative consequence of parental leave programs borne by providers and patients.

Hämel, K. et Vössing, C. (2017). "The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain." Primary Health Care Research & Development 178(5) : 492-506.

https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/OD74562852566B753EEAF0E6E668DD00/S1463423617000354a.pdf/collaboration_of_general_practitioners_and_nurses_in_primary_care_a_comparative_analysis_of_concepts_and_practices_in_slovenia_and_spain.pdf

Aim A comparative analysis of concepts and practices of GP-nurse collaborations in primary health centres in Slovenia and Spain. **Background** Cross-professional collaboration is considered a key element for providing high-quality comprehensive care by combining the expertise of various professions. In many countries, nurses are also being given new and more extensive responsibilities. Implemented concepts of collaborative care need to be analysed within the context of care concepts, organisational structures, and effective collaboration. **Methods** Background review of primary care concepts (literature analysis, expert interviews), and evaluation of collaboration in 'best practice' health centres in certain regions of Slovenia and Spain. Qualitative content analysis of expert interviews, presentations, observations, and group discussions with professionals and health centre managers. **Findings** In Slovenian health centres, the collaboration between GPs and nurses has been strongly shaped by their organisation in separate care units and predominantly case-oriented functions. Conventional power structures between professions hinder effective collaboration. The introduction of a new cross-professional primary care concept has integrated advanced practice nurses into general practice. Conventional hierarchies still exist, but a shared vision of preventive care is gradually strengthening attitudes towards team-oriented care. Formal regulations or incentives for teamwork have yet to be implemented. In Spain, health centres were established along with a team-based care concept that encompasses close physician–nurse collaboration and an autonomous role for nurses in the care process. Nurses collaborate with GPs on more equal terms with conflicts centring on professional disagreements. Team development structures and financial incentives for team achievements have been implemented, encouraging teams to generate their own strategies to improve teamwork. **Conclusion** Clearly defined structures, shared visions of care and team development are important for implementing and maintaining a good collaboration. Central prerequisites are advanced nursing education and greater acceptance of advanced nursing practice.

House, S. et Havens, D. (2017). "Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review." *J Nurs Adm* 47(3) : 165-171.

The purpose of this systematic review was to explore nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration and the factors that influence their perceptions. Overall, nurses and physicians held different perceptions of nurse-physician collaboration. Shared decision making, teamwork, and communication were reoccurring themes in reports of perceptions about nurse-physician collaboration. These findings have implications for more interprofessional educational courses and more intervention studies that focus on ways to improve nurse-physician collaboration.

Kendall, S. et Bryar, R. (2017). "Strengthening primary health care nursing in Europe: the importance of a positive practice environment " *Nursing & Society* 22(1) : In press.

<https://kar.kent.ac.uk/61279/1/Nursing%20and%20Society%20final.pdf>

Nurses, form one of the most important groups of human resources for health in Europe – also and especially in primary health care. In this paper it is argued that to support and develop the practice of nurses in primary care, the World Health Organization initiative of Positive Practice Environments should be examined, implemented and the outcomes of such an innovation subjected to rigorous research. Having reflected on the central place of primary health care in all health systems, the evidence concerning the position of nursing in primary health care is considered and innovative models of community based nursing examined. A tool, the 'roadmap', which may be used to examine the current position of nurses in primary health care is outlined and the context within which the 'roadmap' sits, Positive Practice Environments, is then considered in detail. The paper concludes with recommendations for changes in the organisation of primary health care nursing, drawing on the available evidence, and urging the need for implementation and research into Positive Practice Environments to strengthen primary health care and the value of primary health care nursing to be fully realised. The tool could be also helpful to develop primary health care nursing in Germany where, traditionally, primary health care has been fragmented and based on a single disease model.

Konetzka, R. T., Lasater, K. B., Norton, E. C., et al. (2017). Are Recessions Good for Staffing in Nursing Homes? *NBER Working Paper Series* ; n° 23402. Cambridge NBER : 47, fig., tabl.

<https://www.nber.org/papers/w23402.pdf>

The quality and cost of care in nursing homes depend critically on the number and types of nurses. Recent research suggests that the nursing supply adjusts to macroeconomic conditions. However, prior work has failed to consider the effect of macroeconomic conditions on demand for nurses through the effect on revenues. We test how county-level unemployment rates affect direct-care staffing rates in nursing homes using California data. We exploit the wide variation in the unemployment rates across counties and over time in 2005–2012. We also test whether there are heterogeneous effects of unemployment rates by facility size, staffing level, and profit status. We find that as unemployment rates increase, staffing by registered nurses (RNs) decreases but staffing by licensed practical nurses (LPNs) increases. The increase in LPNs is larger in large nursing homes, nursing homes with higher staffing levels, and in for-profit nursing homes. We also find that as unemployment rates increase, nursing home revenue decreases. While the effect of macroeconomic conditions on nursing supply may be important for cost and quality of care, the mechanism is not simple, direct, or homogeneous for all types of nurses and nursing homes.

Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R., et al. (2017). "Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review." J Adv Nurs 73(9) : 2084-2102.

AIMS: To evaluate the effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians in long-term care facilities and primary healthcare for the ageing population (primary aim) and to describe what influences the implementation (secondary aim). BACKGROUND: Healthcare for the ageing population is undergoing major changes and physicians face heavy workloads. A solution to guarantee quality and contain costs might be to substitute nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians. DESIGN: A systematic literature review. DATA SOURCES: PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL, Web of Science; searched January 1995-August 2015. REVIEW METHODS: Study selection, data extraction and quality appraisal were conducted independently by two reviewers. Outcomes collected: patient outcomes, care provider outcomes, process of care outcomes, resource use outcomes, costs and descriptions of the implementation. Data synthesis consisted of a narrative summary. RESULTS: Two studies used a randomized design and eight studies used other comparative designs. The evidence of the two randomized controlled trials showed no effect on approximately half of the outcomes and a positive effect on the other half of the outcomes. Results of eight other comparative study designs point towards the same direction. The implementation was influenced by factors on a social, organizational and individual level. CONCLUSION: Physician substitution in healthcare for the ageing population may achieve at least as good patient outcomes and process of care outcomes compared with care provided by physicians. Evidence about resource use and costs is too limited to draw conclusions.

Maier, C., Aiken, L. et Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers ; 98. Paris OCDE : 69 ,fig., tabl.

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf?expires=1587564835&id=id&accname=guest&checksum=B6E8D03E54352186BC44C5EC749C1064>

Many OECD countries have undergone reforms over the past decade to introduce advanced roles for nurses in primary care to improve access to care, quality of care and/or to reduce costs. This working paper provides an analysis of these nurse role developments and reforms in 37 OECD and EU countries. Four main trends emerge: 1) the development in several countries of specific advanced practice nursing roles at the interface between the traditional nursing and medical professions; 2) the introduction of various new, supplementary nursing roles, often focused on the management of chronic conditions; 3) the rise in educational programmes to train nurses to the required skills and competencies; and 4) the adoption of new laws and regulations in a number of countries since 2010 to allow certain categories of nurses to prescribe pharmaceuticals (including in Estonia, Finland, France, Netherlands, Poland and Spain).

Staggs, V. S., Olds, D. M., Cramer, E., et al. (2017). "Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: A Longitudinal Study." J Gen Intern Med 32(1) : 35-41.

BACKGROUND: Although it is plausible that nurse staffing is associated with use of physical restraints in hospitals, this has not been well established. This may be due to limitations in previous cross-sectional analyses lacking adequate control for unmeasured differences in patient-level variables among nursing units. OBJECTIVE: To conduct a longitudinal study, with units serving as their own control, examining whether nurse staffing relative to a unit's long-term average is associated with restraint use. DESIGN: We analyzed 17 quarters of

longitudinal data using mixed logistic regression, modeling quarterly odds of unit restraint use as a function of quarterly staffing relative to the unit's average staffing across study quarters. SUBJECTS: 3101 medical, surgical, and medical-surgical units in US hospitals participating in the National Database of Nursing Quality Indicators during 2006-2010. Units had to report at least one quarter with restraint use and one quarter without. MAIN MEASURES: We studied two nurse staffing variables: staffing level (total nursing hours per patient day) and nursing skill mix (proportion of nursing hours provided by RNs). Outcomes were any use of restraint, regardless of reason, and use of restraint for fall prevention. KEY RESULTS: Nursing skill mix was inversely correlated with restraint use for fall prevention and for any reason. Compared to average quarters, odds of fall prevention restraint and of any restraint were respectively 16% (95% CI: 3-29%) and 18% (9 % CI: 8-29%) higher for quarters with very low skill mix. CONCLUSIONS: In this longitudinal study there was a strong negative correlation between nursing skill mix and physical restraint use. Ensuring that skill mix is consistently adequate should reduce use of restraint.

Tacchi, P. (2017). "Development of a skill mix and study planning tool for research teams." Nurs Manag (Harrow) 23(9) : 19-28.

There are various tools available in acute and primary care settings to support decision making about safe-staffing levels. Calculating safe staffing levels is about more than just the number of people on duty. It must reflect skill mix and tasks, and this is more complex outside traditional nursing roles. It is essential that research nurses, who work in multidisciplinary teams collecting the evidence that underpins safe and effective healthcare, are equipped to practise safely, but staffing level tools do not take their unique roles into account. This article describes University Hospitals Bristol Research Work Plan Tool (BRIS-TOOL), developed to enable research managers to identify skill mix in their teams and support effective study planning. It also discusses how the tool accurately reflects research teams' productivity. Finally, the article suggests that the tool can be used to profile research posts, illustrate the breadth of work undertaken in these posts, inform study design and help clinical colleagues to understand research roles better.

Timmons, E. J. (2017). "The effects of expanded nurse practitioner and physician assistant scope of practice on the cost of Medicaid patient care." Health Policy 121(2) : 189-196.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016885101630344X?via%3Dihub>

Allowing physician assistants to prescribe controlled substances reduces outpatient care cost. This reduction is quite large, ranging from 11.8% to 16.0%.?This change is not associated with any changes in care intensity.

van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M., et al. (2017). "Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study." BMC Fam Pract 18(1) : 16.

BACKGROUND: Due to the increasing demand on primary care, it is not only debated whether there are enough general practitioners (GPs) to comply with these demands but also whether specific tasks can be performed by other care providers. Although changing the workforce skill mix care by employing Physician Assistants (PAs) and Nurse Practitioners (NPs) has proven to be both effective and safe, the implementation of those professionals differs widely between and within countries. To support policy making regarding PAs/NPs in primary care, the aim of this study is to provide insight into factors influencing the decision of GPs and managers to train and employ a PA/NP within their organisation. METHODS: A qualitative study was conducted in 2014 in which 7 managers of out-of-hours primary care

services and 32 GPs who owned a general practice were interviewed. Three main topic areas were covered in the interviews: the decision-making process in the organisation, considerations and arguments to train and employ a PA/NP, and the tasks and responsibilities of a PA/NP. RESULTS: Employment of PAs/NPs in out-of-hours services was intended to substitute care for minor ailments in order to decrease GPs' caseload or to increase service capacity. Managers formulated long-term planning and role definitions when changing workforce skill mix. Lastly, out-of-hours services experienced difficulties with creating team support among their members regarding the employment of PAs/NPs. In general practices during office hours, GPs intended both substitution and supplementation for minor ailments and/or target populations through changing the skill mix. Supplementation was aimed at improving quality of care and extending the range of services to patients. The decision-making in general practices was accompanied with little planning and role definition. The willingness to employ PAs/NPs was highly influenced by an employees' motivation to start the master's programme and GPs' prior experience with PAs/NPs. Knowledge about the PA/NP profession and legislations was often lacking. CONCLUSIONS: Role standardisations, long-term political planning and support from professional associations are needed to support policy makers in implementing skill mix in primary care.

van der Biezen, M., Wensing, M., Poghosyan, L., et al. (2017). "Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study." BMC Health Serv Res 17(1): 589.

BACKGROUND: Increasingly, nurse practitioners (NPs) are deployed in teams along with general practitioners (GPs) to help meet the demand for out-of-hours care. The purpose of this study was to explore factors influencing collaboration between GPs and NPs in teams working out-of-hours. METHODS: A descriptive qualitative study was done using a total of 27 semi-structured interviews and two focus group discussions. Data was collected between June, 2014 and October, 2015 at an out-of-hours primary care organisation in the Netherlands. Overall, 38 health professionals (GPs, NPs, and support staff) participated in the study. The interviews were audio-taped and transcribed verbatim. Two researchers conducted an inductive content analysis, involving the identification of relevant items in a first phase and clustering into themes in a second phase. RESULTS: The following four themes emerged from the data: clarity of NP role and regulation, shared caseload and use of skills, communication concerning professional roles, trust and support in NP practice. Main factors influencing collaboration between GPs and NPs included a lack of knowledge regarding the NPs' scope of practice and regulations governing NP role; differences in teams in sharing caseload and using each other's skills effectively; varying support of GPs for the NP role; and limited communication between GPs and NPs regarding professional roles during the shift. Lack of collaboration was perceived to result in an increased risk of delay for patients who needed treatment from a GP, especially in teams with more NPs. Collaboration was not perceived to improve over time as teams varied across shifts. CONCLUSION: In out-of-hours primary care teams constantly change and team members are often unfamiliar with each other or other's competences. In this environment, knowledge and communication about team members' roles is continuously at stake. Especially in teams with more NPs, team members need to use each other's skills to deliver care to all patients on time.

van der Biezen, M., Wensing, M., van der Burgt, R., et al. (2017). "Towards an optimal composition of general practitioners and nurse practitioners in out-of-hours primary care teams: a quasi-experimental study." Bmj Open 7(5) : e015509.

OBJECTIVES: To gain insights into the ability of general practitioners (GPs) and nurse practitioners (NPs) to meet patient demands in out-of-hours primary care by comparing the outcomes of teams with different ratios of practitioners. **DESIGN:** Quasi-experimental study. **SETTING:** A GP cooperative (GPC) in the Netherlands. **INTERVENTION:** Team 2 (1 NP, 3 GPs) and team 3 (2 NPs, 2 GPs) were compared with team 1 (4 GPs). Each team covered 35 weekend days. **PARTICIPANTS:** All 9503 patients who were scheduled for a consultation at the GPC through a nurse triage system. **OUTCOME MEASURES:** The primary outcome was the total number of consultations per provider for weekend cover between 10:00 and 18:00 hours. Secondary outcomes concerned the numbers of patients outside the NPs' scope of practice, patient safety, resource use, direct healthcare costs and GPs' performance. **RESULTS:** The mean number of consultations per shift was lower in teams with NPs (team 1: 93.9, team 3: 87.1; $p < 0.001$). The mean proportion of patients outside NPs' scope of practice per hour was 9.0% (SD 6.7), and the highest value in any hour was 40%. The proportion of patients who did not receive treatment within the targeted time period was higher in teams with NPs (team 2, 5.2%; team 3, 8.3%) compared with GPs only (team 1 3.5%) ($p < 0.01$). Team 3 referred more patients to the emergency department (14.7%) compared with team 1 (12.0%; $p = 0.028$). In teams with NPs, GPs more often treated urgent patients (team 1: 13.2%, team 2: 16.3%, team 3: 21.4%; $p < 0.01$) and patients with digestive complaints (team 1: 11.1%, team 2: 11.8%, team 3: 16.7%; $p < 0.01$). **CONCLUSIONS:** Primary healthcare teams with a ratio of up to two GPs and two NPs provided sufficient capacity to provide care to all patients during weekend cover. Areas of concern are the number of consultations, delay in patient care and referrals to the emergency department. **TRIAL REGISTRATION:** NCT02407847.

Williams, K. (2017). "Advanced practitioners in emergency care: a literature review." Emerg Nurse 25(4) : 36-41.

There has been an expansion of advanced practitioner roles, such as advanced clinical practitioners, in emergency departments (EDs) in recent years, with the assumption that they will positively affect the provision and quality of emergency care. This article presents a literature review which aimed to identify the evidence on the effects of advanced practitioners in emergency care. The search revealed only four papers, but these studies did identify a need for the role, and highlighted positive attitudes towards it and its potential to improve patient care. The studies also raised concerns about the lack of clarity about titles, education, skills and competence, issues that must be addressed before implementation of such roles. There is clearly an urgent need for further research, but with careful consideration and implementation, advanced clinical practitioners, like the established emergency nurse practitioner role, can positively affect emergency care provision and help address the challenges faced by EDs across the UK.

2016

Aquino, M. R., Olander, E. K., Needle, J. J., et al. (2016). "Midwives' and health visitors' collaborative relationships: A systematic review of qualitative and quantitative studies." *Int J Nurs Stud* 62 : 193-206.

OBJECTIVES: Interprofessional collaboration between midwives and health visitors working in maternal and child health services is widely encouraged. This systematic review aimed to identify existing and potential areas for collaboration between midwives and health visitors; explore the methods through which collaboration is and can be achieved; assess the effectiveness of this relationship between these groups, and ascertain whether the identified examples of collaboration are in line with clinical guidelines and policy. **DESIGN:** A narrative synthesis of qualitative and quantitative studies. **DATA SOURCES:** Fourteen electronic databases, research mailing lists, recommendations from key authors and reference lists and citations of included papers. **REVIEW METHODS:** Papers were included if they explored one or a combination of: the areas of practice in which midwives and health visitors worked collaboratively; the methods that midwives and health visitors employed when communicating and collaborating with each other; the effectiveness of collaboration between midwives and health visitors; and whether collaborative practice between midwives and health visitors meet clinical guidelines. Papers were assessed for study quality. **RESULTS:** Eighteen papers (sixteen studies) met the inclusion criteria. The studies found that midwives and health visitors reported valuing interprofessional collaboration, however this was rare in practice. Findings show that collaboration could be useful across the service continuum, from antenatal care, transition of care/handover, to postnatal care. Evidence for the effectiveness of collaboration between these two groups was equivocal and based on self-reported data. In relation, multiple enablers and barriers to collaboration were identified. Communication was reportedly key to interprofessional collaboration. **CONCLUSIONS:** Interprofessional collaboration was valuable according to both midwives and health visitors, however, this was made challenging by several barriers such as poor communication, limited resources, and poor understanding of each other's role. Structural barriers such as physical distance also featured as a challenge to interprofessional collaboration. Although the findings are limited by variable methodological quality, these were consistent across time, geographical locations, and health settings, indicating transferability and reliability.

Depasquale, C. et Stange, K. (2016). Labor Supply Effects of Occupational Regulation: Evidence from the Nurse Licensure Compact. *NBER Working Paper Series* ; n° 22344. Cambridge NBER : 52, fig., tabl., annexes.

<https://www.nber.org/papers/w22344.pdf>

There is concern that licensure requirements impede mobility of licensed professionals to areas of high demand. Nursing has not been immune to this criticism, especially in the context of perceived nurse shortages and large expected future demand. The Nurse Licensure Compact (NLC) was introduced to solve this problem by permitting registered nurses to practice across state lines without obtaining additional licensure. We exploit the staggered adoption of the NLC to examine whether a reduction in licensure-induced barriers alters the nurse labor market. Using data on over 1.8 million nurses and other health care workers we find no evidence that the labor supply or mobility of nurses increases following the adoption of the NLC, even among the residents of counties bordering other NLC states who are potentially most affected by the NLC. This suggests that nationalizing occupational licensing will not substantially reduce labor market frictions

Hastings, S. E., Suter, E., Bloom, J., et al. (2016). "Introduction of a team-based care model in a general medical unit." BMC Health Serv Res 16 : 245.

BACKGROUND: Alberta Health Services is a provincial health authority responsible for healthcare for more than four million people. The organization recognized a need to change its care delivery model to make care more patient- and family-centred and use its health human resources more effectively by enhancing collaborative practice. A new care model including changes to how providers deliver care and skill mix changes to support the new processes was piloted on a medical unit in a large urban acute care hospital. Evidence-based care processes were introduced, including an initial patient assessment and orientation, comfort rounds, bedside shift reports, patient whiteboards, Name Occupation Duty, rapid rounds, and team huddles. Small teams of nurses cared for a portion of patients on the unit. The model was intended to enhance safety and quality of care by allowing providers to work to full scope in a collaborative practice environment. **METHODS:** We evaluated the new model approximately one year after implementation using interviews with staff (n = 15), surveys of staff (n = 25 at baseline and at the final evaluation) and patients (n = 26 at baseline and 37 at the final evaluation), and administrative data pulled from organizational databases. **RESULTS:** Staff interviews revealed that overall, the new care processes and care teams worked quite well. Unit culture and collaboration were improved, as were role clarity, scope of practice, and patient care. Responses from staff surveys were also very positive, showing significant positive changes in most areas. Patient satisfaction surveys showed a few positive changes; scores overall were very high. Administrative data showed slight decreases in overall length of stay, 30-day readmissions, staff absenteeism, staff vacancies, and the overtime rate. We found no changes in unit length of stay, 30-day returns to emergency department, or nursing sensitive adverse events. **CONCLUSIONS:** Conclusions from the evaluation were positive, providing initial support for the idea of the collaborative practice model vision for adult medical units across Alberta. There were also a few positive effects on patient care suggesting that models such as this one could improve the organization's ability to deliver sustainable, high-quality, patient- and family-centred care without compromising quality.

Maier, C. B. et Aiken, L. H. (2016). "Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study." Eur J Public Health 26(6) : 927-934.

BACKGROUND: Primary care is in short supply in many countries. Task shifting from physicians to nurses is one strategy to improve access, but international research is scarce. We analysed the extent of task shifting in primary care and policy reforms in 39 countries. **METHODS:** Cross-country comparative research, based on an international expert survey, plus literature scoping review. A total of 93 country experts participated, covering Europe, USA, Canada, Australia and New Zealand (response rate: 85.3%). Experts were selected according to pre-defined criteria. Survey responses were triangulated with the literature and analysed using policy, thematic and descriptive methods to assess developments in country-specific contexts. **RESULTS:** Task shifting, where nurses take up advanced roles from physicians, was implemented in two-thirds of countries (N = 27, 69%), yet its extent varied. Three clusters emerged: 11 countries with extensive (Australia, Canada, England, Northern Ireland, Scotland, Wales, Finland, Ireland, Netherlands, New Zealand and USA), 16 countries with limited and 12 countries with no task shifting. The high number of policy, regulatory and educational reforms, such as on nurse prescribing, demonstrate an evolving trend internationally toward expanding nurses' scope-of-practice in primary care. **CONCLUSIONS:** Many countries have implemented task-shifting reforms to maximise workforce capacity. Reforms have focused on removing regulatory and to a lower extent, financial barriers, yet were often lengthy and controversial. Countries early on in the process are primarily

reforming their education. From an international and particularly European Union perspective, developing standardised definitions, minimum educational and practice requirements would facilitate recognition procedures in increasingly connected labour markets.

Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martin-Santos, F. J., et al. (2016). "A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people." *Int J Nurs Stud* 53 : 290-307.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748915003119?via%3Dihub>

OBJECTIVES: To identify, assess and summarize available scientific evidence about the effect of interventions deployed by advanced practice nurses when providing care to older people in different care settings, and to describe the roles and components of the interventions developed by these professionals. **BACKGROUND:** In older people, evidence of advanced practice roles remains dispersed along different contexts, approaches and settings; there is little synthesis of evidence, and it is not easy to visualize the different practice models, their components, and their impact. **DESIGN:** Systematic review. **DATA SOURCES:** Sixteen electronic databases were consulted (1990-2014). The research also included screening of original studies in reviews and reports from Centers of Health Services Research and Health Technology Agencies. **REVIEW METHODS:** Studies were assessed by two reviewers with the Cochrane risk of bias tool. They were classified depending on the type of follow-up (long and short-term care) and the scope of the service (advanced practice nurses interventions focused on multimorbid patients, or focused on a specific disease). **RESULTS:** Fifteen studies were included. In long-term settings, integrative, multi-component and continuous advanced practice nursing care, reduced readmissions, and increased patients' and caregivers' satisfaction. Advanced practice nurses were integrated within multidisciplinary teams and the main interventions deployed were patient education, multidimensional assessments and coordination of multiple providers. **CONCLUSION:** Positive results have been found in older people in long-term care settings, although it is difficult to discern the specific effect attributable to them because they are inserted in multidisciplinary teams. Further investigations are needed to evaluate the cost-effectiveness of the two modalities detected and to compare internationally the interventions developed by advanced practice nurses.

Noordman, J. et van Dulmen, S. (2016). "The consequences of task delegation for the process of care: Female patients seem to benefit more." *Women Health* 56(2) : 194-207.

The shift of tasks from primary care physicians to practice nurses and the continuing increase in the numbers of women involved in medical care may have consequences for the provision of health care and communication. The aim of the present study was to examine potential differences in female practice nurses' application of communication skills, practice guidelines, and motivational interviewing skills during consultations with female and male patients. Nineteen female practice nurses and their patients (n = 181) agreed to have their consultations videotaped (during 2010-2011). The videotaped consultations were rated using two validated instruments: the Maas-Global (to assess generic communication skills and practice guidelines) and the Behaviour Change Counselling Index (to assess motivational interviewing skills). Multilevel linear and logistic regression analyses were performed. Female practice nurses provided significantly more comprehensive information during consultations with female patients (p = .03) and talked more about management with male patients (p = .04). Furthermore, nurses applied motivational interviewing skills more clearly during consultations with female than with male patients (p < .01). The shift in tasks from primary care physicians toward practice nurses may have implications for clinical and patient outcomes as patients will no longer be counseled by male professionals. Conceivably, female

patients are motivated more by nurses to change their behavior, while male patients receive more concrete management information or advice.

Parker, S. et Fuller, J. (2016). "Are nurses well placed as care co-ordinators in primary care and what is needed to develop their role: a rapid review?" Health Soc Care Community 24(2) : 113-122.

Care co-ordination is reported to be an effective component of chronic disease (CD) management within primary care. While nurses often perform this role, it has not been reported if they or other disciplines are best placed to take on this role, and whether the discipline of the co-ordinator has any impact on clinical and health service outcomes. We conducted a rapid review of previous systematic reviews from 2006 to 2013 to answer these questions with a view to informing improvements in care co-ordination programmes. Eighteen systematic reviews from countries with developed health systems comparable to Australia were included. All but one included complex interventions and 12 of the 18 involved a range of multidisciplinary co-ordination strategies. This multi-strategy and multidisciplinary made it difficult to isolate which were the most effective strategies and disciplines. Nurses required specific training for these roles, but performed co-ordination more often than any other discipline. There was, however, no evidence that discipline had a direct impact on clinical or service outcomes, although specific expertise gained through training and workforce organisational support for the co-ordinator was required. Hence, skill mix is an important consideration when employing care co-ordination, and a sustained consistent approach to workforce change is required if nurses are to be enabled to perform effective care co-ordination in CD management in primary care.

Van Der Biezen, M., Adang, E., Van Der Burgt, R., et al. (2016). "The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and health-care costs during out-of-hours: a quasi-experimental study." BMC Fam Pract 17(1) : 132.

BACKGROUND: The pressure in out-of-hours primary care is high due to an increasing demand for care and rising health-care costs. During the daytime, substituting general practitioners (GPs) with nurse practitioners (NPs) shows positive results to contribute to these challenges. However, there is a lack of knowledge about the impact during out-of-hours. The current study aims to provide an insight into the impact of substitution on resource use, production and direct health-care costs during out-of-hours. **METHODS:** At a general practitioner cooperative (GPC) in the south-east of the Netherlands, experimental teams with four GPs and one NP were compared with control teams with five GPs. In a secondary analysis, GP care versus NP care was also examined. During a 15-month period all patients visiting the GPC on weekend days were included. The primary outcome was resource use including X-rays, drug prescriptions and referrals to the Emergency Department (ED). We used logistic regression to adjust for potential confounders. Secondary outcomes were production per hour and direct health-care costs using a cost-minimization analysis. **RESULTS:** We analysed 6,040 patients in the experimental team (NPs: 987, GPs: 5,053) and 6,052 patients in the control team. There were no significant differences in outcomes between the teams. In the secondary analysis, in the experimental team NP care was associated with fewer drug prescriptions (NPs 37.1 %, GPs 43 %, $p < .001$) and fewer referrals to the ED (NPs 5.1 %, GPs 11.3 %, $p = .001$) than GP care. The mean production per hour was 3.0 consultations for GPs and 2.4 consultations for NPs ($p < .001$). The cost of a consultation with an NP was euro3.34 less than a consultation with a GP ($p = .02$). **CONCLUSIONS:** These results indicated no overall differences between the teams. Nonetheless, a comparison of type of provider showed that NP care resulted in lower resource use and cost savings than GP care. To find the optimal balance between GPs and NPs in out-of-hours primary care,

more research is needed on the impact of increasing the ratio of NPs in a team with GPs on resource use and health-care costs. TRIAL REGISTRATION: ClinicalTrials.gov ID NCT01388374 .

van der Biezen, M., Schoonhoven, L., Wijers, N., et al. (2016). "Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study." *J Adv Nurs* 72(8) : 1813-1824.

AIM: To provide insight into the impact of substituting general practitioners with nurse practitioners in out-of-hours services on: (1) the number of patients; and (2) general practitioners' caseload (patient characteristics, urgency levels, types of complaints). **BACKGROUND:** General practitioners' workload during out-of-hours care is high, and the number of hours they work out-of-hours has increased, which raises concerns about maintaining quality of care. One response to these challenges is shifting care to nurse practitioners. **DESIGN:** Quasi-experimental study comparing differences between and within out-of-hours teams: experimental, one nurse practitioner and four general practitioners; control, five general practitioners. **METHODS:** Data of 12,092 patients from one general practitioners cooperative were extracted from medical records between April 2011 and July 2012. **RESULTS:** The number of patients was similar in the two study arms. In the experimental arm, the nurse practitioner saw on average 16.3% of the patients and each general practitioner on average 20.9% of the patients. General practitioners treated more older patients; higher urgency levels; and digestive, cardiovascular and neurological complaints. Nurse practitioners treated more patients with skin and respiratory complaints. Substitution did not lead to a meaningful increase of general practitioners' caseload. **CONCLUSION:** The results show that nurse practitioners can make a valuable contribution to patient care during out-of-hours. The patients managed and care provided by them is roughly the same as general practitioners. In areas with a shortage of general practitioners, administrators could consider employing nurses who are competent to independently treat patients with a broad range of complaints to offer timely care to patients with acute problems.

2015

Benjamins, S. J., Damen, M. L. et van Stel, H. F. (2015). "Feasibility and Impact of Doctor-Nurse Task Delegation in Preventive Child Health Care in the Netherlands, a Controlled Before-After Study." *PLoS One* 10(10) : e0139187.

BACKGROUND: In the Netherlands a need is felt for more flexible Child Health Care services, both efficient and tailored to needs. We set up a study on impact and feasibility of task delegation to child health care nurses performing all regular checkups on children aged 2 months to 4 years. Abnormal findings were discussed with the attending child health care doctor. This article describes impact and feasibility of this task delegation from four viewpoints: competences of nurses; percentage of children assigned to the nurse; change in abnormal findings and referrals; experiences of professionals and parents. **METHODS:** Two experiment teams and two control teams were compared before and after starting task delegation. Nurses in the experiment teams were trained to carry out regular checkups on healthy children. Assignment to the experiment schedule was a joint decision by doctor and nurse. Nursing competences were measured by means of questionnaires. Percentage of children assigned to the nurse and screening results of eyes, heart, hips, growth and development were extracted from the electronic health record. Difference in change was compared between experiment and control teams. Mann-Whitney tests and logistic generalized estimating equations were used to test for significance. Experiences of

professionals and parents were evaluated through focus group interviews, which were subjected to a qualitative analysis. RESULTS: Nurses in the experiment regions showed improvement in medical screening skills. No difference in change was perceived in general nursing competences. In the experiment group, 69% of all children were assigned to the nurse. There were no significant differences in change in the percentages of abnormal findings or referrals in the experiment teams compared to the control teams, except for hips. Interviews showed that both doctors and nurses thought positively of the new working method, yet made some recommendations for improvements. Parents felt well-informed and experienced an equal level of proficiency but less continuity in person. CONCLUSION: This experiment shows that task delegation from doctor to nurse in preventive child health care is feasible. It is important to pay attention to the acceptance process of professionals during implementation. More investigation is needed in order to assess effectiveness and efficacy of task delegation.

Carrier, J. et Yarwood, J. (2015). "The nurse practitioner role: Solution or servant in improving primary health care service delivery." *Collegian* 22(2) : 169-174.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.004>

[https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(15\)00012-8/pdf](https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(15)00012-8/pdf)

In New Zealand, as in many other countries, the demand for health services is escalating as chronic disease, population ageing and health disparities increase. It has been argued that a more comprehensive primary health care approach is needed combining biomedical approaches with a social determinants and social justice based approach. The contemporary development of the nurse practitioner (NP) role in New Zealand (NZ) offers the possibility of taking up a more critical approach to strengthen and extend primary health care services (PHC). Nurse practitioners could simply be utilised to shore up the nature and style of existing primary care (PC) service configurations or, more usefully, they could lead a revolution in traditional approaches towards genuine primary health care delivery.

Jacob, E. R., McKenna, L. et D'Amore, A. (2015). "The changing skill mix in nursing: considerations for and against different levels of nurse." *J Nurs Manag* 23(4) : 421-426.

AIM: To investigate the current literature to gain an understanding of skill mix, why it is being manipulated and how it affects patient care and health-care costs. BACKGROUND: Due to workforce shortages, economic constraints and increasing patient acuity, employers are looking at methods of providing patient care whilst maintaining costs. Registered nurses make up a large percentage of the health-care budget. The manipulation of skill mix (i.e. the percentage of registered nurses available for patient care) is seen as one method of managing the increasing cost whilst still ensuring patient care. EVALUATION: Research literature was used to determine the current use of skill mix and its impact on patient care and health-care costs. KEY ISSUE: The use of a higher proportion of registered nurses is associated with better health outcomes, shorter length of stay and reduced patient morbidity. CONCLUSION: Economic savings from substituting registered nurses with other health professionals may be offset by increased patient length of stay in hospital and increased patient mortality. IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: When evaluating nursing skill mix, a higher percentage of registered nurses may result in health-care facility cost savings by providing a shorter length of stay and decreased patient complications.

King, A., Long, L. et Lisy, K. (2015). "Effectiveness of team nursing compared with total patient care on staff wellbeing when organizing nursing work in acute care wards: a systematic review." *JBI Database System Rev Implement Rep* 13(11) : 128-168.

BACKGROUND: The organization of the work of nurses, according to recognized models of care, can have a significant impact on the wellbeing and performance of nurses and nursing teams. This review focuses on two models of nursing care delivery, namely, team and total patient care, and their effect on nurses' wellbeing. **OBJECTIVES:** To examine the effectiveness of team nursing compared to total patient care on staff wellbeing when organizing nursing work in acute care wards. **INCLUSION CRITERIA:** Participants were nurses working on wards in acute care hospitals. The intervention was the use of a team nursing model when organizing nursing work. The comparator was the use of a total patient care model. This review considered quantitative study designs for inclusion in the review. The outcome of interest was staff wellbeing which was measured by staff outcomes in relation to job satisfaction, turnover, absenteeism, stress levels and burnout. **SEARCH STRATEGY:** The search strategy aimed to find both published and unpublished studies from 1995 to April 21, 2014. **METHODOLOGICAL QUALITY:** Quantitative papers selected for retrieval were assessed by two independent reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review using standardized critical appraisal instruments from the Joanna Briggs Institute. **DATA EXTRACTION:** Data was extracted from papers included in the review using the standardized data extraction tool from the Joanna Briggs Institute. The data extracted included specific details about the interventions, populations, study methods and outcomes of significance to the review question and its specific objectives. **DATA SYNTHESIS:** Due to the heterogeneity of the included quantitative studies, meta-analysis was not possible. Results have been presented in a narrative form. **RESULTS:** The database search returned 10,067 records. Forty-three full text titles were assessed, and of these 40 were excluded, resulting in three studies being included in the review. Two of the studies were quasi experimental designs and the other was considered an uncontrolled before and after experimental study. There were no statistically significant differences observed in any study in the overall job satisfaction of nurses using a team nursing model compared with a total patient care model. Some differences in job satisfaction were however observed within different subgroups of nurses. There were no statistically significant differences in either stress or job tension. Within the selected studies, the specific outcomes of absenteeism and burnout were not addressed. **CONCLUSIONS:** Due to the limited number of quantitative studies identified for inclusion in this systematic review it is not possible to determine whether organizing nursing work in a team nursing or total patient care model is more effective in terms of staff wellbeing in acute care settings. Neither a team nursing or total patient care model had a significant influence on nurses' overall job satisfaction, stress levels or staff turnover. This review could not ascertain if the type of model of care affects absenteeism or burnout as these were not addressed in any of the identified studies. Caution should be taken when evaluating which model of care is appropriate and the decision needs to incorporate staff experience levels and staff skill mix. There needs to be clear definition of nursing roles. This review demonstrates the need for further quantitative studies of these models of care that are well designed with sufficient sample sizes to allow for attrition of participants, and that explore the impact each model has on nurse's wellbeing, in particular, studies that address burnout and absenteeism. There is a need for consistent terminology to allow for future comparison and research to occur at an international level. Future studies on models of care should include economic analysis to fully inform policy and practice.

Lovink, M. H., Persoon, A., van Vught, A. J., et al. (2015). "Physician substitution by mid-level providers in primary healthcare for older people and long-term care facilities: protocol for a systematic literature review." *J Adv Nurs* 71(12) : 2998-3005.

AIM: This protocol describes a systematic review that evaluates the effects of physician substitution by mid-level providers (nurse practitioners, physician assistants or nurses) in primary healthcare for older people and long-term care facilities. The secondary aim is to

describe facilitators and barriers to the implementation of physician substitution in these settings. **BACKGROUND:** Healthcare for older people is undergoing major changes, due to population ageing and reforms that shift care to the community. Besides, relatively few medical students are pursuing careers in healthcare for older people. Innovative solutions are needed to guarantee the quality of healthcare and to contain costs. A solution might be shifting care from physicians to mid-level providers. To date, no systematic review on this topic exists to guide policymaking. **DESIGN:** A quantitative systematic literature review using Cochrane methods. **METHODS:** The following databases will be searched for original research studies that quantitatively compare care provided by a physician to the same care provided by a mid-level provider: PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL and Web of Science. Study selection, data extraction and quality appraisal will be conducted independently by two reviewers. Data synthesis will consist of a qualitative analysis of the data. Funding of the review was confirmed in August 2013 by the Ministry of Health, Welfare and Sport of the Netherlands. **DISCUSSION:** This review will contribute to the knowledge on effects of physician substitution in healthcare for older people and factors that influence the outcomes. This knowledge will guide professionals and policy administrators in their decisions to optimize healthcare for older people.

Macdonald, D., Snelgrove-Clarke, E., Campbell-Yeo, M., et al. (2015). "The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: a systematic review." JB Database System Rev Implement Rep 13(11) : 74-127.

BACKGROUND: Collaboration has been associated with improved health outcomes in maternity care. Collaborative relationships between midwives and physicians have been a focus of literature regarding collaboration in maternity care. However despite the front line role of nurses in the provision of maternity care, there has not yet been a systematic review conducted about the experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care. **OBJECTIVE:** The objective of this review was to identify, appraise and synthesize qualitative evidence on the experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care. Specifically, the review question was: what are the experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care? **INCLUSION CRITERIA:** This review considered studies that included educated and licensed midwives and nurses with any length of practice. Nurses who work in labor and delivery, postpartum care, prenatal care, public health and community health were included in this systematic review. This review considered studies that investigated the experiences of midwives and nurses collaborating during the provision of birthing care. Experiences, of any duration, included any interactions between midwives and nurses working in collaboration to provide birthing care. Birthing care referred to: (a) supportive care throughout the pregnancy, labor, delivery and postpartum, (b) administrative tasks throughout the pregnancy, labor, delivery and postpartum, and (c) clinical skills throughout the pregnancy, labor, delivery and postpartum. The postpartum period included the six weeks after delivery. The review considered English language studies that focused on qualitative data including, but not limited to, designs such as phenomenology, grounded theory, ethnography, action research and feminist research. This review considered qualitative studies that explored the experiences of collaboration in areas where midwives and nurses work together. Examples of these areas included: hospitals, birth centers, client homes, health clinics and other public or community health settings. These settings were located in any country, cultural context, or geographical location. **SEARCH STRATEGY:** A three-step search strategy was used to identify relevant published and unpublished studies. English papers from 1981 onwards were considered. The following databases were searched: Anthrosource, CENTRAL (The Cochrane Library), CINAHL, EMBASE, PsycINFO, PubMed, Social Services Abstracts and Sociological Abstracts. In addition to the databases, several grey literature sources were searched. **METHODOLOGICAL QUALITY:**

Papers that were selected for retrieval were independently assessed for inclusion in the review by two JBI-trained reviewers. The two reviewers used a standardized critical appraisal instrument from the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument. DATA EXTRACTION: Qualitative data were extracted from papers included in the review using the standardized data extraction tool from the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument. DATA SYNTHESIS: Once qualitative studies were assessed using the the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument critical appraisal tool, findings of the included studies were extracted. These findings were aggregated into categories according to their similarity in meaning. These categories were then subjected to a meta-synthesis to produce a comprehensive set of synthesized findings. RESULTS: Five studies were included in the review. Thirty-eight findings were extracted from the included studies and were aggregated into five categories. The five categories were synthesized into two synthesized findings. The two synthesized findings were: Synthesized finding 1: Negative experiences of collaboration between nurses and midwives may be influenced by distrust, lack of clear roles, or unprofessional or inconsiderate behavior. Synthesized finding 2: If midwives and nurses have positive experiences collaborating then there is hope that the challenges of collaboration can be overcome. CONCLUSIONS: Qualitative evidence about the experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care was identified, appraised and synthesized. Two synthesized findings were created from the findings of the five included studies. Midwives and nurses had negative experiences of collaboration which may be influenced by: distrust, unclear roles, or a lack of professionalism or consideration. Midwives and nurses had positive experiences of teamwork which can be a source of hope for overcoming the challenges of sharing care. There is clearly a gap in the literature about the collaborative experiences of midwives and nurses, given that only five studies were located for inclusion in the systematic review. More qualitative research exploring collaboration as a process and the interactional dynamics of midwives and nurses in a variety of practice and professional contexts is required. Distrust, unclear roles, and lack of professionalism and consideration must all be addressed. Strategies that address and minimize the occurrences of these three elements need to be developed and implemented in an effort to reduce negative collaborative experiences for midwives and nurses. Positive experiences of teamwork must be acknowledged and celebrated, and the challenges that sharing care present must be understood as a part of the collaborative process. More qualitative research is required to explore the collaborative process between midwives and nurses. Further exploration of their interactional dynamics, their relationship between power and collaboration, and the experiences of collaboration in a variety of professional and practice contexts is recommended.

Martinez-Gonzalez, N. A., Rosemann, T., Djalali, S., et al. (2015). "Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *Med Care Res Rev* 72(4) : 395-418.

https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1077558715586297?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed

Task-shifting from physicians to nurses has gained increasing interest in health policy but little is known about its efficiency. This systematic review was conducted to compare resource utilization with task-shifting from physicians to nurses in primary care. Literature searches yielded 4,589 citations. Twenty studies comprising 13,171 participants met the inclusion criteria. Meta-analyses showed nurses had more return consultations and longer consultations than physicians but were similar in their use of referrals, prescriptions, or investigations. The evidence has limitations, but suggests that the effects may be influenced by the utilization of resources, context of care, available guidance, and supervision. Cost data suggest physician-nurse salary and physician's time spent on supervision and delegation are

important components of nurse-led care costs. More rigorous research involving a wider range of nurses from many countries is needed reporting detailed accounts of nurses' roles and competencies, qualifications, training, resources, time available for consultations, and all-cause costs.

Martinez-Gonzalez, N. A., Rosemann, T., Tandjung, R., et al. (2015). "The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review." *Swiss Med Wkly* 145 : w14031.

BACKGROUND: Chronically ill and ageing populations demand increasing human resources who can provide on-going and frequent follow-up care. We performed a systematic review to assess the effect of physician-nurse substitution on process care outcomes. **METHODS:** We searched OVID Medline, Embase, CINAHL and The Cochrane Library for all available dates up to August 2012 and updated in February 2014. We selected and critically appraised published randomised controlled trials (RCT) and followed the PRISMA guidelines for the reporting of systematic reviews. **RESULTS:** A total of 14 RCTs comprising 10,743 participants met the inclusion criteria. Studies were generally small and suffered from attrition of $\geq 20\%$ and selection biases. There were 53 process measurements investigated in the 14 RCTs, many of which were unique to specific conditions. Accounts of nurses' roles, responsibilities, tasks, qualifications and training content/components were not described in sufficient detail. Most study estimates showed no significant differences between nurse-led care and physician-led care while less than a half (~40%) favoured nurse-led care. **CONCLUSIONS:** Despite the methodological limitations and the varying nurses' roles and competencies across studies, specially trained nurses can provide care that is at least as equivalent to care provided by physicians for the management of chronic diseases, in terms of process of care. Future, larger studies with better quality methods are needed and should report and assess whether the differences in effects vary due to diversity in roles, qualifications, training competencies and characteristics of clinicians delivering substitution of care.

Martinez-Gonzalez, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., et al. (2015). "The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review." *Hum Resour Health* 13: 55. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493821/pdf/12960_2015_Article_49.pdf

BACKGROUND: Physician-nurse task shifting in primary care appeals greatly to health policymakers. It promises to address workforce shortages and demands of high-quality, affordable care in the healthcare systems of many countries. This systematic review was conducted to assess the evidence about physician-nurse task shifting in primary care in relation to the course of disease and nurses' roles. **METHODS:** We searched MEDLINE, Embase, The Cochrane Library and CINAHL, up to August 2012, and the reference list of included studies and relevant reviews. All searches were updated in February 2014. We selected and critically appraised published randomized controlled trials (RCTs). **RESULTS:** Twelve RCTs comprising 22,617 randomized patients conducted mainly in Europe met the inclusion criteria. Nurse-led care was delivered mainly by nurse practitioners following structured protocols and validated instruments in most studies. Twenty-five unique disease-specific measures of the course of disease were reported in the 12 RCTs. While most (84 %) study estimates showed no significant differences between nurse-led care and physician-led care, nurses achieved better outcomes in the secondary prevention of heart disease and a greater positive effect in managing dyspepsia and at lowering cardiovascular risk in diabetic patients. The studies were generally small, of varying follow-up episodes and were at risk of biases. Descriptive details about roles, qualifications or interventions were also incomplete or not reported. **CONCLUSION:** Trained nurses may have the ability to achieve outcome results that are at least similar to physicians' for managing the course of disease, when following structured protocols and validated instruments. The evidence, however, is limited

by a small number of studies reporting a broad range of disease-specific outcomes; low reporting standards of interventions, roles and clinicians' characteristics, skills and qualifications; and the quality of studies. More rigorous studies using validated tools could clarify these findings.

Seidl, H., Hunger, M., Leidl, R., et al. (2015). "Cost-effectiveness of nurse-based case management versus usual care for elderly patients with myocardial infarction: results from the KORINNA study." *Eur J Health Econ* 16(6) : 671-681.

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-014-0623-3>

OBJECTIVES: We assessed the cost-effectiveness of a case management intervention by trained nurses in elderly (≥ 65 years) patients with myocardial infarction from a societal perspective. **METHODS:** The intervention and observation period spanned 1 year and 329 participants were enrolled. The intervention consisted of at least one home visit and quarterly telephone calls. Data on resource use and quality of life were collected quarterly. The primary measurements of effect were quality-adjusted life years (QALYs), based on the EuroQol five-dimensional questionnaire (EQ-5D-3L) health utilities from the German time trade-off. The secondary measurements were EQ-5D-3L utility values and patients' self-rated health states according to the visual analogue scale (VAS) among survivors. To estimate mean differences, a linear regression model was used for QALYs and a gamma model for costs. Health states among the survivors were analysed using linear mixed models. To assess the impact of different health state valuation methods, VAS-adjusted life years were constructed. **RESULTS:** The mean difference in QALYs was small and not significant (-0.0163; CI -0.0681-0.0354, p value: 0.536, n = 297). Among survivors, EQ-5D-3L utilities showed significant improvements within 6 months in the intervention group (0.051; CI 0.0028-0.0989; p value: 0.0379, n = 280) but returned towards baseline levels by month 12. The mean improvement in self-rated health (VAS) within 1 year was significantly larger in the intervention group (+9.2, CI 4.665-13.766, p value: <0.0001 , n = 266). The overall cost difference was $-\text{euro}17.61$ (CI $-\text{euro}2,601-\text{euro}2,615$; p value: 0.9856, n = 297). The difference in VAS-adjusted life years was 0.0378 (CI -0.0040-0.0796, p value: 0.0759, n = 297). **CONCLUSIONS:** This study could not provide evidence to conclude that the case management intervention was an effective and cost-effective alternative to usual care within a time horizon of 1 year.

Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., et al. (2015). "Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review." *Int J Qual Health Care* 27(5) : 396-404.

<https://academic.oup.com/intqhc/article/27/5/396/2357352>

PURPOSE: To conduct a systematic review of randomized controlled trials (RCTs) of the safety and effectiveness of primary care provided by advanced practice nurses (APNs) and evaluate the potential of their deployment to help alleviate primary care shortages. **DATA SOURCES:** PubMed, Medline and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. **STUDY SELECTION:** RCTs and their follow-up reports that compared outcomes of care provided to adults by APNs and physicians in equivalent primary care provider roles were selected for inclusion. **DATA EXTRACTION:** Ten articles (seven RCTs, plus two economic evaluations and one 2-year follow-up study of included RCTs) met inclusion criteria. Data were extracted regarding study design, setting and outcomes across four common categories. **RESULTS OF DATA SYNTHESIS:** The seven RCTs include data for 10 911 patients who presented for ongoing primary care (four RCTs) or same-day consultations for acute conditions (three RCTs) in the primary care setting. Study follow-up ranged from 1 day to 2 years. APN groups demonstrated equal or better outcomes than physician groups for physiologic measures, patient satisfaction and cost. APNs generally had longer consultations compared with

physicians; however, two studies reported that APN patients required fewer consultations over time. CONCLUSION: There were few differences in primary care provided by APNs and physicians; for some measures APN care was superior. While studies are needed to assess longer term outcomes, these data suggest that the APN workforce is well-positioned to provide safe and effective primary care.

Tsiachristas, A., Wallenburg, I., Bond, C. M., et al. (2015). "Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review." *Health Policy* 119(9) : 1176-1187.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851015000962?via%3Dihub>

One way in which governments are seeking to improve the efficiency of the health care sector is by redesigning health services to contain labour costs. The aim of this study was to investigate the impact of new professional roles on a wide range of health service outcomes and costs. A systematic literature review was performed by searching in different databases for evaluation papers of new professional roles (published 1985-2013). The PRISMA checklist was used to conduct and report the systematic literature review and the EPHPP-Quality Assessment Tool to assess the quality of the studies. Forty-one studies of specialist nurses (SNs) and advanced nurse practitioners (ANPs) were selected for data extraction and analysis. The 25 SN studies evaluated most often quality of life (10 studies), clinical outcomes (8), and costs (8). Significant advantages were seen most frequently regarding health care utilization (in 3 of 3 studies), patient information (5 of 6), and patient satisfaction (4 of 6). The 16 ANP studies evaluated most often patient satisfaction (8), clinical outcomes (5), and costs (5). Significant advantages were seen most frequently regarding clinical outcomes (5 of 5), patient information (3 of 4), and patient satisfaction (5 of 8). Promoting new professional roles may help improve health care delivery and possibly contain costs. Exploring the optimal skill-mix deserves further attention from health care professionals, researchers and policy makers.

Walker, L., Clendon, J. et Nelson, K. (2015). "Nursing roles and responsibilities in general practice: three case studies." *J Prim Health Care* 7(3) : 236-243.

INTRODUCTION: Primary care nursing teams may now comprise registered nurses (usually termed practice nurses), nurse practitioners, physician assistants, enrolled nurses, and primary care practice assistants, clinical assistants, or nursing assistants. There is a need to understand how practitioners in the different roles work with patients in the changed environment. The aim of this study was to describe the different configurations of health professionals' skill-mix in three dissimilar primary care practices, their inter- and intra-professional collaboration and communication, and to explore the potential of expanded nursing scopes and roles to improve patient access. METHODS: Document review, observation and interviews with key stakeholders were used to explore how health practitioners in three practice settings work together, including their delegation, substitution, enhancement and innovation in roles and interdisciplinary interactions in providing patient care. A multiphase integrative, qualitative and skill-mix framework analysis was used to compare findings related to nursing skill-mix across case studies. FINDINGS: Three models of primary care provision, utilising different nursing skill-mix and innovations were apparent. These illustrate considerable flexibility and responsiveness to local need and circumstances. CONCLUSION: Enabling nurses to work to the full extent of their scope, along with some adjustments to the models of care, greater multidisciplinary cooperation and coordination could mitigate future workforce shortages and improve patient access to care.

Clarke, D. J. (2014). "Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography." *J Clin Nurs* 23(9-10) : 1201-1226.

AIMS AND OBJECTIVES: To identify and synthesise the available research evidence in order to generate an explanatory framework for nursing practice in stroke rehabilitation. **BACKGROUND:** Although nurses are the largest professional group working with stroke survivors, there is limited understanding of nursing practice in stroke units. In particular, there is currently very little evidence in respect of nurses' involvement in poststroke rehabilitation. **DESIGN:** Meta-ethnography. **METHOD:** A systematic review was undertaken. The review question was: 'What is the nature of nursing practice in the care and rehabilitation of inpatient stroke survivors?' Searches of 12 electronic databases identified 14,655 publications, and after screening, 778 remained; 137 papers were obtained and 54 retained for mapping. Sixteen qualitative studies were included in the meta-ethnography. **RESULTS:** Nurses' involvement in poststroke rehabilitation was limited. Contextual factors impacted on nurses' perceptions and practice. Nurses' integration of rehabilitation skills was perceived to be contingent on adequate nurse staffing levels and management of demands on nurses' time. Team working practices and use of the built environment indicated separation of nursing and therapy work. Physical care and monitoring were prioritised. Stroke-specific education and training was evident, but not consistent in content or approach. Stroke survivors and families needed help to understand nurses' role in rehabilitation. **CONCLUSION:** The review provides compelling evidence that there is a need to re-examine the role of nurses in contributing to poststroke rehabilitation, including clarifying when this process can safely begin and specifying the techniques that can be integrated in nurses' practice. **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:** Integrating stroke-specific rehabilitation skills in nurses' practice could contribute substantially to improving outcomes for stroke survivors. The explanatory framework developed from the review findings identifies issues which will need to be addressed in order to maximise nurses' contribution to the rehabilitation of stroke survivors.

Drennan, V. M., Halter, M., Brearley, S., et al. (2014). Health Services and Delivery Research. [Investigating the contribution of physician assistants to primary care in England: a mixed-methods study](#). Southampton (UK), NIHR Journals Library

This work was produced by Drennan et al. under the terms of a commissioning contract issued by the Secretary of State for Health. This issue may be freely reproduced for the purposes of private research and study and extracts (or indeed, the full report) may be included in professional journals provided that suitable acknowledgement is made and the reproduction is not associated with any form of advertising. Applications for commercial reproduction should be addressed to: NIHR Journals Library, National Institute for Health Research, Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre, Alpha House, University of Southampton Science Park, Southampton SO16 7NS, UK.

BACKGROUND: Primary health care is changing as it responds to demographic shifts, technological changes and fiscal constraints. This, and predicted pressures on medical and nursing workforces, raises questions about staffing configurations. Physician assistants (PAs) are mid-level practitioners, trained in a medical model over 2 years at postgraduate level to work under a supervising doctor. A small number of general practices in England have employed PAs. **OBJECTIVE:** To investigate the contribution of PAs to the delivery of patient care in primary care services in England. **DESIGN:** A mixed-methods study conducted at macro, meso and micro organisational levels in two phases: (1) a rapid review, a scoping survey of key national and regional informants, a policy review, and a survey of PAs and (2)

comparative case studies in 12 general practices (six employing PAs). The latter incorporated clinical record reviews, a patient satisfaction survey, video observations of consultations and interviews with patients and professionals. RESULTS: The rapid review found 49 published studies, mainly from the USA, which showed increased numbers of PAs in general practice settings but weak evidence for impact on processes and patient outcomes. The scoping survey found mainly positive or neutral views about PAs, but there was no mention of their role in workforce policy and planning documents. The survey of PAs in primary care (n = 16) found that they were mainly deployed to provide same-day appointments. The comparative case studies found that physician assistants were consulted by a wide range of patients, but these patients tended to be younger, with less medically acute or complex problems than those consulting general practitioners (GPs). Patients reported high levels of satisfaction with both PAs and GPs. The majority were willing or very willing to consult a PA again but wanted choice in which type of professional they consulted. There was no significant difference between PAs and GPs in the primary outcome of patient reconsultation for the same problem within 2 weeks, investigations/tests ordered, referrals to secondary care or prescriptions issued. GPs, blinded to the type of clinician, judged the documented activities in the initial consultation of patients who reconsulted for the same problem to be appropriate in 80% (n = 223) PA and 50% (n = 252) GP records. PAs were judged to be competent and safe from observed consultations. The average consultation with a physician assistant is significantly longer than that with a GP: 5.8 minutes for patients of average age for this sample (38 years). Costs per consultation were pound34.36 for GPs and pound28.14 for PAs. Costs could not be apportioned to GPs for interruptions, supervision or training of PAs. CONCLUSIONS: PAs were found to be acceptable, effective and efficient in complementing the work of GPs. PAs can provide a flexible addition to the primary care workforce. They offer another labour pool to consider in health professional workforce and education planning at local, regional and national levels. However, in order to maximise the contribution of PAs in primary care settings, consideration needs to be given to the appropriate level of regulation and the potential for authority to prescribe medicines. Future research is required to investigate the contribution of PAs to other first contact services as well as secondary services; the contribution and impact of all types of mid-level practitioners (including nurse practitioners) in first contact services; the factors and influences on general practitioner and practice manager decision-making as to staffing and skill mix; and the reliability and validity of classification systems for both primary care patients and their presenting condition and their consequences for health resource utilisation. FUNDING: The National Institute for Health Research Health Services and Delivery Research programme.

Hurlock-Chorostecki, C., Forchuk, C., Orchard, C., et al. (2014). "Hospital-based nurse practitioner roles and interprofessional practice: a scoping review." *Nurs Health Sci* 16(3) : 403-410.

This scoping review provides current global understanding of the rapidly evolving nurse practitioner role within hospital settings, and considers the level of understanding of its enactment within interprofessional teamwork. Arksey and O'Malley's framework was used to explore recent primary research, reviews, and gray literature in two ways. First, hospital-based nurse practitioner literature was mapped to country of origin, and thematically summarized. Second, clearly developed and consistently defined key interprofessional concepts were identified in the interprofessional literature then conceptually mapped to the nurse practitioner studies by their operationalization. The nurse practitioner review located 103 abstracts. Twenty-nine, originating from four countries, met the inclusion criteria. The interprofessional concept review identified a total of 137 relevant abstracts, however, only ten met the inclusion criteria. Understanding the nurse practitioner role within hospital teams remains limited due to a small number of countries producing evidence, the lack of nurse practitioner role title standardization hindering consistent knowledgebase

development, and limited application and inconsistent operationalization of concepts within nurse practitioner research. Research focused on role enactment is needed to understand the uniqueness of the hospital-based nurse practitioner role.

Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., et al. (2014). "The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review." *J Eval Clin Pract* 20(6) : 1106-1123.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12219>

RATIONALE, AIMS AND OBJECTIVES: Increasing numbers of clinical nurse specialists (CNSs) are working in outpatient settings. The objective of this paper is to describe a systematic review of randomized controlled trials (RCTs) evaluating the cost-effectiveness of CNSs delivering outpatient care in alternative or complementary provider roles. **METHODS:** We searched CINAHL, MEDLINE, EMBASE and seven other electronic databases, 1980 to July 2012 and hand-searched bibliographies and key journals. RCTs that evaluated formally trained CNSs and health system outcomes were included. Study quality was assessed using the Cochrane risk of bias tool and the Quality of Health Economic Studies instrument. We used the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation to assess quality of evidence for individual outcomes. **RESULTS:** Eleven RCTs, four evaluating alternative provider (n = 683 participants) and seven evaluating complementary provider roles (n = 1464 participants), were identified. Results of the alternative provider RCTs (low-to-moderate quality evidence) were fairly consistent across study populations with similar patient outcomes to usual care, some evidence of reduced resource use and costs, and two economic analyses (one fair and one high quality) favouring CNS care. Results of the complementary provider RCTs (low-to-moderate quality evidence) were also fairly consistent across study populations with similar or improved patient outcomes and mostly similar health system outcomes when compared with usual care; however, the economic analyses were weak. **CONCLUSIONS:** Low-to-moderate quality evidence supports the effectiveness and two fair-to-high quality economic analyses support the cost-effectiveness of outpatient alternative provider CNSs. Low-to-moderate quality evidence supports the effectiveness of outpatient complementary provider CNSs; however, robust economic evaluations are needed to address cost-effectiveness.

Kroezen, M. (2014). Nurse prescribing: A study on task substitution and professional jurisdictions. Utrecht NIVEL : 328, tabl.

http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/51587/complete_dissertation.pdf

Nurses prescribe appropriately and in comparable ways to physicians. Yet the legal, educational and organisational conditions under which nurses prescribe medicines vary considerably across countries, from countries where nurses prescribe independently to countries in which prescribing by nurses is only allowed under strict conditions and the supervision of physicians. In the Netherlands, categories of specialised registered nurses have limited legal prescribing rights, while nurse specialists have more extensive prescribing rights. On the work floor, there is great diversity in the extent to which and way in which nurse specialists' legal prescriptive authority has been implemented. Because of the prescribing protocols and formal and informal agreements in place, the jurisdiction that Dutch nurse specialists have on the work floor over prescribing is often much more limited than their legal prescriptive authority.

Martinez-Gonzalez, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., et al. (2014). "Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis." *BMC Health Serv Res* 14 : 214.

BACKGROUND: In many countries, substitution of physicians by nurses has become common due to the shortage of physicians and the need for high-quality, affordable care, especially for chronic and multi-morbid patients. We examined the evidence on the clinical effectiveness and care costs of physician-nurse substitution in primary care. **METHODS:** We systematically searched OVID Medline and Embase, The Cochrane Library and CINAHL, up to August 2012; selected and critically appraised published randomised controlled trials (RCTs) that compared nurse-led care with care by primary care physicians on patient satisfaction, Quality of Life (QoL), hospital admission, mortality and costs of healthcare. We assessed the individual study risk of bias, calculated the study-specific and pooled relative risks (RR) or standardised mean differences (SMD); and performed fixed-effects meta-analyses. **RESULTS:** 24 RCTs (38,974 participants) and 2 economic studies met the inclusion criteria. Pooled analyses showed higher overall scores of patient satisfaction with nurse-led care (SMD 0.18, 95% CI 0.13 to 0.23), in RCTs of single contact or urgent care, short (less than 6 months) follow-up episodes and in small trials ($N \leq 200$). Nurse-led care was effective at reducing the overall risk of hospital admission (RR 0.76, 95% CI 0.64 to 0.91), mortality (RR 0.89, 95% CI 0.84 to 0.96), in RCTs of on-going or non-urgent care, longer (at least 12 months) follow-up episodes and in larger ($N > 200$) RCTs. Higher quality RCTs (with better allocation concealment and less attrition) showed higher rates of hospital admissions and mortality with nurse-led care albeit less or not significant. The results seemed more consistent across nurse practitioners than with registered or licensed nurses. The effects of nurse-led care on QoL and costs were difficult to interpret due to heterogeneous outcome reporting, valuation of resources and the small number of studies. **CONCLUSIONS:** The available evidence continues to be limited by the quality of the research considered. Nurse-led care seems to have a positive effect on patient satisfaction, hospital admission and mortality. This important finding should be confirmed and the determinants of this effect should be assessed in further, larger and more methodically rigorous research.

Martinez-Gonzalez, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., et al. (2014). "Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: a systematic review and meta-analysis." *PLoS One* 9(2) : e89181.

BACKGROUND: Physicians' shortage in many countries and demands of high-quality and affordable care make physician-nurse substitution an appealing workforce strategy. The objective of this study is to conduct a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) assessing the impact of physician-nurse substitution in primary care on clinical parameters. **METHODS:** We systematically searched OVID Medline and Embase, The Cochrane Library and CINAHL, up to August 2012; selected peer-reviewed RCTs comparing physician-led care with nurse-led care on changes in clinical parameters. Study selection and data extraction were performed in duplicate by independent reviewers. We assessed the individual study risk of bias; calculated the study-specific and pooled relative risks (RR) or weighted mean differences (WMD); and performed fixed-effects meta-analyses. **RESULTS:** 11 RCTs ($N = 30,247$) were included; most were from Europe, generally small with higher risk of bias. In all studies, nurses provided care for complex conditions including HIV, hypertension, heart failure, cerebrovascular diseases, diabetes, asthma, Parkinson's disease and incontinence. Meta-analyses showed greater reductions in systolic blood pressure (SBP) in favour of nurse-led care (WMD -4.27 mmHg, 95% CI -6.31 to -2.23) but no statistically significant differences between groups in the reduction of diastolic blood pressure (DBP) (WMD -1.48 mmHg, 95%CI -3.05 to -0.09), total cholesterol (TC) (WMD -0.08 mmol/l, 95%CI -0.22 to 0.07) or glycosylated haemoglobin (WMD 0.12%HbAc1, 95%CI -0.13 to 0.37). Of other 32 clinical parameters identified, less than a fifth favoured nurse-led care while 25 showed no significant differences between groups. **LIMITATIONS:** disease-specific interventions from a small selection of healthcare systems, insufficient quantity and quality of studies, many different parameters. **CONCLUSIONS:** trained nurses appeared to be better than physicians

at lowering SBP but similar at lowering DBP, TC or HbA1c. There is insufficient evidence that nurse-led care leads to better outcomes of other clinical parameters than physician-led care.

Mumford, V. et Haas, M. (2014). "Nurse Practitioners and Physician Assistants: Adapting models of care to changing demographics." (5) : 14.

[https://www.journalofnursingresearch.com/article/S0022-4804\(15\)00648-4/fulltext](https://www.journalofnursingresearch.com/article/S0022-4804(15)00648-4/fulltext)

In order to combat predicted shortages in health workers and to adapt to a changing patterns of health care in Australia a number of programs have been introduced or piloted. Some of these are aimed at retaining existing health workers through recognizing advanced training and skill attainment. Other programs are aimed at introducing new roles to both complement and substitute existing practices of care. This paper discusses two of these roles: Nurse Practitioners (NP) and Physician Assistants (PA). Both of these professions are part of accepted practice in a number of countries; Table 1 summarises a comparison with other English speaking OECD countries (United Kingdom, United States, Canada and New Zealand).

Niezen, M. G. et Mathijssen, J. J. (2014). "Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain." *Health Policy* 117(2) : 151-169.

AIM: To explore the main facilitators and barriers to task reallocation. BACKGROUND: One of the innovative approaches to dealing with the anticipated shortage of physicians is to reallocate tasks from the professional domain of medicine to the nursing domain. Various (cost-)effectiveness studies demonstrate that nurse practitioners can deliver as high quality care as physicians and can achieve as good outcomes. However, these studies do not examine what factors may facilitate or hinder such task reallocation. METHOD: A systematic literature review of PubMed and Web of Knowledge supplemented with a snowball research method. The principles of thematic analysis were followed. RESULTS: The 13 identified relevant papers address a broad spectrum of task reallocation (delegation, substitution and complementary care). Thematic analysis revealed four categories of facilitators and barriers: (1) knowledge and capabilities, (2) professional boundaries, (3) organisational environment, and (4) institutional environment. CONCLUSION: Introducing nurse practitioners in healthcare requires organisational redesign and the reframing of professional boundaries. Especially the facilitators and barriers in the analytical themes of 'professional boundaries' and 'organisational environment' should be considered when reallocating tasks. If not, these factors might hamper the cost-effectiveness of task reallocation in practice.

Paradis, E., Leslie, M., Puntillo, K., et al. (2014). "Delivering interprofessional care in intensive care: a scoping review of ethnographic studies." *Am J Crit Care* 23(3) : 230-238.

BACKGROUND: The sustained clinical and policy interest in the United States and worldwide in quality and safety activities initiated by the release of To Err Is Human has resulted in some high-profile successes and much disappointment. Despite the energy and good intentions poured into developing new protocols and redesigning technical systems, successes have been few and far between, leading some to argue that more attention should be given to the context of care. OBJECTIVE: To examine the insights provided by qualitative studies of interprofessional care delivery in intensive care. METHODS: A total of 532 article abstracts were reviewed. Of these, 24 met the inclusion criteria. RESULTS: Articles focused on the nurse-physician relationship, patient safety, patients' families and end-of-life care, and learning and cognition. The findings indicated the complexities and nuances of interprofessional life in intensive care and also that much needs to be learned about team

processes. CONCLUSION: The fundamental insight that interprofessional interactions in intensive care do not happen in a historical, social, and technological vacuum must be brought to bear on future research in intensive care if patient safety and quality of care are to be improved.

Stange, K. (2014). "How does provider supply and regulation influence health care markets? Evidence from nurse practitioners and physician assistants." J Health Econ 33 : 1-27.

PM:24240144

Nurse practitioners (NPs) and physician assistants (PAs) now outnumber family practice doctors in the United States and are the principal providers of primary care to many communities. Recent growth of these professions has occurred amidst considerable cross-state variation in their regulation, with some states permitting autonomous practice and others mandating extensive physician oversight. I find that expanded NP and PA supply has had minimal impact on the office-based healthcare market overall, but utilization has been modestly more responsive to supply increases in states permitting greater autonomy. Results suggest the importance of laws impacting the division of labor, not just its quantity

ter Maten-Speksnijder, A., Grypdonck, M., Pool, A., et al. (2014). "A literature review of the Dutch debate on the nurse practitioner role: efficiency vs. professional development." Int Nurs Rev 61(1) : 44-54.

AIM: To explore the debate on the development of the nurse practitioner profession in the Netherlands. BACKGROUND: In the Netherlands, the positives and negatives of nurse practitioners working in the medical domain have been debated since the role was introduced in 1997. The outcome of the debate is crucial for nurse practitioners' professional development and society's justification of their tasks. METHOD: Review of 14 policy documents, 35 opinion papers from nurses, 363 opinion articles from physicians and 24 Dutch research papers concerning nurse practitioners from 1995 to 2012. RESULTS: Two discourses were revealed: one related to efficiency and one to the development of the profession. In both, the nurse practitioner role was presented as a solution for healthcare and workforce problems, while arguments differed. The efficiency discourse seemed most influential. Opinions of nurse practitioners were underrepresented; taking up new responsibilities was driven by the wish to improve patient care. While most physicians were willing to delegate tasks to nurse practitioners, they wished to retain final responsibility for medical care. LIMITATIONS: All available publications were extensively studied, which could not include unpublished policy documents from the government or influential parties. This may have led to some selectivity. CONCLUSION: The case of the Netherlands shows that nurses in developing their advanced role are facing barriers, similar to those in other countries. The dominance of efficiency arguments combined with protection of medical autonomy undermines the development towards nursing care that really benefits patients. IMPLICATIONS FOR NURSING AND HEALTH POLICY: Nurse practitioners should strive to obtain positions in which they are allowed to make their own decisions and wise use of healthcare resources for the good of patients and society. Nurse practitioners should aim to become members of influential healthcare Boards in their countries, in which they can raise their voices and be involved in policy making.

2013

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., et al. (2013). "Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe." Int J Nurs Stud 50(2) : 143-153.

Irdes - Pôle de documentation - M.-O. Safon, V. Suhard - Relecture : C. Fournier, L. Michel

Page 236 sur 300

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.epub

BACKGROUND: Cost containment pressures underscore the need to better understand how nursing resources can be optimally configured. **OBJECTIVES:** To obtain a snapshot of European nurses' assessments of their hospital work environments and quality of care in order to identify promising strategies to retain nurses in hospital practice and to avoid quality of care erosions related to cost containment. **DESIGN:** Cross sectional surveys of 33,659 hospital medical-surgical nurses in 12 European countries. **SETTING:** Surveyed nurses provided care in 488 hospitals in Belgium, England, Finland, Germany, Greece, Ireland, the Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, and Switzerland. **PARTICIPANTS:** All nurses were surveyed from medical-surgical units 30 or more hospitals from geographically representative samples of hospitals in each country, except for Ireland and Norway, where all hospitals were selected, and Sweden, where nearly all hospitals were included by sampling all medical-surgical nurses who were members of the Swedish Nursing Association. **METHODS:** Percentages are provided for each of the nurse and hospital characteristics reported. **RESULTS:** There was wide variation across countries in the percentages of hospital nurses that were bachelor's prepared (range 0-100%), in patient to nurse average workloads (3.7-10.2) and skill mix (54-82% nurses). More than one in five nurses (11-56%) were dissatisfied with their jobs in most countries, and dissatisfaction was pronounced with respect to wages, educational opportunities and opportunities for advancement. Sizable percentages (19-49%) of nurses intended to leave their jobs, though the percentage that thought it would be easy to find another job varied greatly across countries (16-77%). Nurse concerns with workforce management and adequate resources were widespread. While most nurses did not give their hospitals poor grades on patient safety, many doubted that safety was a management priority. Nurses reported that important nursing tasks were often left undone because of lack of time, and indicated that adverse events were not uncommon. **CONCLUSIONS:** Nurse shortages can be expected when national economies improve unless hospital work environments improve. Wide variation in nurse staffing and skill mix suggests a lack of evidence-based decision making. Additional research is warranted on the impact of these variations in nurse resources on patient outcomes.

Browne, G., Cashin, A., Graham, I., et al. (2013). "Addressing the mental health nurse shortage: undergraduate nursing students working as assistants in nursing in inpatient mental health settings." Int J Nurs Pract 19(5) : 539-545.

The population of mental health nurses is ageing and in the next few years we can expect many to retire. This paper makes an argument for the employment of undergraduate nursing students as Assistants in Nursing (AINs) in mental health settings as a strategy to encourage them to consider a career in mental health nursing. Skill mix in nursing has been debated since at least the 1980s. It appears that the use of AINs in general nursing is established and will continue. The research suggests that with the right skill mix, nursing outcomes and safety are not compromised. It seems inevitable that assistants in nursing will increasingly be part of the mental health nursing workforce; it is timely for mental health nurses to lead these changes so nursing care and the future mental health nursing workforce stay in control of nursing.

Currie, E. J. et Carr-Hill, R. A. (2013). "What is a nurse? Is there an international consensus?" Int Nurs Rev 60(1) : 67-74.

BACKGROUND: Historical experience and health service modernization partly account for the variation seen in definitions of what a 'nurse' is from country to country. It is unclear if international disparities in nursing provision, apparent in health data for developed countries, demonstrate real differences in staffing patterns or simply reflect the wide

variations in understanding and use of terms for different categories of nurse. AIM: This paper is an opinion piece of international interest discussing the need for standardization in definitions of different categories of nurse internationally. DISCUSSION: The International Council for Nurses (ICN), the World Health Organization and the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) all have different ways of defining a nurse. The wide variation in terms is particularly apparent from OECD countries however, where nursing density data present wide disparities, not readily accounted for by gross national product. Skill mix and clinical role developments may account for these better. CONCLUSION: Until proper consensus is reached on what a nurse is and does, any skill mix or clinical role developments will only have limited international relevance, especially in OECD countries. If nursing qualifications are to be valid even across the European Union, then recommended standards such as those of the ICN, must be specified in terms of what different categories of nurses actually can do, and their responsibilities and roles within that scope of practice. Standardization of definitions of categories of nurse internationally should reduce confusion and promote better understanding of patterns of nurse staffing and the effect these may have on patient outcomes.

Donelan, K., DesRoches, C. M., Dittus, R. S., et al. (2013). "Perspectives of Physicians and Nurse Practitioners on Primary Care Practice." *New England Journal of Medicine* 368(20) : 1898-1906.
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs1212938>

Dower, C., Moore, J. et Langelier, M. (2013). "It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care." *Health Aff.(Millwood.)* 32(11) : 1971-1976.
PM:24191088

Regulation and licensure of health professionals-nurses, physicians, pharmacists, and others-currently falls to the states. State laws and regulations define legal scopes of practice for these practitioners. Concern is growing that this system cannot support workforce innovations needed for an evolving health care system or for successful implementation of the Affordable Care Act. Existing state-based laws and regulations limit the effective and efficient use of the health workforce by creating mismatches between professional competence and legal scope-of-practice laws and by perpetuating a lack of uniformity in these laws and regulations across states. State laws limit needed overlap in scopes of practice among professions that often share some tasks and responsibilities, and the process for changing the laws is slow and adversarial. We highlight reforms needed to strengthen health professions regulation, including aligning scopes of practice with professional competence for each profession in all states; assuring the regulatory flexibility needed to recognize emerging and overlapping roles for health professionals; increasing the input of consumers; basing decisions on the best available evidence and allowing demonstration programs; and establishing a national clearinghouse for scope-of-practice information

McDonald, A., Frazer, K. et Cowley, D. S. (2013). "Caseload management: an approach to making community needs visible." *Br J Community Nurs* 18(3) : 140-147.

AIM: To explore the process employed in the development of a population health framework and documentation for managing community nursing caseloads. BACKGROUND: No formal structure exists to validate and link local health information collected by Irish public health nurses to a wider epidemiological framework. Neglect of this bottom up information forfeits opportunities to resource and manage public health nursing services. DESIGN: Action research methods guided the development of the framework in one geographic area in Dublin and 34 participants engaged in Stringer's (1996) Look, Think and Act cycle. RESULTS: The framework identified four patient registers: family health, chronic sick/disability, older

adults and acute care, which identify public health outcomes for discussion within the caseload analysis process and can predict risk factors in local populations. CONCLUSIONS: The use of the developed documentation identified a framework that describes caseloads in primary care and provides nurse managers with an evidence base to allocate resources, match skill mix to need, and estimate future workforce requirements.

Stange, K. M. (2013). How Does Provider Supply and Regulation Influence Health Care Market? Evidence from Nurse Practitioners and Physician Assistants. *NBER Working Paper Series* ; n° 19172. Cambridge NBER : 51, fig., tabl.+annexes.

<https://www.nber.org/papers/w19172.pdf>

Nurse practitioners (NPs) and physician assistants (PAs) now outnumber family practice doctors in the United States and are the principal providers of primary care to many communities. Recent growth of these professions has occurred amidst considerable cross-state variation in their regulation, with some states permitting autonomous practice and others mandating extensive physician oversight. I find that expanded NP and PA supply has had minimal impact on the office-based healthcare market overall, but utilization has been modestly more responsive to supply increases in states permitting greater autonomy. Results suggest the importance of laws impacting the division of labor, not just its quantity.

Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., et al. (2013). "Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review." *Int Nurs Rev* 60(3) : 291-302.

BACKGROUND: Ineffective physician-nurse collaboration has been shown to cause work dissatisfaction among physicians and nurses and compromised the quality of patient care. AIM: The review sought to explore: (1) attitudes of physicians and nurses toward physician-nurse collaboration; (2) factors affecting physician-nurse collaboration; and (3) strategies to improve physician-nurse collaboration. METHODS: A literature search was conducted in the following databases: CINAHL, PubMed, Wiley Online Library and Scopus from year 2002 to 2012, to include papers that reported studies on physician-nurse collaboration in the hospital setting. FINDINGS: Seventeen papers were included in this review. Three of the reviewed articles were qualitative studies and the other 14 were quantitative studies. Three key themes emerged from this review: (1) attitudes towards physician-nurse collaboration, where physicians viewed physician-nurse collaboration as less important than nurses but rated the quality of collaboration higher than nurses; (2) factors affecting physician-nurse collaboration, including communication, respect and trust, unequal power, understanding professional roles, and task prioritizing; and (3) improvement strategies for physician-nurse collaboration, involving inter-professional education and interdisciplinary ward rounds. CONCLUSION: This review has highlighted important aspects of physician-nurse collaboration that could be addressed by future research studies. These include: developing a comprehensive instrument to assess collaboration in greater depth; conducting rigorous intervention studies to evaluate the effectiveness of improvement strategies for physician-nurse collaboration; and examining the role of senior physicians and nurses in facilitating collaboration among junior physicians and nurses. Other implications include inter-professional education to empower nurses in making clinical decisions and putting in place policies to resolve workplace issues.

2012

Salmon, R. B., Sanderson, M. I., Walters, B. A., et al. (2012). "A collaborative accountable care model in three practices showed promising early results on costs and quality of care." Health Aff. (Millwood.) 31(11) : 2379-2387.

PM:23129667

Cigna's Collaborative Accountable Care initiative provides financial incentives to physician groups and integrated delivery systems to improve the quality and efficiency of care for patients in commercial open-access benefit plans. Registered nurses who serve as care coordinators employed by participating practices are a central feature of the initiative. They use patient-specific reports and practice performance reports provided by Cigna to improve care coordination, identify and close care gaps, and address other opportunities for quality improvement. We report interim quality and cost results for three geographically and structurally diverse provider practices in Arizona, New Hampshire, and Texas. Although not statistically significant, these early results revealed favorable trends in total medical costs and quality of care, suggesting that a shared-savings accountable care model and collaborative support from the payer can enable practices to take meaningful steps toward full accountability for care quality and efficiency

Tomblin, M. G., Birch, S., MacKenzie, A., et al. (2012). "Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: an exercise in applied needs-based planning." Health Policy 105(2-3) : 192-202.

PM:22176731

OBJECTIVE: To demonstrate the application of a needs-based framework for health human resources (HHR) planning to illustrate the potential effects of policies on the shortage of Registered Nurses (RNs) in Canada. METHODS: A simulation model was developed to simultaneously estimate the supply of and requirements for RNs based on data on the health needs of Canadians with current service delivery patterns and levels of productivity as a baseline scenario. The potential individual and cumulative effects of various policy scenarios on the 'gap' between these were simulated. RESULTS: A baseline scenario estimated a shortage of about 11,000 RN FTEs in 2007 for Canada, increasing to over 60,000 by 2022. However, multifaceted approaches have the potential to eliminate the estimated shortage. CONCLUSIONS: Estimating the requirements for health human resources must explicitly consider population health needs, levels of service delivery and HHR productivity while changing supply to meet requirements involves consideration of a broad range of comprehensive interventions. Investments in improved data collection and planning tools are needed to support more effective HHR planning. The estimated Canadian shortage of RNs based on current circumstances can be resolved in the short to medium term through modest improvements in RN retention, activity and productivity

Williamson, S., Twelvetree, T., Thompson, J., et al. (2012). "An ethnographic study exploring the role of ward-based Advanced Nurse Practitioners in an acute medical setting." J Adv Nurs 68(7) : 1579-1588.

AIM: This article is a report of a study that aimed to examine the role of ward-based Advanced Nurse Practitioners and their impact on patient care and nursing practice. BACKGROUND: Revised doctor/nurse skill mix combined with a focus on improving quality of care while reducing costs has had an impact on healthcare delivery in the western world. Diverse advanced nursing practice roles have developed and their function has varied globally over the last decade. However, roles and expectations for ward-based Advanced Nurse Practitioners lack clarity, which may hinder effective contribution to practice. DESIGN: An ethnographic approach was used to explore the advanced nurse practitioner role. METHODS: Participant observation and interviews of five ward-based Advanced Nurse

Practitioners working in a large teaching hospital in the North West of England during 2009 were complemented by formal and informal interviews with staff and patients. Data were descriptive and broken down into themes, patterns and processes to enable interpretation and explanation. RESULTS: The overarching concept that ran through data analysis was that of Advanced Nurse Practitioners as a lynchpin, using their considerable expertise, networks and insider knowledge of health care not only to facilitate patient care but to develop a pivotal role facilitating nursing and medical practice. Sub-themes included enhancing communication and practice, acting as a role model, facilitating the patients' journey and pioneering the role. CONCLUSION: Ward-based Advanced Nurse Practitioners are pivotal and necessary for providing quality holistic patient care and their role can be defined as more than junior doctor substitutes.

2011

Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R., et al. (2011). "L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires." *Pratiques Et Organisation Des Soins* (2) : 101-109.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1102_Les_groupes_de_medicine_de_famille_au_Quebec.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS R0xomrqB. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis plusieurs années, l'idée de réformer les soins de santé primaires comme stratégie d'amélioration de la performance du système de santé fait consensus au Canada. Toutefois, ce n'est que récemment que de réelles initiatives de transformations ont été entreprises dans différentes provinces canadiennes. A cet égard, le modèle de Groupes de médecine de famille (GMF) mis en place au Québec apparaît comme une initiative prometteuse pour améliorer l'organisation des soins de santé primaires.

Buchan, J. et Black, S. (2011). The Impact of Pay Increases on Nurses' Labour Market: A Review of Evidence from Four OECD Countries. *OECD Health Working Paper* ; 57. Paris OCDE: 42, tabl., fig.

<http://dx.doi.org/10.1787/5kg6jwn16tjd-en>

Nurses are usually the most numerous professionals in the healthcare workforce, and their contribution is a core component in attaining the policy objectives of improved productivity, quality of care and effectiveness in the health sector. The recent global economic crisis, and its related impacts on health sector funding and health labour market dynamics, has reinforced these policy priorities. This report reviews the impact of pay increases on nurses' labour market indicators. It presents background data on trends in the numbers of nurses and the remuneration of nurses in OECD countries; summarises the limited evidence base on pay and labour market behaviour; reports on four case study countries where a significant pay raise was awarded to at least some categories of nurses in recent years in response to perceived labour market challenges ? the United Kingdom (UK), New Zealand, Finland and the Czech Republic ? using a variety of indicators to illustrate impact; and concludes with key points for policy makers. There has been variable growth in nurses' employment levels in OECD countries in recent years, and nurses' pay rates, in comparison to other earnings in national economies, vary markedly across OECD countries. The country case studies in this report highlight that there were several main drivers for the implementation of a pay rise for nurses, and also identified a range of possible indicators that can be used to assess the impact of changes to nurses' pay. The main impetus for a pay increase came from: labour market concerns (geographic or specialty shortages), which were reported in all four countries; pay equity issues (New Zealand and the UK); structural changes in the pay systems

(e.g., increased flexibility) (Finland, New Zealand and the UK); attempts to improve organizational productivity and the quality of care (UK); and improving international pay competitiveness (Czech Republic after EU accession). The review concludes by arguing that how nurses are paid - as well as how much they are paid ? is an issue worthy of more detailed examination. While the same policy drivers exist in most OECD countries, nurses' pay systems are very different. The findings suggest that, in the short term at least, the pay increases in the four countries contributed to an increase in the potential "new" supply of entrants to nurse education; the effect on those already in work is more difficult to assess, as their behaviour is also impacted by the complex interaction of other aspects, such as working environment and working conditions, career possibilities, and individuals' priorities.

Dierick-van Daele, A. T., Steuten, L. M., Romeijn, A., et al. (2011). "Is it economically viable to employ the nurse practitioner in general practice?" *J Clin Nurs* 20(3-4) : 518-529.

AIMS: This article provides insight into the potential economic viability of nurse practitioner employment in Dutch general practices. BACKGROUND: General practitioners face the challenging task of finding the most efficient and effective mix of professionals in general practice to accommodate future care demands within scarce health care budgets. To enable informed decision-making about skill mix issues, economic information is needed. DESIGN: Discursive paper. METHOD: A descriptive and explorative design was chosen to study the economic viability of nurse practitioner employment in general practice. The conditions under which the nurse practitioner is able to earn back his/her own cost of employment were identified. Preferences and expectations of general practitioners and health insurers about nurse practitioner reimbursement were made transparent. RESULTS: Although general practitioners and health insurers acknowledge the importance of the nurse practitioner in accommodating primary care demands, they have polarised views about reimbursement. The employment of nurse practitioners is seldom economically viable in current practices. It requires a reallocation of (80% of) the general practitioner's freed up time towards practice growth (12% number of patients). CONCLUSION: The economic viability of the nurse practitioner has proven difficult to achieve in every day health care practice. This study provided insight into the complex interaction of the (cost) parameters that result in economic viability and feeds a further discussion about the content of the nurse practitioner role in general practice based on optimal quality of care vs. efficiency. RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE: Effective and efficient health care can only be provided if the actual care needs of a population provide the basis for deciding which mix of professionals is best equipped to deal with the changing and increasing demand of care. A macro-level intervention is needed to help a broad-scale introduction of the nurse practitioner in general practice.

Goryakin, Y., Griffiths, P. et Maben, J. (2011). "Economic evaluation of nurse staffing and nurse substitution in health care: a scoping review." *Int J Nurs Stud* 48(4) : 501-512.

OBJECTIVE: Several systematic reviews have suggested that greater nurse staffing as well as a greater proportion of registered nurses in the health workforce is associated with better patient outcomes. Others have found that nurses can substitute for doctors safely and effectively in a variety of settings. However, these reviews do not generally consider the effect of nurse staff on both patient outcomes and costs of care, and therefore say little about the cost-effectiveness of nurse-provided care. Therefore, we conducted a scoping literature review of economic evaluation studies which consider the link between nurse staffing, skill mix within the nursing team and between nurses and other medical staff to determine the nature of the available economic evidence. DESIGN: Scoping literature review.

DATA SOURCES: English-language manuscripts, published between 1989 and 2009, focussing

on the relationship between costs and effects of care and the level of registered nurse staffing or nurse-physician substitution/nursing skill mix in the clinical team, using cost-effectiveness, cost-utility, or cost-benefit analysis. Articles selected for the review were identified through Medline, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects and Google Scholar database searches. REVIEW METHODS: After selecting 17 articles representing 16 unique studies for review, we summarized their main findings, and assessed their methodological quality using criteria derived from recommendations from the guidelines proposed by the Panel on Cost-Effectiveness in Health Care. RESULTS: In general, it was found that nurses can provide cost effective care, compared to other health professionals. On the other hand, more intensive nurse staffing was associated with both better outcomes and more expensive care, and therefore cost effectiveness was not easy to assess. CONCLUSIONS: Although considerable progress in economic evaluation studies has been reached in recent years, a number of methodological issues remain. In the future, nurse researchers should be more actively engaged in the design and implementation of economic evaluation studies of the services they provide.

Morgan, P., Strand De Oliveira, J. et Short, N. M. (2011). "Physician assistants and nurse practitioners: a missing component in state workforce assessments." *J Interprof Care* 25(4) : 252-257.

Due to current or predicted health workforce shortages, policy makers worldwide are addressing issues of task allocation, skill mix, and role substitution. This article presents an example of this process in the United States (US). Health workforce analysts recommend that US physician workforce planning account for the impact of physician assistants (PAs) and nurse practitioners (NPs). We examined 40 state workforce assessments in order to identify best practices for including PAs/NPs. Most assessments (about 60%) did not include PAs/NPs in provider counts, workforce projections or recommendations. Only 35% enumerated PAs/NPs. Best practices included use of an accurate data source, such as state licensing data, and combined workforce planning for PAs, NPs, and physicians. Our findings suggest that interprofessional medical workforce planning is not the norm among the states in the US. The best practices that we identify may be instructive to states as they develop methods for assessing workforce adequacy. Our discussion of potential barriers to interprofessional workforce planning may be useful to policy makers worldwide as they confront issues related to professional boundaries and interprofessional workforce planning.

2010

Aynaud, O. (2010). Territorialité et offre de soins - Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Île-de-France. Paris CESR Ile-de-France : 126, tabl.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=426071>

Dans le prolongement du rapport sur les inégalités sociales de santé présenté par Guy Atlan en septembre 2007, le CESR a souhaité apporter une nouvelle contribution pour définir une prospective stratégique de la politique régionale de santé, centrée sur les territoires et l'offre de soins. L'objectif de ce rapport est de donner des éclairages nouveaux sur ce thème « santé et territoires ». Dans les principes fondateurs du système de santé, les questions de soins, de prévention et d'accès aux soins sont essentielles. Ces questions sont liées à l'aménagement du territoire, à la cohésion sociale et à l'organisation du système de santé, dans un contexte de profond renouvellement de l'organisation régionale de santé, suite à la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) et à la création de l'agence régionale de santé (ARS)

Cook, A., Gaynor, M., Stephens, S., et al. (2010). The Effect of Hospital Nurse Staffing on Patient Health Outcomes: Evidence from California's Minimum Staffing Regulation. NBER Working Paper Series ; 16077. Cambridge NBER : 25, fig., tabl.+annexes.
<http://www.nber.org/papers/w16077>

Hospitals are currently under pressure to control the cost of medical care, while at the same time improving patient health outcomes. These twin concerns are at play in an important and contentious decision facing hospitals? Choosing appropriate nurse staffing levels. Intuitively, one would expect nurse staffing ratios to be positively associated with patient outcomes. If so, this should be a key consideration in determining nurse staffing levels. A number of recent studies have examined this issue, however, there is concern about whether a causal relationship has been established. In this paper we exploit an arguably exogenous shock to nurse staffing levels. We look at the impact of California Assembly Bill 394, which mandated minimum levels of patients per nurse in the hospital setting. When the law was passed, some hospitals already had acceptable staffing levels, while others had nurse staffing ratios that did not meet mandated standards. Thus changes in hospital-level staffing ratios from the pre- to post-mandate periods are driven in part by the legislation. We find persuasive evidence that AB394 did have the intended effect of decreasing patient/nurse ratios in hospitals that previously did not meet mandated standards. However, our analysis suggests that patient outcomes did not disproportionately improve in these same hospitals. That is, we find no evidence of a causal impact of the law on patient safety.

Delamaire, M. L. et Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Paper ; 54. Paris OCDE : 103, tabl., fig.
[http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&doclanguage=en)

Beaucoup de pays cherchent à améliorer la prestation des soins de santé en examinant les rôles des différents corps professionnels, y compris les infirmières. Le développement de nouveaux rôles infirmiers plus avancés peut contribuer à améliorer l'accès aux soins dans un contexte d'offre de médecins limitée voire en diminution. Cela pourrait aussi permettre de contenir les coûts en déléguant certaines tâches d'une main-d'œuvre médicale onéreuse aux infirmières. Cette étude analyse le développement des pratiques infirmières avancées dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni), en se concentrant notamment sur leurs rôles dans les soins primaires. Elle analyse aussi les évaluations des impacts sur les soins des patients et les coûts. Le développement des rôles avancés infirmiers varie grandement. Les États-Unis et le Canada avaient déjà établi la catégorie des « infirmières praticiennes » au milieu de la décennie 1960. Le Royaume-Uni et la Finlande ont aussi une longue expérience de différentes formes de collaboration entre les médecins et les infirmières. Bien que le développement de la pratique infirmière avancée en Australie et en Irlande soit plus récent, ces deux pays mènent depuis quelques années une politique très active de mise en place de nouveaux programmes d'enseignement et de création de postes. Dans les autres pays de l'étude, la reconnaissance officielle de la pratique infirmière avancée n'en est qu'à ses débuts, bien que certaines pratiques avancées non officielles puissent déjà exister de fait. Les évaluations montrent que le recours aux infirmières en rôles avancés peut effectivement améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente. Les infirmières en rôles avancés sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services, comme le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure et le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée. La plupart des évaluations constatent un haut taux de satisfaction des patients, principalement parce que les infirmières tendent à passer plus de temps avec

les patients, et fournissent des informations et des conseils. Certaines évaluations ont tenté d'estimer l'impact des pratiques infirmières avancées sur les coûts. Lorsque les nouveaux rôles impliquent une substitution des tâches, la plupart des évaluations concluent à un impact réducteur ou neutre à l'égard des coûts. Les économies réalisées sur les salaires des infirmières par rapport aux médecins peuvent être compensées par de plus longue durée de consultation, un plus grand nombre d'adressages de patients à d'autres médecins ou une augmentation du taux de réitération des consultations et, parfois, la 'un plus grand nombre d'exams. Lorsque les nouveaux rôles consistent en des tâches supplémentaires, certaines études indiquent que l'impact est une augmentation des coûts.

Dierick-van Daele, A. T., Steuten, L. M., Metsemakers, J. F., et al. (2010). "Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions." *Br J Gen Pract* 60(570) : e28-35.

BACKGROUND: As studies evaluating substitution of care have revealed only limited evidence on cost-effectiveness, a trial was conducted to evaluate nurse practitioners as a first point of contact in Dutch general practices. **AIM:** To estimate costs of GP versus nurse practitioner consultations from practice and societal perspectives. **DESIGN OF STUDY:** An economic evaluation was conducted alongside a randomised controlled trial between May and October 2006, wherein 12 nurse practitioners and 50 GPs working in 15 general practices (study practices) participated. Consultations by study practices were also compared with an external reference group, with 17 GPs working in five general practices without the involvement of nurse practitioners. **METHOD:** Direct costs within the healthcare sector included resource use, follow-up consultations, length of consultations, and salary costs. Costs outside the healthcare sector were productivity losses. Sensitivity analyses were performed. **RESULTS:** Direct costs were lower for nurse practitioner consultations than for GP consultations at study practices. This was also the case for direct costs plus costs from a societal perspective for patients aged <65 years. Direct costs of consultations at study practices were lower than those of reference practices, while practices did not differ for direct costs plus costs from a societal perspective for patients aged <65 years. Cost differences are mainly caused by the differences in salary. **CONCLUSION:** By involving nurse practitioners, substantial economic 'savings' could be used for redesigning primary care, to optimise the best skill mix, and to cover the full range of primary care activities.

Dreier, A., Rogalski, H., Oppermann, R. F., et al. (2010). "A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care." *J Adv Nurs* 66(3) : 635-644.

AIM: This paper is a report of a study conducted to develop a qualification for nurses in primary care based on the delegation of medical tasks in order to relieve general practitioners and to supply the population in rural regions today and in the future. **BACKGROUND:** Age-demographic changes will cause medical care supply problems, especially for older people, motivating a re-evaluation of the nursing role in ambulatory medical care. **METHODS:** An intervention study was conducted in Germany between 1 January 2006 and 31 December 2007, comprising a theoretical and practical phase evaluated by participants, general practitioners and patients through questionnaires, reflection rounds and structured interviews during and after the practice phase. **FINDINGS:** Participants and general practitioners rated the curriculum as relevant and useful. Nurses were motivated by the ability to be self-employed and the expansion of their scope of professional work general practitioners regarded medical duty delegation as workload relief. Patients positively evaluated nurse visits, comparing medical competence and conduct to that of a general practitioner's. **CONCLUSION:** The qualification is a promising approach to compensate for the imminent under-supply of primary care and allows maintenance a high standard of healthcare quality for rural areas of Germany and countries with similar structures. It

supports doctors through task delegation, and offers an option for an advanced training for nurses.

Duffield, C., Roche, M., Diers, D., et al. (2010). "Staffing, skill mix and the model of care." J Clin Nurs 19(15-16) : 2242-2251.

AIMS AND OBJECTIVES: The study aimed to explore whether nurse staffing, experience and skill mix influenced the model of nursing care in medical-surgical wards. **BACKGROUND:** Methods of allocating nurses to patients are typically divided into four types: primary nursing, patient allocation, task assignment and team nursing. Research findings are varied in regard to the relationship between these models of care and outcomes such as satisfaction and quality. Skill mix has been associated with various models, with implications for collegial support, teamwork and patient outcomes. **DESIGN:** Secondary analysis of data collected on 80 randomly selected medical-surgical wards in 19 public hospitals in New South Wales, Australia during 2004-2005. **METHODS:** Nurses (n = 2278, 80.9% response rate) were surveyed using The Nursing Care Delivery System and the Nursing Work Index-Revised. Staffing and skill mix was obtained from the ward roster and other data from the patient record. Models of care were examined in relation to these practice environment and organisational variables. **RESULTS:** The models of nursing care most frequently reported by nurses in medical-surgical wards in this study were patient allocation (91%) and team nursing (80%). Primary nursing and task based models were unlikely to be practised. Skill mix, nurse experience, nursing workload and factors in the ward environment significantly influenced the model of care in use. Wards with a higher ratio of degree qualified, experienced registered nurses, working on their 'usual' ward were more likely to practice patient allocation while wards with greater variability in staffing levels and skill mix were more likely to practice team nursing. **CONCLUSIONS:** Models of care are not prescriptive but are varied according to ward circumstances and staffing levels based on complex clinical decision making skills. **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:** Variability in the models of care reported by ward nurses indicates that nurses adapt the model of nursing care on a daily or shift basis, according to patients' needs, skill mix and individual ward environments.

Rashid, C. (2010). "Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review." J Adv Nurs 66(8) : 1658-1670.

AIM: This paper presents an integrative literature review of studies exploring the benefits and limitations of the recent expansion of the clinical role of nurses working in general practice in the United Kingdom. **BACKGROUND:** Similar clinical outcomes and high levels of satisfaction with consultations undertaken by nurse practitioners compared to general practitioners in primary care have been reported in a Cochrane review [Cochrane Database of Systematic Reviews (2004) vol. 5, p. CD001271]. Since then, nurse consultations have increased considerably as general practitioners have delegated part of their clinical workload to other general practice nurses. However, whether all general practice nurses can fulfil this extended role remains open to question. **METHOD:** An integrative review was performed. Nine electronic databases were searched. UK studies were included if they were published after the previous Cochrane review, i.e. between 2004 and 2009. **RESULTS:** Eight studies were identified, most using qualitative methodology. The evidence suggested that the changes in nurses' role have been predominantly driven by the perceived increase in workload arising from the new general practitioner contract. Delegating work to nurses provided a means of organizing workload within a practice without necessarily allowing patient choice. Patients generally thought that all general practice nurses would be able to deal with simple conditions, but they would prefer to consult with a general practitioner if they thought it necessary. There were concerns about nurses' knowledge base, particularly in

diagnostics and therapeutics, and their levels of training and competence in roles formerly undertaken by general practitioners. CONCLUSION: There have been few studies in this key area of healthcare policy. There is a need for better training and support for nurses undertaking roles in consultation and for patients' views to be better represented.

Skillman, Andrilla, Patterson, et al. (2010). "The licensed practical nurse workforce in the United States : one state's experience.; Les infirmiers diplômés d'état (LPN) : l'expérience de l'Etat de Washington." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 50(2) : 179-212.

Cette étude utilise les données d'un sondage de 2007 sur les infirmiers diplômés de l'Etat de Washington et décrit les caractéristiques démographique et professionnelles du personnel soignant. Les projections de l'offre et de la demande des infirmiers LPN sont basées sur les données du sondage. En 2007, sur les 14 446 infirmiers possédant un diplôme LPN de l'état de Washington, 72% travaillaient dans cet état, la plupart en soins de longue durée (37%). Avec une moyenne de 37 heures de travail hebdomadaire, les infirmiers LPN passent 25 heures en contact direct avec les patients. L'âge moyen des infirmiers LPN est 46 ans et 12% sont des hommes. Leur répartition raciale/ethnique est comparable à celle de l'ensemble de la population de l'Etat avec 17% de non-blancs et 4% d'hispaniques. Presque trois quarts ont obtenu leur diplôme dans l'Etat de Washington. Si les effectifs de diplômés sont maintenus au niveau actuel, on peut prévoir en 2026 une pénurie d'infirmiers LPN de plus de 3 500, soit 24% des besoins estimés. Si le nombre actuel de diplômés augmentait en 2011 de 200 infirmiers LPN (presque 20%) et si cet accroissement était maintenu jusqu'en 2026, l'offre prévue d'infirmiers LPN en exercice augmenterait, mais resterait inférieure aux besoins estimés à 2 052 infirmiers LPN à cette date. [...] Des programmes éducatifs judicieusement articulés, menant d'infirmier LPN à infirmier licencié RN pourraient améliorer l'attractivité de la profession et augmenter l'offre des infirmiers LPN. (Résumé d'auteur).

2009

Ania, O., Marti, L. J., Rigal, M., et al. (2009). "[Task delegation in primary care: new roles to the nursing personnel in Catalunya]." Cah Sociol Demogr Med 49(2) : 227-244.

A model of provision of primary care is experimented in a Catalan health centre. The model implies more varied roles and greater autonomy to nurses. They are the first contact of the patients coming to the health center. They base their decisions on a Guide for interventions on emergencies. The latter are distributed into 3 groups: (i) the cases which can be dealt with and finalized by the misusing the protocols previously established; (ii) the cases which require immediate care from the nurse, later intervention from the physician and common finalization at the end; (iii) the cases which require immediate intervention from the physician and, if the physician is not available, an evaluation from the nurse in the meanwhile. On 202 patients requesting a consultation on the same day, the data below are obtained:--70% cases have been resolved by the nurse using the Guide--14% cases have been resolved by the nurse after a telephone conversation with the physician--16% have been orientated to the relevant departments. Moreover, the on duty physician has been consulted in 6% The Guide appears therefore extremely useful. However, in the long range, the need for additional training in some specific domains were emerging, and that of constant interchange between physicians and nurses as well.

Dennis, S., May, J., Perkins, D., et al. (2009). "What evidence is there to support skill mix changes between GPs, pharmacists and practice nurses in the care of elderly people living in the community?" Aust New Zealand Health Policy 6: 23.

BACKGROUND: Workforce shortages in Australia are occurring across a range of health disciplines but are most acute in general practice. Skill mix change such as task substitution is one solution to workforce shortages. The aim of this systematic review was to explore the evidence for the effectiveness of task substitution between GPs and pharmacists and GPs and nurses for the care of older people with chronic disease. Published, peer reviewed (black) and non-peer reviewed (grey) literature were included in the review if they met the inclusion criteria. **RESULTS:** Forty-six articles were included in the review. Task substitution between pharmacists and GPs and nurses and GPs resulted in an improved process of care and patient outcomes, such as improved disease control. The interventions were either health promotion or disease management according to guidelines or use of protocols, or a mixture of both. The results of this review indicate that pharmacists and nurses can effectively provide disease management and/or health promotion for older people with chronic disease in primary care. While there were improvements in patient outcomes no reduction in health service use was evident. **CONCLUSION:** When implementing skill mix changes such as task substitution it is important that the health professionals' roles are complementary otherwise they may simply duplicate the task performed by other health professionals. This has implications for the way in which multidisciplinary teams are organised in initiatives such as the GP Super Clinics.

Garon, M., Urden, L. et Stacy, K. M. (2009). "Staff nurses' experiences of a change in the care delivery model: a qualitative analysis." *Dimens Crit Care Nurs* 28(1) : 30-38.

This qualitative study describes the staff nurses' perspective of change in the care delivery model and skill mix in an intermediate care unit. Data were collected in interviews in focus groups with the registered nurses affected by the change. Two major themes emerged: (1) autonomy and control and (2) interdependence. The nurses emphasized an increased satisfaction (self and patient) with this model. This study confirmed that autonomy, control, connection with the patient, and peer and interdisciplinary support and respect are important for the staff nurse. These findings reinforced the value of involving the staff members in change and the importance of giving voice to their perspective through qualitative research.

2008

Aiken, L. H. et Cheung, R. (2008). Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy. *OECD Health Working Paper* ; 35. Paris OCDE : 45, tabl., fig., ann.

<http://www.oecd.org/dataoecd/34/9/41431864.pdf>

Les États-Unis comptent le plus grand nombre d'infirmiers(ères) diplômés au monde près de 3 millions mais ils n'en forment pas suffisamment pour répondre à une demande en augmentation. Il devrait manquer près d'un million d'infirmiers(ières) diplômés, aux États-Unis, d'ici 2020. Et le déficit de médecins qui commence d'apparaître ne fera qu'exacerber le problème car les deux pratiques professionnelles sont nécessairement interdépendantes. L'immigration d'infirmiers(ères) n'a cessé d'augmenter depuis 1990 et les États-Unis sont désormais le premier pays d'accueil d'infirmiers(ères) étrangers au monde. Cette vague d'immigration devrait se poursuivre mais la pénurie est trop importante pour pouvoir être résorbée par des recrutements à l'étranger sans que cela ponctionne gravement les ressources en personnel infirmier au niveau mondial. Par ailleurs, les personnes désireuses de suivre une formation d'infirmier(ère) dans le pays sont nombreuses mais des dizaines de milliers de postulants qualifiés sont refusés chaque année en raison du manque de personnel

enseignant et de l'insuffisance des capacités d'accueil dans les écoles d'infirmiers(ères). On pourrait largement pallier ces insuffisances en intensifiant les investissements consacrés aux écoles d'infirmiers(ères) de façon à accroître de 25 % par an le nombre des diplômés, ce qui paraît réaliste au regard du nombre actuel de candidats. Le manque de personnel enseignant et l'insuffisance des capacités de formation appellent l'intervention des pouvoirs publics. Précisément, des subventions publiques doivent aider à accroître le nombre d'infirmiers(ères) diplômés, ce qui élargira l'effectif au sein duquel on pourra recruter du personnel enseignant, des infirmiers(ères) cliniciens de haut niveau et des gestionnaires. Inciter les infirmiers(ères) à rester dans la profession est fondamental et cela nécessitera une amélioration significative des politiques de gestion des ressources humaines, la garantie d'un environnement de travail satisfaisant et des innovations technologiques pour alléger la charge physique que représente l'activité de soins. Compte tenu de l'importance des personnels infirmiers formés à l'étranger pour les États-Unis et des avantages qui résulteraient d'une amélioration générale de la santé publique, le pays devrait faire de l'investissement dans la formation d'infirmiers(ères) un des objectifs de l'action publique.

Laurant, M. G., Hermens, R. P., Braspenning, J. C., et al. (2008). "An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners." J Clin Nurs 17(20) : 2690-2698.

AIM AND OBJECTIVES: To assess patients' views on the care provided by nurse practitioners compared with that provided by general practitioners and to determine factors influencing these views. **BACKGROUND:** Many countries have sought to shift aspects of primary care provision from doctors to nurses. It is unclear how patients view these skill mix changes. **DESIGN:** Cross-sectional survey. **METHOD:** Patients (n = 235) who received care from both nurse and doctor were sent a self-administered questionnaire. The main outcome measures were patient preferences, satisfaction with the nurses and doctors and factors influencing patients' preference and satisfaction. **RESULTS:** Patients preferred the doctor for medical aspects of care, whereas for educational and routine aspects of care half of the patients preferred the nurse or had no preference for either the nurse or doctor. Patients were generally very satisfied with both nurse and doctor. Patients were significantly more satisfied with the nurse for those aspects of care related to the support provided to patients and families and to the time made available to patients. However, variations in preference and satisfaction were mostly attributable to variation in individual patient characteristics, not doctor, nurse or practice characteristics. **CONCLUSION:** Patient preference for nurse or doctor and patient satisfaction both vary with the type of care required and reflect usual work demarcations between nurses and doctors. In general, patients are very satisfied with the care they receive. **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:** In many countries, different aspects of primary care provision have shifted from doctors to nurses. Our study suggests that these skill mix changes meet the needs of patients and that patients are very satisfied with the care they receive. However, to implement skill mix change in general practice it is important to consider usual work demarcations between nurses and doctors.

2006

Hollinghurst, S., Horrocks, S., Anderson, E., et al. (2006). "Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials." Br J Gen Pract 56(528) : 530-535.

BACKGROUND: The role of nurse practitioners in primary care has recently expanded. While there are some outcome data available for different types of consultations, little is known

about the relative cost. AIM: To compare the cost of primary care provided by nurse practitioners with that of salaried GPs. DESIGN OF STUDY: Synthesis, modelling, and analysis of published data from the perspective of general practices and the NHS. DATA SOURCES: Two published randomised controlled trials. METHOD: A dataset of resource use for a simulated group of patients in a typical consultation was modelled. Current unit costs were used to obtain a consensus mean cost per consultation. RESULTS: Mean cost of a nurse practitioner consultation was estimated at 9.46 UK pounds (95% confidence interval [CI] = 9.16 to 9.75 pounds) and for a GP was 9.30 UK pounds (95% CI = 9.04 to 9.56 pounds) according to salary and overheads, that is, from the perspective of general practices. From the NHS perspective, which included training costs, the estimated mean costs were 30.35 UK pounds (95% CI = 27.10 to 33.59 pounds) and 28.14 UK pounds (95% CI = 25.43 to 30.84 pounds) respectively. Sensitivity analysis suggested that the time spent by GPs contributing to nurse practitioners' consultations (including return visits) was an important factor in increasing costs associated with nurse practitioners. CONCLUSION: Employing a nurse practitioner in primary care is likely to cost much the same as employing a salaried GP according to currently available data. There is considerable variability of qualifications and experience of nurse practitioners, which suggests that skill-mix decisions should depend on the full range of roles and responsibilities rather than cost.

Hooker, R. S. (2006). "Physician assistants and nurse practitioners: the United States experience." Med J Aust 185(1) : 4-7.

Physician assistants (PAs) and nurse practitioners (NPs) were introduced in the United States in 1967. As of 2006, there are 110 000 clinically active PAs and NPs (comprising approximately one sixth of the US medical workforce). Approximately 11 200 new PAs and NPs graduate each year. PAs and NPs are well distributed throughout primary care and specialty care and are more likely than physicians to practise in rural areas and where vulnerable populations exist. The productivity of NPs and PAs, based on traditional doctor services, is comparable, and the range of services approaches 90% of what primary care physicians provide. The education time is approximately half that of a medical doctor and entry into the workforce is less restrictive. The interprofessional skill mix provided by PAs and NPs may enhance medical care in comparison with that provided by a doctor alone.

Martiniano et Moore (2006). "Trends in foreign-trained registered nurses in the United States.; Les infirmières formées à l'étranger et travaillant aux États-Unis." CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES 46(2) : 149-168, tabl., stat., graph., rés.

En 2004, les États-Unis comptaient 2,4 millions d'infirmières qualifiées en activité sur leur territoire. Durant les années récentes, beaucoup d'établissements ont rencontré des difficultés pour recruter et garder leur personnel infirmier. On estime qu'aujourd'hui, les disponibilités en infirmières qualifiées sont inférieures de 10% à la demande. L'écart va encore se creuser et en 2020, il serait de 36%. La tendance à recruter des infirmières formées à l'étranger sera donc de plus en plus forte. Depuis 1988, les infirmières formées à l'étranger ont constitué environ 4% du corps des infirmières qualifiées aux États-Unis. Elles exercent majoritairement dans 5 des 520 États de l'Union (Californie, Floride, New Jersey, New York et Texas). Elles sont de provenance très diverses. Toutefois 4 pays d'origine surpassent en nombre tous les autres, les Philippines, l'Inde, le Canada et le Royaume-Uni. Ce trait est remarquable, il montre que les migrations du personnel de santé ne sont pas seulement un flux des pays pauvres vers les pays riches. Les enquêtes entreprises pendant la période 1988-2004 font apparaître certains traits intéressants : les infirmières formées à l'étranger obtiennent en général leur diplôme à un âge plus jeune que leurs consœurs formées aux États-Unis, mais elles ont en moyenne un âge plus élevé à chaque date d'observation ; elles

tendent à être salariées en plus grande proportion dans les établissements hospitaliers et les maisons d'hébergements médicalisées (alors que les autres consœurs sont plus attirées par les structures locales et la pratique privée) ; elles sont d'origine ethnique plus diversifiée et peuvent sans doute répondre efficacement aux besoins des différentes communautés ethniques du pays ; elles tendent à travailler en plus grande proportion dans le strict domaine des activités infirmières. (R.A.).

2005

Currie, V., Harvey, G., West, E., et al. (2005). "Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review." *J Adv Nurs* 51(1) : 73-82.

AIMS: This paper reports a literature review exploring the relationship between quality of care and selected organizational variables through a consideration of what is meant by perceptions of quality, whose perceptions are accorded prominence, and whether changes in staffing, skill mix and autonomy affect perceptions of quality. BACKGROUND: Three basic ideas underpin this literature review: the growing focus on quality improvement in health care, concerns about the quality of care, and the move towards patient involvement and consultation. Of particular interest is the way in which changes in nurse staffing, skill mix and autonomy may affect the delivery of quality patient care. METHODS: A search was conducted using the CINAHL, Medline and Embase databases. Key words used were quality of health care; quality of nursing care; nurse; patient; skill mix; nurse-patient ratio; outcomes; adverse health care events and autonomy. The objective was to draw together a diverse collection of literature related to the field of health care quality. Papers were included for their relevance to the field of enquiry. The original search was conducted in 2003 and updated in 2004. FINDINGS: Quality of care is a complex, multi-dimensional concept which presents researchers with a challenge when attempting to evaluate it. Traditional nursing assessment tools have fallen out of use, partly because they have failed to provide opportunities to engage with and access the views of patients or nurses. There is also evidence that patient satisfaction as an indicator of quality is compromised on a number of fronts. There is conflicting information on how nurses and patients think about quality. Research looking at the relationship between the selected organizational variables and perceptions of quality also suffers from a number of limitations. We argue that there is a requirement for more patient-centred research exploring perceptions of quality and differences in nurse staffing, skill mix and autonomy.

Jones, M. L. (2005). "Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis." *J Adv Nurs* 49(2) : 191-209.

AIMS: This paper reports a study whose aim was to identify and synthesize qualitative research studies reporting barriers or facilitators to role development and/or effective practice in specialist and advanced nursing roles in acute hospital settings. BACKGROUND: The number of clinical nurse specialist, nurse practitioner, advanced nurse practitioner and consultant nurse roles has grown substantially in recent years. Research has shown that nurses working in innovative roles encounter a range of barriers and facilitators to effective practice. METHODS: Systematic literature searches were undertaken, and relevant studies identified using specific inclusion and exclusion criteria. The selected studies were appraised, and their findings synthesized using Ritchie and Spencer's 'Framework' approach. RESULTS: Fourteen relevant studies were identified, mostly from the UK. They described a range of barriers and facilitators affecting specialist and advanced nursing practice. These related to the practitioner's personal characteristics and previous experience, professional and

educational issues, managerial and organizational issues, relationships with other health care professionals, and resources. The factors most widely identified as important were relationships with other key personnel, and role definitions and expectations. CONCLUSIONS: Relationships with other staff groups and role ambiguity are the most important factors which hinder or facilitate the implementation of specialist and advanced nursing roles. These factors seem interlinked, and the associated problems do not appear to resolve spontaneously when staff become familiar with the new roles. In order to reduce role ambiguity and the consequent likelihood of negative responses we recommend that, when specialist and advanced nursing roles are introduced, clear role definitions and objectives are developed and communicated to relevant staff groups; these definitions and objectives should be updated as necessary.

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., et al. (2005). "Substitution of doctors by nurses in primary care." Cochrane Database Syst Rev (2) : Cd001271.

BACKGROUND: Demand for primary care services has increased in developed countries due to population ageing, rising patient expectations, and reforms that shift care from hospitals to the community. At the same time, the supply of physicians is constrained and there is increasing pressure to contain costs. Shifting care from physicians to nurses is one possible response to these challenges. The expectation is that nurse-doctor substitution will reduce cost and physician workload while maintaining quality of care. OBJECTIVES: Our aim was to evaluate the impact of doctor-nurse substitution in primary care on patient outcomes, process of care, and resource utilisation including cost. Patient outcomes included: morbidity; mortality; satisfaction; compliance; and preference. Process of care outcomes included: practitioner adherence to clinical guidelines; standards or quality of care; and practitioner health care activity (e.g. provision of advice). Resource utilisation was assessed by: frequency and length of consultations; return visits; prescriptions; tests and investigations; referral to other services; and direct or indirect costs. SEARCH STRATEGY: The following databases were searched for the period 1966 to 2002: Medline; Cinahl; Bids, Embase; Social Science Citation Index; British Nursing Index; HMC; EPOC Register; and Cochrane Controlled Trial Register. Search terms specified the setting (primary care), professional (nurse), study design (randomised controlled trial, controlled before-and-after-study, interrupted time series), and subject (e.g. skill mix). SELECTION CRITERIA: Studies were included if nurses were compared to doctors providing a similar primary health care service (excluding accident and emergency services). Primary care doctors included: general practitioners, family physicians, paediatricians, general internists or geriatricians. Primary care nurses included: practice nurses, nurse practitioners, clinical nurse specialists, or advanced practice nurses. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Study selection and data extraction was conducted independently by two reviewers with differences resolved through discussion. Meta-analysis was applied to outcomes for which there was adequate reporting of intervention effects from at least three randomised controlled trials. Semi-quantitative methods were used to synthesize other outcomes. MAIN RESULTS: 4253 articles were screened of which 25 articles, relating to 16 studies, met our inclusion criteria. In seven studies the nurse assumed responsibility for first contact and ongoing care for all presenting patients. The outcomes investigated varied across studies so limiting the opportunity for data synthesis. In general, no appreciable differences were found between doctors and nurses in health outcomes for patients, process of care, resource utilisation or cost. In five studies the nurse assumed responsibility for first contact care for patients wanting urgent consultations during office hours or out-of-hours. Patient health outcomes were similar for nurses and doctors but patient satisfaction was higher with nurse-led care. Nurses tended to provide longer consultations, give more information to patients and recall patients more frequently than did doctors. The impact on physician workload and direct cost of care was variable. In

four studies the nurse took responsibility for the ongoing management of patients with particular chronic conditions. The outcomes investigated varied across studies so limiting the opportunity for data synthesis. In general, no appreciable differences were found between doctors and nurses in health outcomes for patients, process of care, resource utilisation or cost. AUTHORS' CONCLUSIONS: The findings suggest that appropriately trained nurses can produce as high quality care as primary care doctors and achieve as good health outcomes for patients. However, this conclusion should be viewed with caution given that only one study was powered to assess equivalence of care, many studies had methodological limitations, and patient follow-up was generally 12 months or less. While doctor-nurse substitution has the potential to reduce doctors' workload and direct healthcare costs, achieving such reductions depends on the particular context of care. Doctors' workload may remain unchanged either because nurses are deployed to meet previously unmet patient need or because nurses generate demand for care where previously there was none. Savings in cost depend on the magnitude of the salary differential between doctors and nurses, and may be offset by the lower productivity of nurses compared to doctors.

Simoens, S., Villeneuve, M. et Hurst, J. (2005). Tackling nurses shortages in OECD countries. OECD Health Working Papers ; 19. Paris OCDE : 147, tabl.
<http://www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf>

Tous les pays de l'OCDE, à l'exception de quelques-uns, font état d'une pénurie d'infirmières. Etant donné que la demande d'infirmières va vraisemblablement augmenter encore et que l'offre devrait diminuer sous l'effet du vieillissement de cette population, la pénurie est susceptible de persister, voire de s'aggraver dans l'avenir si des mesures ne sont pas prises pour accroître les flux d'entrées dans la profession et réduire le nombre de sorties, ou pour augmenter la productivité des infirmières. Ce document présente une analyse de la pénurie d'infirmières que connaissent actuellement les pays de l'OCDE. Il rend compte des données disponibles sur ce phénomène et examine les différences entre pays dans le domaine de l'emploi infirmier. Il passe également en revue un certain nombre de facteurs qui agissent du côté de la demande et de l'offre et pourraient déterminer l'existence de futures pénuries d'infirmières et l'ampleur qu'elles auront. Afin d'apporter une solution à ce problème, les auteurs comparent et évaluent les mesures que les pouvoirs publics peuvent prendre pour accroître les flux d'entrées dans la population active infirmière, réduire les sorties et améliorer les taux de rétention du personnel infirmier. La réaction tardive du marché est certes sans doute à l'origine des cycles de pénurie et d'excédent d'infirmières qui se sont produits dans le passé, mais il semble que le manque de personnel infirmier auquel les pays de l'OCDE sont et seront confrontés dans l'avenir soit induit par des facteurs plus divers, d'ordre économique, démographique et sociologique. Outre ce décalage dans la réaction du marché, la pénurie actuelle d'infirmières paraît tenir au fait que les jeunes sont moins nombreux à entrer dans la profession, qu'un plus large éventail de débouchés professionnels leur est offert, que le métier d'infirmière est socialement peu valorisé, que les conditions de travail du personnel infirmier sont perçues de façon négative et que ce dernier vieillit. De plus, la demande d'infirmières a continué de croître en raison du vieillissement de la population, d'une intensification de l'action de défense des consommateurs et de l'évolution rapide des technologies médicales. Il existe pour le moment peu d'informations sur le rapport coût-efficacité des différentes politiques qui visent à assurer une offre d'infirmières suffisante. La rémunération et les conditions de travail, réunis, semblent influencer sur les flux d'entrées dans la profession et les flux de sorties, ainsi que sur la rétention du personnel infirmier. Des études ont montré que la rémunération avait une incidence sur le nombre d'admissions dans les écoles d'infirmières, la décision des infirmières diplômées d'exercer, la rétention du personnel infirmier et les sorties de la profession, mais d'autres recherches sont nécessaires pour quantifier les effets de la rémunération sur ces stocks et flux. L'amélioration

des conditions d'emploi, tels que : l'assouplissement des modalités de travail et de départ à la retraite, la mise en place des dispositifs d'aide aux familles, l'amélioration des politiques de gestion du personnel, la création d'une culture professionnelle favorable, l'amélioration des perspectives de carrière, semblent également avoir eu un succès dans la rétention du nombre d'infirmières. En outre, le niveau des effectifs paraît jouer un rôle dans le recrutement et la rétention ; en observant les faits, on commence à se rendre compte que lorsqu'il existe un rapport infirmières/patients minimum, la rotation du personnel infirmier est plus faible et les entrées dans les écoles d'infirmières plus nombreuses. Certaines études montrent aussi qu'il y aurait peut-être moyen de réduire la pénurie de personnel infirmier en augmentant la proportion d'infirmières pourvues d'un bon niveau de formation, sans en employer plus qu'il n'en faut. Si la pénurie de personnel infirmier semble devoir s'aggraver dans un proche avenir en l'abs

2004

Buchan, J. B. et Calman, L. (2004). Skill-mix and policy change in the health workforce : nurses in advanced roles.; Skill-mix et politique de changement au sein de la main d'oeuvre en santé : les infirmiers en pratique avancée. Paris : OCDE

Ce rapport a été établi à la demande de l'OCDE afin d'examiner les données disponibles sur l'évolution des rôles et la délégation d'actes par les médecins aux infirmières en pratique avancée - infirmières praticiennes et autres infirmières exerçant à un niveau avancé en milieu hospitalier et dans les centres de santé primaires. Le rapport se divise en trois parties : une analyse des travaux antérieures, une évaluation des réponses des pays à l'enquête de l'OCDE et deux études de cas plus détaillées concernant l'Angleterre et les États-Unis.

Buchan, J. et Calman, L. (2004). The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions. Genève ICN : 51, 11 fig., 13 tabl.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1527154406293968>

Ce rapport s'intéresse en particulier aux composantes essentielles de la main-d'œuvre de la santé : les infirmières, qui sont en première ligne de la lutte contre la maladie dans la plupart des systèmes de santé. Leur contribution est reconnue comme déterminante pour la réalisation des objectifs de développement pour la fourniture de soins sûrs et efficaces. L'analyse globale vise à identifier les problèmes politiques et pratiques, ainsi que les solutions qui devraient être mises en œuvre par les gouvernements, les agences internationales, les employeurs, les associations professionnelles pour améliorer la disponibilité et l'utilisation de la main d'œuvre. Les versions française et espagnole seront disponibles ultérieurement sur le site de l'ICN : www.icn.ch/global/.

2003

Hasselhorn, Tackenberg, Muller, et al. (2003). "Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe ; Conditions de travail et intention de quitter la profession chez l'équipe infirmière en Europe."

Ce rapport publie les résultats d'une enquête portant sur l'abandon prématuré de la profession de soignant menée auprès des personnels hospitaliers en Europe (Enquête PRESST - Promouvoir en Europe la santé et la satisfaction des soignants au travail, avec le volet français : NEXT - Nurses's exit study). Voulu et financé au départ par Saltsa

(programme de recherche suédois de l'Institut National de la Vie au Travail), elle a reçu le soutien de la Communauté européenne en 2001. Elle concerne 50 000 soignants dans dix pays européens, dont la France. Il en résulte que les personnels soignants pensent souvent à quitter leur profession. Pour éviter l'abandon précoce du métier, chercheurs et syndicalistes préconisent d'améliorer rapidement les conditions de travail dans les établissements de soins. Un objectif difficile à atteindre en période de crise de l'assurance maladie.

2002

Banham, L. et Connelly, J. (2002). "Skill mix, doctors and nurses: substitution or diversification?" *J Manag Med* 16(4-5) : 259-270.

This commentary surveys the current arguments for and against modifying the work of doctors and nurses by placing the main viewpoints - substitution and diversification - within the policy background, particularly that of the UK. We discuss the forces for modification: cost effectiveness, professional development, quality improvement and pragmatic management and how each provides a stand-point for evaluation of the issues. Policy makers and managers in the health sector should be aware of the rather fragmented evidence base for doctor-nurse substitution and should consider skill mix changes only when they are clear about: purpose, evidence base, acceptable risks, accountability and quality assurance. Doctor-nurse substitution is not necessarily cost effective, nor is it unfailingly a gain in nurse professionalism or in quality of care. Of the management perspectives available - advocacy, skepticism or pragmatism - the current evidence and policy base favours pragmatism over evaluations of the rightness or wrongness of a general policy.

Carr-Hill, R. et Jenkins-Clarke, S. (2002). "Improving the effectiveness of the nursing workforce." *Occasional Paper* (44) : 20, 22 ann., 27 graph., 14 tabl.
<https://ideas.repec.org/p/chy/respap/44cheop.html>

Cette recherche a pour objectif de développer des stratégies appropriées et pertinentes pour changer la répartition des tâches et trouver un équilibre différent en terme de déploiement des groupes de personnels. Dans ce contexte, une étude a été réalisée pour analyser l'activité et la charge de travail des infirmiers selon leur grade, et pour identifier les substitutions de tâches (nursing skill mixes) et les pratiques de travail qui pourraient réduire la demande de main d'œuvre plus qualifiée. Les données ont été collectées auprès de 30 hôpitaux sur la base du système de classification des tâches infirmières (NISCAM - Nursing Information System for Change Management). L'activité est mesurée en fonction des transferts de temps réalisés selon différents types de tâches, et la charge de travail se réfère au nombre de patients par "salles communes" (wards) en fonction de groupes patients répartis selon leur niveau de besoins. L'analyse des données a fait émerger sept thèmes : variations (de niveaux de personnel entre hôpitaux), culture de service / division du travail (selon les grades), problèmes de substitution (spécialisation entre les groupes de personnels), capacité (disponibilité selon les horaires, jour/nuit), flexibilité (en fonction des besoins des patients), économies d'échelle (relation nombre de patients et niveaux du personnel), distribution frais généraux / ménage (part des soins / tâches administratives et ménagères). On trouvera dans ce document la synthèse des résultats pour chacun de ces thèmes. Mais la méthodologie et les résultats détaillés sont présentés dans un rapport complet remis au "Department of Health". Le document est disponible en ligne sur le site du CHE : <http://www.york.ac.uk/inst/che/OP44.pdf>

Kernick, D. et Scott, A. (2002). "Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions." Br J Gen Pract 52(474) : 42-46.

Against a background of government calls for a radical change in the way the medical workforce is planned and trained, the concept of skill mix seeks to match clinical presentation to an intervention based on an appropriate level of skill and training. Health economics is not the only framework within which these changes can be analysed. However unless the economic issues are thought through clearly there is a danger that resources may be used inefficiently. The aims of this paper are to outline the economic issues in the area of doctor/nurse skill mix and the problems of obtaining correct solutions from the perspective of efficiency. It concludes by offering a pragmatic framework which can facilitate decisions in this area. Although this paper is written from the perspective of primary care, it is equally relevant to skill mix in the secondary care sector.

2000

CEE (2000). Study of specialist nurses in Europe. Bruxelles Office des Publications Officielles des Communautés Européennes : 558, ann.

Ce rapport dresse un état des lieux de la profession infirmière en Europe : formation professionnelle, qualification professionnelle, pratique médicale, réglementation, etc...

1998

OCDE (1998). La profession infirmière : problème de demande, de statut et de conditions de travail. L'avenir des professions à prédominance féminine., Paris : OCDE : 145-179. tabl.

Ce chapitre dresse, tout d'abord, la situation d'ensemble du secteur de santé dans la zone de l'OCDE avant d'étudier les conditions particulières de la profession infirmière dans les différents pays. Une attention particulière est portée à la situation actuelle et passée des infirmières en tant que profession à prédominance féminine ainsi qu'à l'état de la profession, aux perspectives d'avenir et aux politiques destinées à attirer les jeunes, à élargir les possibilités de carrière et à améliorer la situation des femmes dans l'ensemble des métiers de soins infirmiers.

1994

Atkin, K. et Hirst, M. (1994). "Costing practice nurses : implications for primary health care." Discussion Paper (117) : 16, 11 ann., 12 tabl.

Ces dix dernières années, la pratique de la médecine générale a évolué de manière significative. Cette évolution reflète une série d'innovations qui donnent une priorité plus importante à la prévention sanitaire, à la promotion, et aux soins primaires en général. Une des conséquences a été la rapide augmentation du nombre d'infirmiers en exercice. Depuis 1988, le nombre d'équivalent temps plein a triplé et la plupart des cabinets emploient au moins une infirmière. La contribution des infirmiers est également de plus en plus importante dans les équipes de soins et dans l'organisation des soins. Cependant, il y existe des imprécisions concernant leur rôle et comment celui-ci doit se développer. Les coûts ont été aussi largement ignorés car leurs employeurs, les médecins généralistes, ne sont pas

ceux qui les paient. Ils sont en effet généralement remboursés par les " Family Health Services Authorities " pour la plupart des infirmiers salariés. Cette étude fournit pour la première fois des estimations de coûts de l'exercice infirmier et discute des implications pour leur rôle futur et leur déploiement. Celle-ci étudie également l'opportunité de l'augmentation du nombre d'infirmiers en lien avec les coûts. Les coûts ont été calculés selon une approche développée par les chercheurs du " Personal Social Services Research Unit " (Netten and Beecham, 1993), pour calculer le coût des services communautaires sanitaires et sociaux. Cette approche est basée sur le concept de coût " d'opportunité " (opportunity cost), qui valorise les ressources allouées à la production d'un service qui n'est pas disponible pour fournir d'autres services alternatifs. Les données sur les infirmiers, leur niveau de qualification et leur temps de travail proviennent des données du recensement national de 1992 des infirmiers en exercice travaillant en Angleterre et au Pays de Galles. Les coûts liés aux salaires incluent les estimations des dépenses de cabinet et des dépenses annexes comme les coûts des trajets liés aux visites. Le but est de calculer un coût infirmier par heure et par patient qui inclue les visites à domicile, en comparaison avec les coûts d'autres infirmiers communautaires.

1992

Carr-Hill, R., Dixon, P., Gibbs, I., et al. (1992). "Skill mix and the effectiveness of nursing care." Occasional Paper (15) : 144, 145 ann., graph., tabl.

L'objectif de cette étude est d'examiner les liens entre les « facteurs de production » dans le processus de soins infirmiers, en particulier la complémentarité des compétences ou grades de l'équipe de soins, et le rendement des soins en terme de qualité et de résultat des soins. La revue de la littérature a révélé plusieurs ambiguïtés et problèmes conceptuels concernant les méthodes de mesures qui nécessitaient d'être clarifiés. L'étude s'est donc attachée : à développer et éprouver des tests de mesures permettant de contrôler la qualité et les résultats des soins infirmiers ; à identifier les variables majeures d' « entrées » et de processus de soins qui doivent être prises en compte pour évaluer l'impact de la complémentarité des grades des équipes de soins infirmiers sur les soins infirmiers ; à chercher les liens entre les différentes compétences et la qualité et l'efficacité des soins délivrés ; à relier les coûts totaux des combinaisons de grades avec la qualité des soins et les résultats obtenus pour les patients à qui ont été délivrés ces soins.

La profession des aides-soignants

ÉTUDES FRANÇAISES

2020

Abou El Khair, C. (2020). "Ehpad. Le malaise persiste chez les aides-soignants." ASH (3131) : pp. 6-9 (3p.).

Rouage essentiel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les aides-soignants expriment de manière répétée leur ras-le-bol depuis 2017. Un chantier de revalorisation du métier a été engagé et le gouvernement devrait enfin présenter cette année son projet de loi « grand âge et autonomie », plusieurs fois reporté. Les professionnels restent dans l'attente.

2019

Croguennec, Y. (2019). "Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits." *Etudes Et Résultats* (1135) : 5.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1135.pdf>

En 2018, 26 200 élèves sont inscrits dans l'un des 484 établissements dispensant une formation d'aide-soignant. Le nombre de diplômés de cette formation est quasi-stable et s'élève à 22 800 en 2018. En revanche, le nombre d'inscrits en formation baisse pour la deuxième année consécutive (-6 % entre 2016 et 2018), tout comme celui des candidats au concours d'entrée qui diminue fortement depuis 2014 (- 42 %). En 2017, l'âge moyen d'entrée en formation est de 28 ans et 7 mois. Les étudiants qui commencent une formation d'aide-soignant sont en moyenne plus âgés que ceux intégrant une autre formation de la santé (25 ans et 5 mois pour l'ensemble), notamment parce qu'ils sont moins nombreux à sortir de formation initiale (26 % contre 65 % dans l'ensemble des formations de santé). Si les promotions des formations de santé sont très largement féminines, celles d'étudiants aides-soignants figurent parmi les plus féminisées : 90 % des nouveaux entrants en formation sont des femmes, contre 84 % pour l'ensemble des formations de santé. La part d'inscrits ayant un père employé ou ouvrier (68 %) et celle d'inscrits ayant une mère employée ou ouvrière (63 %) sont supérieures aux parts d'employés ou d'ouvriers au sein de la population ayant déjà occupé un emploi.

Graradji, N. (2019). "Professionnels soignants. Aides-soignants en Ehpad : opération reconquête." *ASH* (3134) : pp. 24-28.

Le métier d'aide-soignant n'attire plus. Une crise de vocation très inquiétante et impactante pour les Ehpad et les services de soins à domicile. Le plan national pour les métiers du grand âge en cours de construction parviendra-t-il à inverser la tendance ? (R.A.)

2018

Josset, J.-M., Lavoyer, F. et Pâme, P. (2018). "Humaniser les soins par l'auto-observation et le partage de pratiques professionnelles. L'expérience d'une formation dans un Service de soins infirmiers à domicile." *RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS* (135) : pp. 55-59.

Depuis la promotion fin 2012 de la « bientraitance » par la Haute Autorité de Santé, l'humanisation des soins à domicile reste un délicat sujet d'actualité. Pour pallier les difficultés d'encadrement et de suivi de personnels confrontés à un travail difficile, il est souvent proposé de mettre en place des groupes d'échanges de pratiques, mais avec peu de retours sur les modalités de mise en œuvre. En étudiant les récits et commentaires d'aides-soignantes à domicile de la ville de Bouguenais, tout au long d'une formation-action entreprise sur l'année 2017-2018, nous éclairons cette proposition théorique des écueils, étapes et découvertes d'une expérimentation concrète. Nous en retirons quelques points saillants comme l'importance de l'auto-observation, le rapport au temps, et le rôle du jugement dans les interactions avec les pairs et les patients, points que nous confrontons à la littérature sur le sujet.

2015

Irdes - Pôle de documentation - M.-O. Safon, V. Suhard - Relecture : C. Fournier, L. Michel

Page 258 sur 300

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.epub

Collin, C. et Vuagnat, A. (2015). "Aides-soignants : un accès rapide au premier emploi." Etudes Et Resultats (Drees) 923 : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er923.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE tJROxqrB. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre des diplômés à l'issue de la formation d'aides-soignants augmente au fil des ans : 22 000 en 2012 soit près du double qu'en 2000. Une part croissante d'entre eux (73 % en 2007 contre 51 % en 2000) a déjà interrompu une première fois ses études avant de suivre une formation d'aide-soignant : l'âge et le niveau d'études de ces diplômés s'élèvent donc avec le temps. Leur insertion professionnelle est peu sensible à la conjoncture. 80 % des trois générations de diplômés étudiées trouvent leur premier emploi en moins d'un mois, même si ce n'est pas toujours un travail stable. Trois ans après leur formation, les aides-soignants occupent plus souvent que les autres diplômés de niveau équivalent un emploi à durée indéterminée. Leur travail est mieux rémunéré en moyenne. Ils se disent d'ailleurs très majoritairement satisfaits de l'emploi qu'ils occupent à ce moment-là.

2014

Chazottes, C. (2014). "Aides-soignants en formation infirmière : Sécuriser le parcours de formation." GESTIONS HOSPITALIERES (541) : 604-610, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xpHsC7. Diffusion soumise à autorisation]. Le phénomène d'interruption en formation infirmière est connu par l'ensemble des professionnels en charge de la formation. L'étude présentée ici a pour objectif de détecter les facteurs prédictifs à l'interruption de formation en institut de formation en soins infirmiers auprès des étudiants issus de la filière aide-soignant à l'entrée en formation. L'interruption a déjà été envisagée par plus d'un tiers des étudiants interrogés. Si les facteurs prédictifs à l'interruption sont liés aux caractéristiques de la contingence sociale, le stage reste un enjeu essentiel dans la construction de l'identité d'étudiant. Explications.

2012

Arboiro, A. M. (2012). Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, Paris : Anthropos-Economica,

2010

Lecocq, F., Attard, A., Vasseur, V., et al. (2010). "Aides-soignantes : un risque de précarisation ?" GESTIONS HOSPITALIERES (499) : 488-497, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8ER0xkIE. Diffusion soumise à autorisation]. L'appréciation du handicap social de professionnels de santé dans les établissements de santé est possible et souhaitable dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé et de mise en œuvre des réformes. Une étude pilote a été réalisée dans un service de médecine de court séjour du groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de Paris pour évaluer le handicap social des aides-soignantes, et donner des pistes de solutions.

Maes, B., Fontanaud, N. et Pronost, A.-M. (2010). "Effet de la mise en place d'un instrument d'évaluation continue de la qualité des soins infirmiers sur la satisfaction au travail des soignants et sur leur implication affective." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 102(3) : 42-49.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=420542>

Les professionnels de santé sont directement concernés par les démarches d'amélioration de la qualité des soins. L'objectif de ce travail est d'évaluer sur le plan qualitatif les effets de la mise en place d'un Instrument Global d'Évaluation pour la Qualité des Soins auprès de 30 infirmières et aides-soignantes réparties en deux groupes : un groupe expérimental (ayant participé à l'implantation d'IGECSI) et un autre groupe témoin (ayant participé à un autre projet). Le cadre théorique de cette recherche repose sur l'implication affective et la satisfaction au travail. L'implication affective se définit comme l'attachement émotionnel de l'employé vis-à-vis de l'institution. Quant à la satisfaction au travail, elle est une réponse positive ou agréable de la personne à son environnement professionnel. Les résultats de la recherche démontrent que la satisfaction au travail serait le produit de l'expérience et de la maturité professionnelles. Par ailleurs, il existerait une cohérence entre les valeurs personnelles et une façon d'agir qui favoriserait l'implication des professionnels dans l'organisation. Les responsabilités, la reconnaissance et le sentiment d'appartenir à un groupe font partie des incitations positives et permettent la réalisation des objectifs organisationnels.

Molinier, P. (2010). "Apprendre des aides-soignantes." Gérontologie et société (133) : 133-144.

[BDSP. Notice produite par FNG 7F7mFR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Que signifie bien soigner pour les personnels qui sont en contact permanent avec les besoins et les corps des patients ? En quoi l'analyse de leur travail quotidien transforme-t-elle le regard porté sur la "maltraitance" ? Quelles sont les incidences du dispositif évaluatif de la "bienveillance" sur la confiance des familles à l'égard des équipes soignantes ? Sous quelles conditions sociales et organisationnelles, la délégation du soin à l'institution et/ou aux personnels pourrait-elle s'effectuer de façon moins conflictuelle et plus respectueuse de tous ? L'auteure aborde ces questions dans une perspective psychodynamique à partir d'une enquête sur les toilettes identifiées comme "difficiles" dans un hôpital gériatrique et un EHPAD. (R.A.).

2008

Buchet-Molfessis, C. (2008). "Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés." RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 92(1) : 68-94.

https://ifpek.centredoc.org/index.php?lvl=notice_display&id=77190

Bien que la profession d'infirmière soit réglementée, il existe des glissements de tâches de l'infirmière vers l'aide-soignant, dans les services hospitaliers. Si les différents décrets sont bien portés à la connaissance des étudiants, leur pratique professionnelle ne semble pas refléter l'intégration du contenu de ces textes. Dans le contexte actuel d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, cette étude propose d'explorer le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés concernant le dépassement de fonction. L'observation a lieu à partir d'un institut de formation et de l'hôpital auquel il est rattaché. L'enquête, basée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de formateurs et de jeunes diplômés, montre des situations où le positionnement en matière de responsabilité et d'analyse des risques est peu clair.

Raymond, A., Douguet, F. d. et Munoz, J. d. (2008). Aides-soignantes et infirmières : une comparaison des conséquences de l'accréditation dans les établissements de santé. Santé au travail et travail de santé, Rennes : EHESP : 43-54.

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/sante-au-travail-et-travail-de-sante/>

2004

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P. et Midy, F. (2004). "Intervenants et structures de l'aide à domicile." Problemes Politiques Et Sociaux (903) : 61-63.

L'Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec les Services d'Aide au maintien à Domicile (ECILAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en mai 2001 auprès d'un échantillon de professionnels infirmiers libéraux vise à décrire les actions de coordination du professionnel infirmier libéral avec le secteur de l'aide à domicile dans le but de mettre en place une aide au maintien à domicile d'un patient. Cet article propose un extrait de la synthèse "L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile" réalisée en août 2002 par le CreDES.

Jox Bourgeon, G. et Calmus, M. F. (2004). Quelles visions de l'élargissement des compétences des aides-soignants ? Le personnel de réanimation face au rapport Berland. Paris : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Institut de Formation des Cadres de Santé, AP-HP, Paris.

Une des missions du cadre de santé est de réguler la collaboration entre infirmiers et aides-soignants en évitant tout glissement de tâches. Mais comment garder cet objectif dans un contexte de pénurie de personnel qualifié ? L'hypothèse de base de ce travail de recherche est que l'éventualité d'un transfert de compétences proposé dans le rapport Berland répond à une réalité des services de soin. Une enquête a été menée auprès des professionnels exerçant en réanimation. L'analyse des résultats de l'enquête a infirmé cette hypothèse. Plus qu'une réforme profonde de l'organisation des soins, elle démontre une demande de valorisation et de légalisation de pratiques existantes. (Adapté du R.A.).

2002

Messing, K. et Elabidi, D. (2002). "Aides-soignants et aides-soignantes : la collaboration dans les tâches physiques lourdes." CAHIERS DU GENRE 32(1) : 5-24.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=265542>

Résumé : Jusqu'à il y a peu, les postes d'aide-soignant(e)s dans les hôpitaux québécois étaient affectés selon des critères de sexe. Suite à des pressions féministes, les postes masculins et féminins sont maintenant indifférenciés. Les préposés et les préposées à ces postes se sont ensuite plaints que les femmes n'étaient plus capables de « faire leur part ». En collaboration avec les comités paritaires de santé au travail, nous avons observé pendant 63 heures comment se faisait le partage des tâches physiquement exigeantes. Contrairement à toute attente, les femmes effectuaient un bien plus grand nombre d'opérations à l'heure que les hommes et exécutaient seules un nombre égal d'opérations très exigeantes. Les infirmières sollicitaient nettement plus souvent l'aide des aides-soignantes que celle des aides-soignants. Dans cet article, à partir de discussions sur les résultats de l'enquête avec les salariés et salariées, nous cherchons à expliquer l'écart entre leurs représentations et nos observations.

Nowak, P. et Poirot, D. (2002). "C'est la fée qui guérit" : écrire l'histoire des aides soignantes, AP-HP, Paris.

Ce mémoire propose une approche historique et sociologique de la profession d'aide-soignante. A cet effet sont notamment abordés l'histoire des hôpitaux, la république, le personnel soignant à l'Assistance Publique. La profession d'infirmière n'est évoquée que pour mieux la distinguer de la profession d'aide-soignante.

2001

Arborio (2001). Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital, Anthropos ; Paris : Economica, Paris

Aussi nombreuses que les infirmières à s'occuper des malades dans les hôpitaux, les aides-soignantes sont beaucoup moins connues. Elles assurent pourtant des tâches essentielles pour l'hygiène et pour le confort des malades sans lesquelles les gestes médicaux ne peuvent être réalisés et qui sont aujourd'hui au cours des transformations de l'hôpital. Les résultats de l'enquête d'Anne-Marie Arborio, qui s'appuient sur des données d'archives, des observations directes et des entretiens, permettent à la fois de cerner les contours du groupe social que forment les aides-soignantes et de comprendre les ressorts de l'invisibilité de ce métier hospitalier.

2000

Roumiguieres, E. (2000). "330 000 aides-soignants en 1999." Etudes Et Résultats (54) : 8, 5 tabl. ,2 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er054.pdf>

Les aides-soignants constituent l'une de professions de santé non médicales les plus importantes et pourtant peu souvent analysée. Ce document, qui a pour source, l'enquête emploi 1999 de l'INSEE donne des informations sur les effectifs d'aides-soignants ; leur progression ; la part des aides-soignants dans le personnel non médical ; les secteurs d'activité des aides-soignants ; la durée hebdomadaire moyenne du temps de travail ainsi que le salaire mensuel moyen des aides-soignants dans le secteur public et privé.

1997

Lert, F., Gueguen, A. et Lert, H. (1997). Devenir d'une cohorte d'aides-soignants de six hôpitaux publics français au cours de la période 1989-1994 : vie professionnelle, conditions de travail et santé. Paris INSERM : 92, tab.

La constitution d'une cohorte d'aides-soignantes en 1989 et son suivi en 1994 dans les hôpitaux publics français s'inscrit dans toute une série d'études sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant qui, tout en maintenant un cadre méthodologique relativement homogène et stable, ont vu leurs problématiques s'infléchir en fonction des évolutions de la situation sociale et des politiques publiques à l'égard de l'hôpital. Ce rapport en présente et analyse les résultats. Il s'attache à décrire l'évolution des contraintes de

travail et à appréhender la perception qu'en ont les soignants ainsi que les répercussions sur leur état de santé. Il s'attache plus particulièrement à comprendre l'impact de l'avance en âge tant sur les affectations, la perception des conditions de travail que sur la santé. Ceci dans un contexte où des politiques spécifiques ont été mises en place pour améliorer les conditions de travail.

1981

Gadbois, C. (1981). Aides-soignants et infirmières de nuit : conditions de travail et vie quotidienne. Paris : Anact : 77.

ÉTUDES INTERNATIONALES

2019

Abrahamson, K., Fox, R., Roundtree, A., et al. (2019). "Nursing assistants' perceptions of their role in the resident experience." Nurs Health Sci.

The aim of this study was to examine nursing assistants' perspectives of their role in the nursing home resident experience. Recent efforts to improve nursing home quality are focused on providing person-centered care and improving the resident experience. However, the literature on nursing home quality lacks the perspective and experiences of nursing assistants themselves, despite their crucial role in the resident experience. Semistructured interviews were conducted with 25 nursing assistants from 17 organizations and seven states. Data were analyzed using an interpretive approach that identified relevant codes and themes. Respondents perceived that they play a pivotal role in the resident experience by providing choices, communicating important information, comforting, and living within the daily reality of cognitively impaired residents. Nursing assistants' challenges included using non-verbal communication, balancing personal care while maintaining boundaries, and dealing with a perceived lack of trust. Nursing assistants are integral to interpersonal engagement with residents and relationship-based activities, such as communication, caring, and protecting. Increased nursing assistant input into programs and policies to improve the resident experience is warranted. Quality assessment should incorporate direct input from residents and nursing assistants regarding person-centered care.

Friesen, L. et Andersen, E. (2019). "Outcomes of collaborative and interdisciplinary palliative education for health care assistants: A qualitative metasummary." 27(3) : 461-481.

AIM: To explore collaborative and interdisciplinary palliative educational strategies and corresponding outcomes for health care assistants. BACKGROUND: Health care assistants are frontline staff who provide almost all hands-on care to seniors. Health care managers are responsible to provide ongoing support and a working environment conducive to health care assistants' abilities to provide quality, safe, evidence-based care. EVALUATION: A Qualitative metasummary of collaborative and interdisciplinary teaching strategies was conducted following guidelines developed by Sandelowski et al. (). KEY ISSUES: The gold standard of palliative care is interdisciplinary delivery of care, yet education is often monodisciplinary. Furthermore, evaluation of interdisciplinary continuing education is most often subjective via self-report questionnaires. CONCLUSIONS: Findings from 16 articles representing 15 studies conducted between 2007 and 2017 were grouped thematically and summarized.

Collaborative or interdisciplinary palliative interventions offer health care assistants

opportunities to debrief, build their confidence, and critically reflect on the importance of psychosocial care for patients, family and colleagues. IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: The metasummary provides six suggestions for managers who are considering implementing a collaborative palliative educational workshop and draws attention to the need to create contextual changes that support health care assistants to enact newly acquired knowledge and skills.

Silva, I. R. et Silva, T. P. D. (2019). "Nurse researchers and nursing assistants: construction and projection of polymorphous identities." *72(suppl 1)* : 204-212.

OBJECTIVE: To understand the meanings that nurse researchers and nursing assistants attribute to one another, and to the development of research produced by Nursing. METHOD: Qualitative research. The Grounded Theory and the Complexity Theory were used as theoretical and methodological frameworks, respectively. Ten nursing assistants and six research nurses participated in the research. The semi-structured interview was used as a data collection technique. The results were categorized by comparative analysis and validated by ten judges. RESULTS: The valuation of nursing care research as well as interactions between research development and nursing care may be related to the way nursing assistants and nurse researchers perceive themselves. These perceptions are multifaceted. CONCLUSION: The meanings nurse researchers and nursing assistants attribute to each other reveal mechanisms of closeness and distance between these actors, as well as between research and nursing care.

2018

Draper, J. (2018). "'Doing it for real now' - The transition from healthcare assistant to newly qualified nurse: A qualitative study." *Rev Bras Enferm* 66 : 90-95.

BACKGROUND: There has been increasing international research and policy interest concerning the transition from student to newly qualified nurse (NQN). However, the influence of previous employment as a healthcare assistant (HCA) on students' experiences of this transition is comparatively under-researched. AIMS AND OBJECTIVES: To explore the experiences of NQNs also employed as HCAs during their pre-registration education programme and how this prior and ongoing HCA experience influenced their transition experiences. DESIGN: Qualitative research design using a descriptive method. SETTING AND PARTICIPANTS: Former students (n=14) of a unique four year, part-time, employer-sponsored pre-registration nursing programme, specifically designed for HCAs and delivered by supported open learning, located in different regions and nations of the United Kingdom who had qualified within the last two years. METHODS: Telephone interviews, digitally recorded, transcribed verbatim and analysed using NVivo8. RESULTS: Four themes described participants' experiences of transition: In at the deep end, Changing identities, Coming together and Scaffolding. Findings confirm existing literature that all NQNs appear to experience a similar overarching experience of transition, including those with prior HCA experience. However, familiarity with people, place and routines afforded by this previous experience appeared to ease transition, particularly if the NQNs stayed in their previous HCA work location. However, managing the dual roles of being both HCA and student and adapting to their changing identities were frequently cited as particular challenges. CONCLUSIONS: Van Gennep's Rites de Passage and Bridge's work on organisational change were combined to theoretically analyse participants' accounts of transition. This illustrated that transition is not always linear with clearly defined and bounded stages but can also be seen as a more undulating or organic process with curving, slanting and overlapping phases.

NQNs can therefore simultaneously occupy more than once phase in their journey of transition. Implications for students, higher education and practice are highlighted.

Kanaskie, M. L. et Snyder, C. (2018). "Nurses and nursing assistants decision-making regarding use of safe patient handling and mobility technology: A qualitative study." *J Nurs Manag* 39 : 141-147.

AIM: This study explored decision-making regarding use of safe patient handling and mobility (SPHM) technology among registered nurses (RN) and nursing assistants (NA). **BACKGROUND:** Lifting injuries are common among healthcare workers. Despite development of standards for SPHM, the introduction of regulation for monitoring access to SPHM technology, and implementation of education programs and process improvements, threat of injury remains a concern. Although access to SPHM equipment is associated with decreased workplace injuries, access alone does not guarantee use. Questions remain concerning how healthcare workers make decisions to use SPHM equipment, and how they weigh decisions against personal safety. **METHODS:** A qualitative descriptive study was conducted. Data collection consisted of four 60min focus groups. Two focus groups consisted of all RNs (n=14) and two consisted of all NAs (n=11). Each focus group was audiotaped and transcribed verbatim. Transcripts were coded, repeating concepts identified, and codes collapsed into themes and subthemes. **RESULTS:** Qualitative analysis revealed three major themes: barriers to use, perceived risk, and coordination of care. Barriers to use include subthemes of physical barriers, knowledge and skill, and unit culture. Perceived risk includes patient risk and perceived risk to self. Coordination of care includes patient factors and characteristics, assessment of patient needs and abilities, and interprofessional collaboration. **CONCLUSIONS:** These findings provide new knowledge about the complexity of decision making among care providers in the use of SPHM technology. Interprofessional team approaches to patient assessment and care are important components of confident decision making in use of SPHM technology.

Thurgate, C. (2018). "Supporting those who work and learn: A phenomenological research study." *Nurse Educ Today* 61: 83-88.

AIM: With a shift in the United Kingdom's National Health Service to organisational learning and the local introduction of the Assistant Practitioner role to support the nursing workforce there was a broad need to understand the lived experiences of those who work and learn. **METHOD:** Hermeneutic phenomenology was the chosen methodology. A purposive sample of eight trainee assistant practitioners, four matrons, seven mentors and the practice development nurse participated in conversational interviews at intermittent points in the journey. **RESULTS:** A stepped process of analysis produced three over-arching super-ordinate themes which indicated that the transition to assistant practitioner is non-linear and complex necessitating a change in knowledge and behaviour and the workplace culture must enable learning and role development. This paper focuses on supporting the journey which encompassed learning at university and learning in the workplace. **CONCLUSION:** Participants' stories demonstrated the presence of knowledgeable mentors and a learning culture enabled new roles to be supported.

Wagner, E. A. (2018). "Improving Patient Care Outcomes Through Better Delegation-Communication Between Nurses and Assistive Personnel." *J Nurs Care Qual* 33(2) : 187-193.

In acute care settings, registered nurses need to delegate effectively to unlicensed assistive personnel to provide safe care. This project explored the impact of improved delegation-communication between nurses and unlicensed assistive personnel on pressure injury rates, falls, patient satisfaction, and delegation practices. Findings revealed a tendency for nurses

to delay the decision to delegate. However, nurses' ability to explain performance appraisals, facilitate clearer communication, and seek feedback improved. Patient outcomes revealed decreased falls and improved patient satisfaction.

2017

Hoben, M., Clarke, A., Huynh, K. T., et al. (2017). "Barriers and facilitators in providing oral care to nursing home residents, from the perspective of care aides: A systematic review and meta-analysis." Int J Nurs Stud 73 : 34-51.

BACKGROUND: Oral health of nursing home residents is generally poor, with severe consequences for residents' general health and quality of life and for the health care system. Care aides in nursing homes provide up to 80% of direct care (including oral care) to residents, but providing oral care is often challenging. Interventions to improve oral care must tailor to identified barriers and facilitators to be effective. This review identifies and synthesizes the evidence on barriers and facilitators care aides perceive in providing oral care to nursing home residents. **METHODS:** We systematically searched the databases MEDLINE, Embase, Evidence Based Reviews-Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, and Web of Science. We also searched by hand the contents of key journals, publications of key authors, and reference lists of all studies included. We included qualitative and quantitative research studies that assess barriers and facilitators, as perceived by care aides, to providing oral care to nursing home residents. We conducted a thematic analysis of barriers and facilitators, extracted prevalence of care aides reporting certain barriers and facilitators from studies reporting quantitative data, and conducted random-effects meta-analyses of prevalence. **RESULTS:** We included 45 references that represent 41 unique studies: 15 cross-sectional studies, 13 qualitative studies, 7 mixed methods studies, 3 one-group pre-post studies, and 3 randomized controlled trials. Methodological quality was generally weak. We identified barriers and facilitators related to residents, their family members, care providers, organization of care services, and social interactions. Pooled estimates (95% confidence intervals) of barriers were: residents resisting care=45% (15%-77%); care providers' lack of knowledge, education or training in providing oral care=24% (7%-47%); general difficulties in providing oral care=26% (19%-33%); lack of time=31% (17%-47%); general dislike of oral care=19% (8%-33%); and lack of staff=22% (13%-31%). **CONCLUSIONS:** We found a lack of robust evidence on barriers and facilitators that care aides perceive in providing oral care to nursing home residents, suggesting a need for robust research studies in this area. Effective strategies to overcome barriers and to increase facilitators in providing oral care are one of the most critical research gaps in the area of improving oral care for nursing home residents. Strategies to prevent or manage residents' responsive behaviors and to improve care aides' oral care knowledge are especially needed.

Saari, M., Patterson, E., Killackey, T., et al. (2017). "Home-based care: barriers and facilitators to expanded personal support worker roles in Ontario, Canada." Home Health Care Serv Q 36(3-4) : 127-144.

To accommodate the increasing demand for home care in Ontario, Canada, some care tasks traditionally performed by regulated health professionals are being transferred to personal support workers (PSW). However, this expansion of PSW roles is not uniform across the province. Between December 2014 and April 2015, barriers and facilitators to expansion of PSW roles in home care were explored in a series of 13 focus groups. Home care staff identified seven categories of factors affecting the expansion of PSW roles in home care including: communication and documentation; organization and structures of care; attitudes

and perceptions of the expanding PSW role; adequate staffing; education, training and support; PSW role clarity and variation in practices, policies, and procedures. Addressing barriers and promoting facilitators at the funder and employer levels will enable the provision of safe, effective, and equitable care by PSWs.

Santos, J., Erdmann, A. L., Peiter, C. C., et al. (2017). "Comparison between the working environment of nurse managers and nursing assistants in the hospital context." Rev Esc Enferm USP 51 : e03300.

Objective Comparing the working environment of nurse managers and nursing assistants in the hospital context. **Method** A mixed methods research with concomitant triangulation of data developed in a university hospital in the South of Brazil. Participants in the quantitative study were 94 nursing assistants and 12 nurse managers. The data were collected using the Brazilian Nursing Work Index - Revised (B-NWI-R) and analyzed through descriptive and inferential statistics. Eight (8) nurse managers and 18 nursing assistants were interviewed for the qualitative study. The data were analyzed through thematic analysis. **Results** The total B-NWI-R mean score for nurse managers was 2.15+/-0.39, and for nursing assistants it was 2.22+/-0.39. No statistical significance was identified in the comparison between the groups ($p=0.508$). The qualitative results show the existence of collaborative relationships between nurse managers and nursing assistants. **Conclusion** The working environment was similarly evaluated by nurse managers and nursing assistants in the hospital context.

2016

Lima, R. S., Lourenco, E. B., Rosado, S. R., et al. (2016). "Representation of nurse's managerial practice in inpatient units: nursing staff perspective." Rev Gaucha Enferm 37(1) : e54422.

Objective To understand the meanings that nursing staff gives to nurse's managerial practice in the inpatient unit. **Methods** This is an exploratory and descriptive research with qualitative approach, conducted in a general hospital in a Southern city of Minas Gerais State. We used the Theory of Social Representations as theoretical framework. The study sample were composed by 23 nursing technicians and five nursing assistants. Data collection was conducted through semi-structured interviews, from December 2011 to January 2012. For data analysis we used the discourse analysis, according to social psychology framework. **Results** The meanings attributed to management occurred from the closeness/distance to staff and to patients' care actions. **Conclusions** The managerial nurse, perceived as a process apart from care, is classified as non familiar practice, of hard understanding and valuation.

Reimer-Kirkham, S., Sawatzky, R., Roberts, D., et al. (2016). "'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions." J Clin Nurs 25(15-16) : 2189-2199.

AIMS AND OBJECTIVES: The purpose of the study was to examine nurses' and nursing assistants' perspectives of a palliative approach in a variety of nursing care settings that do not specialise in palliative care. **BACKGROUND:** Ageing populations worldwide are drawing increasing attention to palliative care. In particular, people with advancing chronic life-limiting conditions often have unmet needs and may die in acute medical, residential care and home health settings without access to palliative care. A palliative approach offers an upstream orientation to adopt palliative care principles to meet the needs of people with life-limiting chronic conditions, adapt palliative care knowledge to other chronic illness conditions, and integrate and contextualise this knowledge within the healthcare system (Sawatzky et al. 2016). **DESIGN:** A qualitative study using the method of interpretive

description carried out by a nursing research-practice collaborative, Initiative for a Palliative Approach: Evidence and Leadership (iPANEL). METHODS: Twenty-five nurses and five nursing assistants from across British Columbia, Canada participated in interviews and focus groups. Thematic analysis was used to analyse the data. RESULTS: The overarching theme was that of participants close to a palliative approach in that they cared for people who would benefit from a palliative approach, they were committed to providing better end-of-life care, and they understood palliative approach as an extension of specialised palliative care services. Participants varied in their self-reported capacity to integrate a palliative approach, as they were influenced by role clarity, interprofessional collaboration and knowledge. CONCLUSIONS: Integration of a palliative approach requires a conceptual shift and can be enhanced through interpersonal relationships and communication, role clarification and education. RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE: Nurses care for people with advancing chronic life-limiting conditions in a variety of settings who would benefit from a palliative approach.

Robin, D. et Schaffert, R. (2016). "[The construction of professional images of healthcare assistants and registered nurses]." *Pflege* 29(1) : 43-49.

BACKGROUND: In the field of nursing in Switzerland, educations have experienced a fundamental reorganization with the implementation of the new law on Vocational and Professional Education and Training (2004). Among other things, this change affects professional images. PURPOSE: To show how the different professional images in the field of nursing are being constructed in the descriptions of professions by graduates after the reshaping of the educations and the occupational field in general. METHODS: In 110 semi-structured interviews, healthcare assistants and registered nurses (college diploma and Bachelor of Science) in their early careers were asked to explain their professional image. The participant's answers were analysed based on a qualitative content analysis and considering the theoretical background of Berger and Luckmann (1977). RESULTS: The interviews show that professional images emerge on the interaction of societal attributes and individual processes of adoption and revision. Graduates are challenged to adjust stereotypes and to achieve a balance between their own professional image and a missing or inappropriately perceived societal image. CONCLUSION: There should be further emphasis on the differentiation between the professions and the different educations in the field of nursing in order to achieve a better public perception of the different professions.

2015

Cowan, D., Frame, N., Brunero, S., et al. (2015). "Assistants' in nursing perceptions of their social place within mental health-care settings." *Int J Ment Health Nurs* 24(5) : 439-447.

An international nurse shortage, tightening fiscal constraints, and increased service demands have seen health systems increasingly turn to employing assistants in nursing (AIN) as a cost-effective means to meet demand. This paper describes social positioning from the perspective of 11 AIN who were employed to work in specialist mental health settings in a metropolitan health service in Sydney. Data was collected by means of semistructured interviews. Interview questions encouraged AIN to explore their experience with reference to positioning within the service, role perception, role development, staff relationship, and role satisfaction. Thematic analysis was utilized to generate themes and explore meaning within the data. The following themes emerged: role definition and clarity; socialization and adaptation; and enhancing education. Analysis suggests that whilst AIN were integrated into mainstream service, the scope of activities or role remains geographically variable and

inconsistent. Encouragingly, as AIN became familiar with their work environments and teams, they considered themselves to be of value and were able to play a meaningful role. A desire for learning and a need for continuing education also emerged as a primary theme. Findings from the data suggest that AIN in the mental health setting remain a novel and, to some extent, poorly utilized resource.

Karacsony, S., Chang, E., Johnson, A., et al. (2015). "Measuring nursing assistants' knowledge, skills and attitudes in a palliative approach: A literature review." Nurse Educ Today 35(12) : 1232-1239.

BACKGROUND: Nursing assistants are the largest aged care workforce providing care to older people in residential aged care facilities. Although studies have focused on their training and development needs when providing a palliative approach, a valid and reliable instrument to evaluate their knowledge, skills and attitudes is required. **AIMS:** To examine what instruments have been used to evaluate nursing assistants' knowledge of, skills in and attitudes towards a palliative approach in residential aged care facilities, critically evaluate development processes, and discuss the strengths and limitations of existing instruments for this population. **METHODS:** CINAHL, the Cochrane Library, ERIC, MEDLINE, PubMed, Scopus and Web of Science were searched using key words. Selected articles were published in English in the period 2004-2014 and included instruments which evaluated nursing assistants and a palliative approach. **RESULTS:** Ten studies using seven instruments met the inclusion criteria. One of these instruments measured nursing assistants' level of comfort in providing end-of-life care. The six remaining instruments measured palliative care knowledge, palliative care practice, self-efficacy, knowledge and attitudes towards people with advanced dementia, beliefs and attitudes to death, dying, palliative and interdisciplinary care across the aged care workforce. **CONCLUSION:** Seven instruments have been used to evaluate nursing assistants' knowledge, skills and attitudes in a palliative approach. Instrument design and recommended psychometric processes for development limit specificity and usefulness of these instruments for nursing assistants' scope of practice. Adhering to recommended psychometric processes will increase the validity and reliability of an instrument tailored to this population and a palliative approach.

Traynor, M., Nissen, N., Lincoln, C., et al. (2015). "Occupational closure in nursing work reconsidered: UK health care support workers and assistant practitioners: A focus group study." Soc Sci Med 136-137 : 81-88.

In healthcare, occupational groups have adopted tactics to maintain autonomy and control over their areas of work. Witz described a credentialist approach to occupational closure adopted by nursing in the United Kingdom during the 19th and early 20th centuries. However, the recent advancement of assistant, 'non-qualified' workers by governments and managers forms part of a reconfiguration of traditional professional work. This research used focus groups with three cohorts of healthcare support workers undertaking assistant practitioner training at a London university from 2011 to 13 (6 groups, n = 59). The aim was to examine how these workers positioned themselves as professionals and accounted for professional boundaries. A thematic analysis revealed a complex situation in which participants were divided between articulating an acceptance of a subordinate role within traditional occupational boundaries and a usurpatory stance towards these boundaries. Participants had usually been handpicked by managers and some were ambitious and confident in their abilities. Many aspired to train to be nurses claiming that they will gain recognition that they do not currently get but which they deserve. Their scope of practice is based upon their managers' or supervisors' perception of their individual aptitude rather than on a credentialist claim. They 'usurp' nurses claim to be the healthcare worker with privileged access to patients, saying they have taken over what nursing has considered its

core work, while nurses abandon it for largely administrative roles. We conclude that the participants are the not unwilling agents of a managerially led project to reshape the workforce that cuts across existing occupational boundaries.

2013

Hasson, F., McKenna, H. P. et Keeney, S. (2013). "A qualitative study exploring the impact of student nurses working part time as a health care assistant." Nurse Educ Today 33(8) : 873-879.

BACKGROUND: National and international evidence indicates that university students engage in employment whilst studying. Research has suggested that nursing students either enter training with previous care experience or tend to work part time in a health related area whilst undertaking higher education. The impact of this on the socialisation process remains unclear. **OBJECTIVES:** Based on the symbolic interactionist framework, this paper reports on a theme from a large mixed methods study - the extent and implications of student nurses' work experience on learning and training. **DESIGN:** One qualitative stage from a sequential exploratory mixed methods design. **SETTINGS:** One higher education institution in the United Kingdom. **PARTICIPANTS:** Forty-five pre-registration nursing students. **METHODS:** Thirty-two students took part in four focus groups and 13 took part in individual interviews. **RESULTS:** Findings revealed that 27 (60%) of students were in paid nursing related employment. This was reported to be advantageous by most participants with regards to enhancing confidence, skills and time spent in the clinical setting. However, it was also perceived by a small number of participants as being detrimental to subsequent learning resulting in role confusion, influencing placement behaviour, and preferences for future nursing practice. Student participants with no prior work experience believed this placed them at a disadvantage, negatively influencing their learning, ability to fit in, and adjustment on placement. Findings have suggested that student participants desire more recognition of the experience and skills they have gained from their employment. **CONCLUSIONS:** Whilst care experience among the student nursing population is advocated, the results of this study show that it is perceived to impinged on their learning and educational journey. Policy makers, educationalists and health service providers need to be aware of the students who operate within the dual roles of student and health care worker so as to provide guidance and appropriate direction.

2011

Spilsbury, K., Adamson, J., Atkin, K., et al. (2011). "Challenges and opportunities associated with the introduction of assistant practitioners supporting the work of registered nurses in NHS acute hospital trusts in England." J Health Serv Res Policy 16 Suppl 1 : 50-56.

OBJECTIVES: To understand the challenges and opportunities associated with the introduction of assistant practitioner (AP) roles supporting the work of ward-based registered nurses (RNs) in National Health Service (NHS) acute hospital trusts in England. **METHODS:** Three case studies of NHS acute hospital trusts. This paper presents qualitative findings, drawing on documentary data sources and data generated through interviews and focus group discussions. **RESULTS:** Introduction of APs into ward-based nursing teams has been variable, and often driven by external pressures rather than perceived organizational need. This, along with little national guidance, has created some confusion about the role, but at the same time has permitted flexible role development through 'negotiated compromise' at local level. While there are various areas of potential improvement in policy

and practice, APs are generally perceived to have the potential to make a valuable contribution to patient care. CONCLUSIONS: Findings from this study will help policy-makers, organizations and practitioners understand factors that enable and/or inhibit the integration of new assistant roles within existing occupational structures to develop innovative services and enhance patient care. These factors are important when considering how care will be delivered to maximize the skills of the entire nursing workforce.

Vail, L., Bosley, S., Petrova, M., et al. (2011). "Healthcare assistants in general practice: a qualitative study of their experiences." *Prim Health Care Res Dev* 12(1) : 29-41.

AIM: To explore the experiences of healthcare assistants (HCAs) working in general practice (GP). BACKGROUND: HCAs increasingly play an important role in UK GP teams. The role is relatively new and little is known about how HCAs feel about their work in GP, and the challenges that they face. METHODS: Semi-structured interviews were undertaken with 14 HCAs from two Primary Care Trusts in the West Midlands, United Kingdom. Transcriptions were analysed using the framework analysis approach. FINDINGS: Overall, HCAs reported that they enjoyed their work, and particularly appreciated the patient contact and positive feedback gained. Attitudes to the role were affected by previous position, experience, and length of time working within the practice. The HCAs felt accepted and supported by GP team members and valued the support they were receiving. Key sources of frustration included the poor salary, the lack of initial clarity with regard to role definition, and the constraints of their scope of practice. Role boundaries between HCAs and practice nurses were experienced as well defined, and no perceptions of role ambiguity were reported. HCAs considered their work to be of relatively low status, with its main purpose being to ease the practice nurse's workload. Although many had the desire to train as nurses, few saw it as a realistic possibility. CONCLUSIONS: Although HCAs appear to be satisfied overall, the elements of dissatisfaction relate to status, pay, and career progression, which may limit the retention of individuals in this role. Practices should consider the importance of recognising and valuing the work of HCAs and of providing protected time and resources for mentorship and career progression.

2010

Potter, P., Deshields, T. et Kuhrik, M. (2010). "Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel." *J Nurs Manag* 18(2) : 157-165.

AIM: To understand registered nurses' (RNs) and nursing assistive personnel's (NAP) perceptions of delegation practices in delivery of oncology patient care. BACKGROUND: No research to date describes how RNs and NAP communicate and interact during the delegation process. An understanding of the nature of communication during delegation offers direction for how RNs and NAP can improve collaboration. METHOD: Qualitative descriptive study. RESULTS: Participants described conflict as a central theme during delegation. Sources of conflict varied between RNs and NAP. Successful delegation is characterised by effective communication, teamwork and initiative. CONCLUSION: Successful delegation depends on the quality of RN and NAP working relationships, timely ongoing communication, initiative and a willingness to collaborate. IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: Nurse managers play a key role in the facilitation of delegation practices. Developing clear guidelines for RN and NAP patient reporting and providing opportunities to discuss conflict-related issues is essential. RNs would benefit from acquiring competency in how to conduct reports, resolve conflicts, and how to convey their role in patient care management. Nursing assistive personnel would benefit from developing competency in

using effective communication skills for giving feedback, clarifying tasks and patient status and resolving conflict.

Venturato, L. et Drew, L. (2010). "Beyond 'doing': Supporting clinical leadership and nursing practice in aged care through innovative models of care." Contemp Nurse 35(2) : 157-170.

Contemporary health care environments are increasingly challenged by issues associated with the recruitment and retention of qualified nursing staff. This challenge is particularly felt by residential aged care providers, with registered nurse (RN) numbers already limited and resident acuity rapidly rising. As a result, aged care service providers are increasingly exploring creative and alternative models of care. This article details exploratory research into a pre-existing, alternative model of care in a medium sized, regional residential aged care facility. Research findings suggest that the model of care is complex and multi-faceted and is an example of an integrated model of care. As a result of the implementation of this model of care a number of shifts have occurred in the practice experiences and clinical culture within this facility. Results suggest that the main benefits of this model are: (1) increased opportunities for RNs to engage in clinical leadership and proactive care management; (2) improved management and communication in relation to work processes and practices; and (3) enhanced recruitment and retention of both RNs and care workers.

2009

Brant, C. et Leydon, G. M. (2009). "The role of the health-care assistant in general practice." Br J Nurs 18(15) : 926, 928-930, 932-923.

The role of the health-care assistant (HCA) has developed rapidly in general practice and has occurred on an ad hoc basis across the UK, with the precise role shaped by the requirements and culture of individual practices. Currently, there is no regulation of HCAs and little published material about the remit of the role. This study aimed to describe general practice colleagues' perceptions of the HCA role; identify key areas of inter-professional agreement and disagreement about the role; and describe the likely impact of these on the direction and development of HCAs. The study used a multiple-method qualitative study, using focus groups and semi-structured interviews and was set in general practices across one primary care trust. It featured uni-professional focus groups of practice nurses, HCAs and practice managers and interviews with GPs and practice managers. Transcribed material was analysed using constant comparison to derive robust themes. Participants focused on issues surrounding communication and teamwork and the fact that the individual nature of practices will affect the development of the HCA role. Questions regarding the development and structure of the HCA role were also broadly debated. The study concluded that the development of the HCA role in general practice is variable and the success of the role within a practice depends on good preparation for its future direction as well as the broad inclusion of team members in discussion and decision-making about the role.

Gordon, S. C. et Barry, C. D. (2009). "Delegation guided by school nursing values: comprehensive knowledge, trust, and empowerment." J Sch Nurs 25(5) : 352-360.

As health care institutions in the United States respond to shrinking budgets and nursing shortages by increasing the use of unlicensed assistive personnel (UAP), school nursing practice is changing from providing direct care to supervising activities delegated to UAP. Therefore, delegation is a critical area of concern for school nurses. The purpose of this qualitative research study was to explore values guiding the delegation of health care tasks

to UAP in school settings from the perspective of the school nurse. An inquiry focus group was conducted with 64 Florida school nurses. Values guiding delegation were comprehensive knowledge, trust, and empowerment. These values provided a framework for guiding the delegation process.

Kalisch, B. J. (2009). "Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork?" J Nurs Adm 39(11) : 485-493.

Missed nursing care is a pervasive problem in acute care hospitals as is dysfunctional nursing teamwork. Given that teamwork has a significant impact on healthcare quality and patient safety, the author reports findings from a study that examined differences in perceptions between RNs and nursing assistants as to the extent of missed nursing care and the reasons for missing that care. Study findings point to a lack of essential elements of teamwork (ie, closed-looped communication, leadership, team orientation, trust, and shared mental models). The author analyzes what this reveals about teamwork between these 2 groups of nursing personnel who work side by side caring for the same patients and offers specific interventions.

Spilsbury, K., Stuttard, L., Adamson, J., et al. (2009). "Mapping the introduction of assistant practitioner roles in acute NHS (hospital) trusts in England." J Nurs Manag 17(5) : 615-626.

AIMS: This mapping study describes current or planned introduction of assistant practitioner roles in English National Health Service Acute Hospital Trusts. BACKGROUND: In the last decade there has been a growth in nursing support workforce numbers and their scope of practice. An important United Kingdom support worker development is the Assistant Practitioner role. METHOD: A national census was carried out (April 2007) via an emailed questionnaire to Directors of Nursing. Quantitative data were analysed using descriptive statistics. Qualitative data were analysed using thematic analysis. RESULTS: Eighty-five per cent (143/168) of Directors of Nursing, from all 10 English Strategic Health Authorities, responded. Forty-six per cent (n = 66) of Trusts had introduced assistant practitioners and 22% (n = 31) were planning to implement the role before 2009. There is wide variation in assistant practitioner numbers across and between Strategic Health Authorities, Trusts and clinical areas. Resistance to the role existed in 32% (n = 46) of Trusts. Reasons for resistance included no perceived need for the role, lack of evidence of effectiveness, financial constraints and professional and patient safety concerns. IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: These findings, which contribute to the international evidence-base on health care support workers roles, provide nurse managers with numbers of assistant practitioners and their deployment. This is useful for Nurse Managers making workforce decisions.

2008

McCrae, N., Banerjee, S., Murray, J., et al. (2008). "An extra pair of hands? A case study of the introduction of support workers in community mental health teams for older adults." J Nurs Manag 16(6) : 734-743.

BACKGROUND: Despite the expanding deployment of support workers in mental health services, little evidence exists on what managers and professional practitioners should expect of such staff in community settings. AIMS: This case study evaluated the introduction of support workers in community mental health teams for older adults. METHOD: A multiple method design engaged support workers and professional colleagues in individual

interviews, a focus group and a work satisfaction survey. RESULTS: While the new resource boosted service provision, disparity between the intended role and the assumptions of professional practitioners caused confusion and dissatisfaction. CONCLUSIONS: The study highlights the need for managers to ensure role clarity when non-professional workers are introduced into multidisciplinary community teams. IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: Promoting diversity of skills in the mental health workforce is a progressive move in tuning services to the heterogeneous needs of clients in the community. However, introducing unqualified workers into multi-disciplinary teams necessitates clear guidance to prevent their activity being confined within existing professional models. Support workers offer much potential in innovative service delivery.

Standing, T. S. et Anthony, M. K. (2008). "Delegation: what it means to acute care nurses." Appl Nurs Res 21(1) : 8-14.

As health care costs rise, nurses are increasingly delegating tasks to unlicensed assistive personnel (UAP). The purpose of this phenomenologic study was to describe delegation from the perspective of the acute care nurse. We analyzed interviews with staff nurses, and a description of the meaning of delegation was developed using Donabedian's structure, process, outcome model to organize the findings. The process of delegation centered on communication and on nurse-UAP relationship and was shaped by the structural themes. The outcomes of delegation included nursing and patient outcomes. An enhanced content on communication and interpersonal relations is needed in nursing education.

2007

Brennan, G. et McSherry, R. (2007). "Exploring the transition and professional socialisation from health care assistant to student nurse." Nurse Educ Pract 7(4) : 206-214.

BACKGROUND: Minimal research is available examining the socialisation process from the perspective of students with health care knowledge who prior to undertaking their training worked as a health care assistant (HCA). The transition and professional socialisation process undertaken by students is an important factor in contributing to the successful completion of a pre-registration nursing programme. Despite this, limited empirical research explores the impact prior health care knowledge plays in this process. OBJECTIVE: The studies aim was to determine the transitional processes associated with moving from a HCA to Student Nurse. DESIGN: A descriptive qualitative study undertaken over an 8-month period at a university in the northeast of England. POPULATION, SAMPLE, SETTING: A homogeneous sample of 14 students with previous experience as a HCA within the field of adult nursing was used. METHODS: Data were collected through 4 focus group interviews and analysed using [Burnard, P., 1991. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today* 11, 461-466.] thematic content analysis. FINDINGS: The main themes that emerged around culture shock and clinical issues identified both positive and negative perceptions upon this process. Equally a new concept is introduced from the findings, that of 'the comfort zone', which explores the intentional reversal into the HCA role by the participants of the study. From the findings a framework for the transition and professional socialisation from HCA to student nurse is provided. The findings will assist the university and others in identifying, addressing and aiding the socialisation needs of these students into their new role as a student nurse.

Cherry, B., Ashcraft, A. et Owen, D. (2007). "Perceptions of job satisfaction and the regulatory environment among nurse aides and charge nurses in long-term care." Geriatr Nurs 28(3) : 183-192.

OBJECTIVE: To explore perceptions about job satisfaction and the regulatory environment among certified nurse aides (CNAs) and licensed vocational nurses (LVNs) in selected nursing homes in West Texas. **BACKGROUND:** As long-term care nurse leaders struggle with maintaining an adequate, well-trained workforce, clarifying factors that affect job satisfaction and turnover is essential. Studies have identified several factors that contribute to job dissatisfaction and turnover, but the extent to which the regulatory environment contributes is unknown. **METHODS:** The study used a qualitative research design with one-on-one semistructured interviews conducted with 38 participants employed as CNAs or LVNs in 1 of 5 nursing homes located in West Texas. **RESULTS:** Participants acknowledged that regulations pervade their daily work and accept regulatory oversight as necessary for providing good care. However, participants expressed concern that the presence of the surveyors in the facility often created a tense, almost adversarial atmosphere. Other reasons for job dissatisfaction included excessive paperwork, ineffective communication, frequent deaths, combative and uncooperative residents, and inadequate staffing. **CONCLUSIONS:** Strategies are suggested to improve the survey process, address care-related stressors, promote positive communication techniques, reduce paperwork inefficiencies, and reduce staff shortages.

Conway, J. et Kearin, M. (2007). "The contribution of the Patient Support Assistant to direct patient care: an exploration of nursing and PSA role perceptions." *Contemp Nurse* 24(2) : 175-188.

Health care systems have seen the introduction of the unregulated worker into patient care areas to assist Registered Nurses (RNs) in the provision of health care. A study was undertaken to identify the perceptions of both nurses and unregulated workers of the unregulated worker role in direct patient care in a regional hospital in New South Wales, Australia. The nomenclature used for a non regulated worker in the workplace in which this study occurred is Patient Support Assistant (PSA). Separate surveys were designed for PSA and nursing staff. Twenty seven per cent of PSAs (n=21) and 36% of nursing staff surveyed (n=120) responded. Results identified that both groups identified the main role of PSAs were attending to general cleaning and providing physical assistance to nurses, medical and physiotherapy staff, primarily for manual handling of heavy or difficult patients. Some activities of the role identified in the job description, such as pre-operative shaves on male patients and assisting with the application of traction, appeared no longer to be relevant for current practices. Both groups identified a positive team working relationship between nurses and PSAs. However, there was evidence to suggest that not all RNs had a clear understanding of the role of the PSA and the PSAs believed that they did not receive adequate feedback about their work. There was a mixed view as to whom the PSA should report. A high percentage of RNs felt they should be responsible for the supervision of the PSA. This was in contrast to a high percentage also believing that RNs should not be accountable either for PSA work or for delegating tasks to PSAs. Challenges voiced by PSAs included being expected to achieve both allocated cleaning tasks and provide patient support, being requested to assist with aggressive patients and working with other PSAs. A major recommendation of the study is that employment of Assistants in Nursing may provide enhanced scope and role clarity for unregulated workers to assist nurses in providing nursing care.

Huynh, T. et Nadon, M. (2007). "[Collaboration between nurses and nurse's aides in wound care]." *Perspect Infirm* 5(1) : 12-22.

This qualitative study describes the collaborative relationship between the Registered Nurses (RNs) and the Registered Nursing Assistants (RNAs) in wound care. Semi-structured

interviews, focus groups and participants observation were used to explore how 3 RNs and 3 RNAs interact in wound care. The findings suggest that two levels of intrapersonal processes constitute the collaborative endeavor. The first level is the intrapersonal process within RNs/RNAs to shape their practice according to their professional roles. The second level is the intrapersonal emotional labor carried out by RNs/RNAs to find balance between their respect for the other group as a whole and their trust for certain individual RNs/RNAs. Intradisciplinary collaboration may contribute to work satisfaction and excellence in patient care. RNs and RNAs are called upon to increase their awareness and understanding of the emotional labor underpinning their interpersonal interactions in order to maintain and promote collaboration at the workplace. It is proposed that nurse managers at all levels promote a culture of collaboration and provide time and space in which the emotional labor of frontline staff is recognized, voiced and valued.

Kalisch, B. J., Curley, M. et Stefanov, S. (2007). "An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement." J Nurs Adm 37(2) : 77-84.

Numerous studies have concluded that work group teamwork leads to higher staff job satisfaction, increased patient safety, improved quality of care, and greater patient satisfaction. Although there have been studies on the impact of multidisciplinary teamwork in healthcare, the teamwork among nursing staff on a patient care unit has received very little attention from researchers. In this study, an intervention to enhance teamwork and staff engagement was tested on a medical unit in an acute care hospital. The results showed that the intervention resulted in a significantly lower patient fall rate, staff ratings of improved teamwork on the unit, and lower staff turnover and vacancy rates. Patient satisfaction ratings approached, but did not reach, statistical significance.

2006

Apker, J., Propp, K. M., Zabava Ford, W. S., et al. (2006). "Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions." J Prof Nurs 22(3) : 180-189.

This study explored how nurses communicate professionalism in interactions with members of their health care teams. Extant research show that effective team communication is a vital aspect of a positive nursing practice environment, a setting that has been linked to enhanced patient outcomes. Although communication principles are emphasized in nursing education as an important component of professional nursing practice, actual nurse interaction skills in team-based health care delivery remain understudied. Qualitative analysis of interview transcripts with 50 participants at a large tertiary hospital revealed four communicative skill sets exemplified by nursing professionals: collaboration, credibility, compassion, and coordination. Study findings highlight specific communicative behaviors associated with each skill set that exemplify nurse professionalism to members of health care teams. Theoretical and pragmatic conclusions are drawn regarding the communicative responsibilities of professional nurses in health care teams. Specific interaction techniques that nurses could use in nurse-team communication are then offered for use in baccalaureate curriculum and organizational in-service education.

Bostick, J. E., Rantz, M. J., Flesner, M. K., et al. (2006). "Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes." J Am Med Dir Assoc 7(6): 366-376.

PURPOSE: To evaluate a range of staffing measures and data sources for long-term use in public reporting of staffing as a quality measure in nursing homes. **METHOD:** Eighty-seven research articles and government documents published from 1975 to 2003 were reviewed and summarized. Relevant content was extracted and organized around 3 themes: staffing measures, quality measures, and risk adjustment variables. Data sources for staffing information were also identified. **RESULTS:** There is a proven association between higher total staffing levels (especially licensed staff) and improved quality of care. Studies also indicate a significant relationship between high turnover and poor resident outcomes. Functional ability, pressure ulcers, and weight loss are the most sensitive quality indicators linked to staffing. The best national data sources for staffing and quality include the Minimum Data Set (MDS) and On-line Survey and Certification Automated Records (OSCAR). However, the accuracy of this self-reported information requires further reliability and validity testing. **CONCLUSIONS:** A nationwide instrument needs to be developed to accurately measure staff turnover. Large-scale studies using payroll data to measure staff retention and its impact on resident outcomes are recommended. Future research should use the most nurse-sensitive quality indicators such as pressure ulcers, functional status, and weight loss.

Hancock, H. et Campbell, S. (2006). "Developing the role of the healthcare assistant." Nurs Stand 20(49) : 35-41.

AIM: Two studies are described in this article. The first evaluated the preparedness of healthcare assistants (HCAs) to develop a new role and attend an HCA development programme. The second examined the impact of one NHS trust's HCA development programme on the role of the HCA, on other members of the multidisciplinary team and on patients. **METHOD:** The research methodology was qualitative and inductive, using a naturalistic approach in both studies, and a 360 degree model of assessment and feedback in study two. For both studies, the data were analysed following the principles of thematic analysis. Findings Eight out of 12 HCAs in study one were prepared to attend the programme and to develop their role. Study two indicated a positive but restricted impact of the HCA development programme on the HCAs' role, that of other healthcare professionals and on patient care. **CONCLUSION:** The findings have implications for role development in the NHS and for the development of programmes that aim to address these changes. The HCA development programme has been reviewed and extended, and strategies to promote and support role development in the clinical setting have been introduced in the trust where the research was conducted.

2005

Gran-Moravec, M. B. et Hughes, C. M. (2005). "Nursing time allocation and other considerations for staffing." Nurs Health Sci 7(2) : 126-133.

The purpose of this project was to evaluate how nursing staff on the telemetry unit at Merle West Medical Center, a rural Pacific northwest community medical center in the USA, spend their time on selected nursing tasks, and how they believed staffing and patient acuity levels could best be determined. A self-report survey tool was developed, piloted and administered. Of the tasks that were listed in the survey, registered nurses (RNs) reported spending 39% of their time performing tasks that RNs only can perform. RNs reported spending 12% of their time performing activities that certified nursing assistants (CNAs) could perform alone and 49% of their time was spent on tasks that both RNs and CNAs must perform. Results from the quantitative portion of the survey indicated that RNs may not be

used efficiently due to task overlap. Administering a modified survey which includes a balance of direct and indirect patient care tasks, as well as only those tasks that are truly performed frequently, will increase the relevance of the results.

2004

Scott-Cawiezell, J., Schenkman, M., Moore, L., et al. (2004). "Exploring nursing home staff's perceptions of communication and leadership to facilitate quality improvement." J Nurs Care Qual 19(3) : 242-252.

Leadership and clinical staff were surveyed to explore communication and leadership in nursing homes. Registered nurses and other professionals perceived communication as better than their nursing colleagues did. Overall, results suggest all factors of communication could improve. In terms of leadership, licensed practical nurses perceived less clarity of expectations, encouragement of initiative, and support than other groups. The study provides insight into what is organizationally necessary to improve quality of care in nursing homes.

2003

Pennington, K., Scott, J. et Magilvy, K. (2003). "The role of certified nursing assistants in nursing homes." J Nurs Adm 33(11) : 578-584.

UNLABELLED: OBJECTIVE Pilot study to examine the experiences of the certified nursing assistants (CNAs) in Colorado nursing homes. BACKGROUND DATA: CNAs provide 80% to 90% of the care to residents in nursing homes. Their reported turnover rate is as high as 400% in some studies, and the potential pool of CNAs is dwindling. As the demand for CNAs increases, their experiences must be understood to effectively address recruitment and retention issues. METHODS: Minimally structured interviews of 12 CNAs in 6 Colorado nursing homes and observations of care provided were conducted. Atlas/Ti software was used as a data management tool for analyzing and coding data. RESULTS: The overriding theme that emerged from the interviews was "we love our jobs." Three patterns of thought and behavior emerged: attributes of the CNA, working conditions of the CNA, and future success of the CNA and the nursing home. CONCLUSIONS: Issues important to CNAs revolved around basic motivational factors, such as job enrichment opportunities, personal growth opportunities, recognition, responsibility, and sense of achievement. Leadership must become creative and build on that base, providing CNAs with job mobility, job enrichment opportunities, recognition, and increased job responsibility, producing positive outcomes not only for the CNA but also for the resident and the facility.

Perry, M., Carpenter, I., Challis, D., et al. (2003). "Understanding the roles of registered general nurses and care assistants in UK nursing homes." J Adv Nurs 42(5) : 497-505.

BACKGROUND: The recent government decision to fund the costs of Registered nursing time in long-term care facilities in England through the Registered Nurse Contribution to Care renders the need to distinguish the role of Registered General Nurses (RGNs) from that of Care Assistants (CAs) in nursing homes increasingly important. AIM: The objective of this qualitative study was to obtain an in-depth understanding of the main differences between the roles and functions of RGNs and CAs working in nursing homes in the United Kingdom (UK). DESIGN: Data were collected through interviews with nine RGNs and 12 CAs employed

in four different nursing homes across England. FINDINGS: Our findings suggest that RGNs have difficulty defining and limiting their roles because they have all-embracing roles, doing everything and anything within the home. By contrast, CAs define their role in terms of what they are not allowed to do. This difficulty in limiting their role, in addition to their sense of professional accountability for residents' care, leads RGNs to experience difficulty in delegating tasks to CAs. Both RGNs and CAs agreed that an increase in the number of assistive staff is needed to provide residents with good quality care and suggested that a measure of resident dependency would be a good method by which to determine staffing levels. CONCLUSIONS: We recommend that job descriptions that clearly define the roles and responsibilities of both RGNs and CAs are developed so that caregivers at all levels understand each others' roles and work together to co-ordinate, plan and provide residents' care.

1995

Jansen, P. (1995). Differentiated practice and specialization in community care, Maastricht : NIVEL

Cette étude dresse un état des lieux des soins infirmiers communautaires aux Pays-Bas, c'est-à-dire des soins infirmiers délivrés par des agences professionnelles dans le cadre de soins communautaires ou de soins à domicile. A partir d'une revue de la littérature internationale et d'enquêtes réalisées aux Pays-Bas, elle décrit les pratiques médicales des infirmiers : diversité des pratiques, spécialisation professionnelle, qualité des soins, satisfaction au travail et phénomène de « burn-out ».

La Profession des masseurs-kinésithérapeutes

ÉTUDES FRANÇAISES

2018

Charpy, C. R. (2018). "Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux : démographie, activité et recours aux soins". Paris Ministère chargé de la santé.

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2018/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-SEPT_2018-LES%20MASSEURS%20KINE%20LIBERAUX.pdf

Au 1^{er} janvier 2017, près de 88 000 masseurs kinésithérapeutes étaient recensés au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) en France, dont 65 900 libéraux présents et actifs. Les remboursements de leurs honoraires par l'assurance maladie ont atteint 4,0 Md€ en 2017, soit 4,6 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville. Ces remboursements sont particulièrement dynamiques, en progression de 4,2 % par an en moyenne sur les cinq dernières années, contre 2,3 % pour l'ensemble des dépenses de soins de ville dans le champ de l'Ondam. Ce dynamisme est principalement porté par la hausse du nombre de praticiens (+3,3 % par an entre 2010 et 2017), en lien avec la hausse du nombre de patients traités qui s'explique notamment par le vieillissement de la population. Leurs honoraires évoluent à un rythme proche de l'inflation (+1,1 % par an entre 2010 et 2015), soutenus par des mesures de revalorisation tarifaire intervenues en 2012 puis en 2017.

Remondiere, R. et Durafourg, M. P. (2018). "Regards sur la kinésithérapie en 2018." Sante Publique 40(6) : 869-876.

À partir d'un état des lieux, les auteurs retracent les étapes de l'évolution de la kinésithérapie au cours des vingt dernières années. Le point fort de cette profession silencieuse est d'avoir achevé, en 2015, sa réforme dans le cadre des accords européens du processus de Bologne. Les mutations, les acquis en lien avec les progrès biologiques, médicaux et issus de la recherche clinique en font un ensemble qui ouvre encore largement ses champs de pratiques, suffisamment pour être attractif auprès des futurs étudiants, mais insuffisamment pour susciter un exercice à l'hôpital. Les contraintes macro- et micro-économiques ont engendré des répercussions importantes et les kinésithérapeutes ont su s'adapter à la nouvelle prise en soins des patients sans altérer la reconnaissance dont ils sont l'objet de leur part. La nouvelle définition de la profession, accompagnée de nouveautés techniques de formation devrait réaffirmer leurs compétences qui n'ont, à ce jour, que peu de traduction au quotidien. La réforme des études doit être comprise comme le point de départ d'une profession en mutation, dont les champs de pratique qui se sont élargis depuis 2016 n'ont pas encore séduits la majorité des professionnels.

2017

Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., et al. (2017). "Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review." JBI Database System Rev Implement Rep 15(11) : 2723-2788.

BACKGROUND: During the last decade, teamwork has been addressed under the rationale of interprofessional practice or collaboration, highlighted by the attributes of this practice such as: interdependence of professional actions, focus on user needs, negotiation between professionals, shared decision making, mutual respect and trust among professionals, and acknowledgment of the role and work of the different professional groups. Teamwork and interprofessional collaboration have been pointed out as a strategy for effective organization of health care services as the complexity of healthcare requires integration of knowledge and practices from different professional groups. This integration has a qualitative dimension that can be identified through the experiences of health professionals and to the meaning they give to teamwork. **OBJECTIVE:** The objective of this systematic review was to synthesize the best available evidence on the experiences of health professionals regarding teamwork and interprofessional collaboration in primary health care settings. **INCLUSION CRITERIA TYPES OF PARTICIPANTS:** The populations included were all officially regulated health professionals that work in primary health settings: dentistry, medicine, midwifery, nursing, nutrition, occupational therapy, pharmacy, physical education, physiotherapy, psychology, social work and speech therapy. In addition to these professionals, community health workers, nursing assistants, licensed practical nurses and other allied health workers were also included. **PHENOMENA OF INTEREST:** The phenomena of interest were experiences of health professionals regarding teamwork and interprofessional collaboration in primary health care settings. **CONTEXT:** The context was primary health care settings that included health care centers, health maintenance organizations, integrative medicine practices, integrative health care, family practices, primary care organizations and family medical clinics. National health surgery as a setting was excluded. **TYPES OF STUDIES:** The qualitative component of the review considered studies that focused on qualitative data including designs such as phenomenology, grounded theory, ethnography, action research and feminist research. **SEARCH STRATEGY:** A three-step search strategy was utilized. Ten databases were searched for papers published from 1980 to June 2015. Studies published in English, Portuguese and Spanish were considered. **METHODOLOGICAL QUALITY:**

Methodological quality was assessed using the Qualitative Assessment and Review Instrument developed by the Joanna Briggs Institute. All included studies received a score of at least 70% the questions in the instrument, 11 studies did not address the influence of the researcher on the research or vice-versa, and six studies did not present a statement locating the researcher culturally or theoretically. DATA EXTRACTION: Qualitative findings were extracted using the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument. DATA SYNTHESIS: Qualitative research findings were pooled using a pragmatic meta-aggregative approach and the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument software. RESULTS: This review included 21 research studies, representing various countries and healthcare settings. There were 223 findings, which were aggregated into 15 categories, and three synthesized findings: CONCLUSIONS: This review shows that health professionals experience teamwork and interprofessional collaboration as a process in primary health care settings; its conditions, consequences (benefits and barriers), and finally shows its determinants. Health providers face enormous ideological, organizational, structural and relational challenges while promoting teamwork and interprofessional collaboration in primary health care settings. This review has identified possible actions that could improve implementation of teamwork and interprofessional collaboration in primary health care.

2015

Medina, P., Fontaine Gavino, K., Hamant, C., et al. (2015). "Étude sur les perspectives d'évolution de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes et de leurs conditions d'exercice en Rhône-Alpes."

http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Kines_RA.pdf

L'objectif principal de cette étude est d'anticiper les évolutions possibles de la démographie de la profession ainsi que celles des besoins des patients, afin d'aider au mieux les masseurs-kinésithérapeutes (en exercice ou encore étudiants) à exercer leur profession dans de bonnes conditions dans dix ans, en promouvant alors des stratégies, des politiques adaptées à ces évolutions. Pour cela, tous les éléments d'information pertinents pour anticiper au mieux ces différentes évolutions ont été mis à jour. Il a fallu construire des projections pour "visualiser" les évolutions possibles, en prenant en compte les caractéristiques des professionnels exerçant actuellement dans la région, les tendances et évolutions récentes en matière de modalités d'exercice, afin d'apprécier les besoins dans leur diversité et tenter des projections à l'horizon 2025 pour envisager qu'elle pourrait être la situation démographique et quelles seront les conditions d'exercice de la profession à cette période. Il s'agit concrètement de poser des éléments de réflexion pour savoir si le nombre de masseurs-kinésithérapeutes dans dix ans sera adapté ou non aux besoins des patients et à la demande des prescripteurs, et quels seront les impacts d'une éventuelle inadéquation entre l'offre de soins et les besoins des patients, à la fois pour les patients et pour les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes, en termes de conditions d'exercice.

2014

Monnet et Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (2014). Évolution des compétences des masseurs-kinésithérapeutes et besoins de santé : quelle place pour des aides-kinés ?

Rennes : Ehesp

<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ds/monnet.pdf>

Nous avons tenté dans ce travail d'analyser l'évolution récente de la profession de Masseur-Kinésithérapeute (MK). Notre constat global est une forte complexification du métier, avec un changement de paradigme, le MK passant progressivement de sa posture historique de technicien à celle, plus valorisante, de praticien. Dans ce cadre, on s'interroge ici sur la pertinence de la création éventuelle d'un nouveau corps de métier associé d'aides-kinés, ou mieux techniciens de physiothérapie, qui réaliseraient des actes délégués par les MK, soulageant ainsi les pénuries de MK dans les établissements de santé. Une enquête de terrain auprès de professionnels montre des avis très divergents sur les points évoqués ci-dessus. Le défi majeur actuel paraît être surtout de progresser encore dans le décloisonnement des diverses professions paramédicales, et de réussir pleinement la réingénierie en cours de la formation. La piste d'un corps collaboratif reste intéressante, mais ne peut aboutir que dans une étape ultérieure. (R.A.).

Remondière, R. (2014). "L'information du patient en kinésithérapie : une obligation aux multiples facettes." *Les Tribunes de la santé* 42(1) : 57-63.

https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=21230#.X7TcEOWg-Uk

Cet article présente les différentes situations d'information que le kinésithérapeute doit respecter. Distinctes de celles du médecin, leur spécificité réside dans la diversité et la difficulté, selon l'implication du malade et les objectifs négociés avec l'élaboration d'un plan de traitement et d'un délai de récupération. Malgré une législation protectrice pour le malade, ses exigences augmentent, obligeant le professionnel à une plus grande conformité et à de plus grandes précautions auxquelles il n'est pas suffisamment préparé.

Rochut, J. (2014). "Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux." *Etudes Et Resultats (Drees)* 895 : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er895.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xFEtqq. Diffusion soumise à autorisation]. Le champ de la rééducation couvre sept métiers très différents : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien. En 2013, les professionnels de la rééducation en activité, âgés de moins de 65 ans sont près de 140 000 en France. Leur nombre est en forte augmentation depuis la fin des années 1990, porté par l'accroissement continu des inscrits en formation sur le territoire et par une hausse des praticiens diplômés à l'étranger venus s'installer en France. Ces professions, en majorité jeunes et féminisées, présentent des modes d'exercice variés. La pratique libérale est très majoritaire pour les masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes. Les professionnels de la rééducation restent inégalement répartis sur le territoire : les départements côtiers ou du sud de la Loire sont les plus favorisés ainsi que, dans une moindre mesure, ceux de l'Île-de-France.

2013

Van Loon, K. et Parent, F. (2013). "Chapitre 1. Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie". In: [Penser la formation des professionnels de la santé]. Louvain-la-Neuve. De Boeck Supérieur : 179-204.

<https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782804176235-penser-la-formation-des-professionnels-de-la-sante>

Cet ouvrage rassemble un corpus de savoirs spécialisés particulièrement original et, à ce jour, inédit en langue française. Ces savoirs ont été exploités et médiatisés dans le cadre d'activités d'enseignement mises en œuvre avec le concours d'une équipe pluridisciplinaire d'enseignants issus de plusieurs milieux académiques francophones. En cohérence avec les conceptions philosophiques selon lesquelles les finalités de l'éducation et de la médecine ne sont, respectivement, ni la connaissance ni la santé mais bien, pour l'une et pour l'autre, « la personne », la perspective intégrative développée dans cet ouvrage postule qu'il existe une authentique convergence, voire un réel isomorphisme, entre l'approche éducative centrée sur l'apprenant et l'approche en santé centrée sur le patient et les communautés. Elle avance même que l'une est une condition nécessaire de l'autre. Dès lors, il est primordial que, dans le cadre des formations professionnalisantes en santé, soient réunies, explicitées et mises en œuvre les conditions d'une forte cohérence entre les finalités éducatives et les finalités en santé. En raison de son positionnement épistémologique spécifique et compte tenu de sa nature authentiquement pluri- voire inter-disciplinaire, cet ouvrage devrait intéresser tous les acteurs concernés par la problématique de la formation des professionnels de santé (directeurs de programmes, gestionnaires, enseignants, formateurs, maîtres de stage, mais aussi chercheurs), autant dans les contextes du Nord que du Sud, en formation initiale ou en formation continue.

2011

Balas, S. (2011). "Kinésithérapeute, un métier de référence." Nouvelle revue de psychosociologie 12(2) : 223-238.

https://explore.rero.ch/fr_CH/ge/result/L/VIRMU19SRVJPUjAwNjYwNTIzMw==

Résumé Les dispositifs d'analyse de pratiques, à visée prescriptive et évaluative se multiplient actuellement, tout particulièrement dans les métiers de la santé. Ces processus consistent à participer, dans le monde professionnel, à la définition et la promotion de « bonnes pratiques », à travers la rédaction de guides et de référentiels. Cet article, en s'appuyant sur une intervention réalisée avec la méthode des entretiens en auto confrontation croisés auprès de masseurs-kinésithérapeutes, montre que l'analyse d'activités de travail, à certaines conditions méthodologiques, peut être l'occasion, pour des collectifs de professionnels, de repenser leur travail et sa description. Les référentiels, outils devenus classiques en formation professionnelle comme en management, peuvent devenir un instrument de cette reconception de leur travail par les professionnels. Pour cela, ces référentiels doivent abandonner la description de ce qui se fait ou de ce qui doit se faire, pour intégrer les irrésolus du travail, les dilemmes historiques de métier. Enfin, cet article présente, à titre d'exemple, un extrait d'entretien entre deux professionnels, où un de ces dilemmes se réalise dans l'activité langagière.

2010

(2010). "Annexe II. Étude prospective du métier de masseur-kinésithérapeute". In: [Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière]. Rennes. Presses de l'EHESP : 89-123.

Créé par le décret du 28 décembre 2001, l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière présente son second rapport d'activité couvrant les trois années d'exercice 2005-2008. Les missions réglementaires de l'Observatoire sont distinctes de celle du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière mais complémentaires dans

le champ des ressources humaines. De nombreux partenaires ont été associés pour bâtir les outils et les réflexions nécessaires à l'optimisation de la gestion des ressources humaines dans les établissements de la fonction publique hospitalière. L'accent a été particulièrement porté sur la démarche métier et sur l'évolution vers une « fonction publique de métiers », car il convenait de contribuer à la mise en place d'un dispositif nouveau afin de mener une véritable démarche de gestion prévisionnelle, ainsi que sur un travail en commun, sur les emplois et sur certaines professions, avec d'autres observatoires. Le travail ainsi réalisé, en étroite relation avec le bureau de la formation et de l'exercice des professions paramédicales et des personnels hospitaliers (P1), en place jusqu'en 2008, ainsi que la Mission d'études, impact et prospective (MEIP) de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), qui assure le secrétariat de l'Observatoire, répond à une préoccupation forte des professionnels de santé de maintenir une approche qualitative des métiers et de renforcer ce travail en identifiant, sur le terrain, les changements opérés depuis 2004. Ce second rapport d'activité démontre en particulier que l'observation des métiers peut être un vecteur significatif pour adapter les programmes de formation initiale et continue, et que l'ONEM peut constituer un outil pour développer l'attractivité des métiers hospitaliers. Dans un contexte riche de réformes en profondeur du système de santé, guidé par la recherche de l'efficacité, l'évolution de ses ressources humaines, de ses métiers s'avère nécessaire pour faire face au vieillissement de la population et aux besoins des patients sur le territoire. À ce titre, la réflexion à venir de l'ONEM devra intégrer la dimension de la coopération entre professionnels de santé, qui permettra notamment de renforcer leur rôle et leurs compétences.

Bouchayer, F. (2010). "Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux". In: [Singuliers généralistes]. Rennes. Presses de l'EHESP : 169-188.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00668351>

Chacun de nous connaît un médecin généraliste, en qui il peut trouver un interlocuteur privilégié pour ses soucis de santé. En tant que groupe professionnel pourtant, les généralistes ont longtemps été peu considérés dans notre système de soins et restent méconnus : que sait-on des façons d'être généraliste ? de l'évolution de la profession ? Souvent passionnés par leur métier vécu comme un engagement personnel, les médecins généralistes sont-ils satisfaits de leurs conditions de travail et de leur place dans la société ? À partir d'enquêtes récentes, des sociologues expliquent ce que sont et font les généralistes dans leur cabinet, ils analysent les « flous du métier » et la place du généraliste dans un système de santé en transformation. Écrits dans un style accessible, ces travaux éclairent les dynamiques et les réformes d'une médecine générale aujourd'hui placée au cœur de l'actualité.

Delauney, E. (2010). "Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire." Médecine : Revue De L'unaformec 6(6) : 277-281.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/kines_et_medecins_generalistes_peut_mieux_faire_une_enquete_qualitative_en_pays_de_la_loire_285192/article.phtml

Le débat à propos d'équipes interprofessionnelles et de prises en charge multidisciplinaires est d'actualité. Hypothèse : Médecins et kinésithérapeutes communiquent peu et l'évolution réglementaire qui a eu lieu depuis 2000, peu respectée, n'a pas changé la situation. Méthode : Enquête qualitative par focus group auprès de 10 kinésithérapeutes libéraux. Résultats : Les relations kinés-généralistes sont généralement qualifiées de « bonnes », avec des variantes selon les personnes et les conditions locales, les côtés les plus négatifs concernant le manque de temps et de formation des médecins. Discussion : Les mêmes

problèmes existent entre infirmières et médecins. La situation pourrait s'améliorer avec un effort de communication de la part des médecins, une meilleure formation des médecins sur la kinésithérapie, des formations communes, une amélioration de l'image de la kinésithérapie, la création de maisons de santé et peut-être le développement de relations conviviales extraprofessionnelles. Conclusion : les pathologies prises en charge par les kinésithérapeutes sont fréquemment rencontrées en médecine générale. Une médecine réellement collaborative ne sera possible que si chaque acteur y prête attention.

2009

Delauney, E. et Université de Nantes. Nantes, F. R. A. (2009). Relation médecins traitants - kinésithérapeutes : évaluation des perceptions des kinésithérapeutes libéraux par la méthode du focus group.

Levy, D., Pavot, J. (2009). "Essai de simulation de délégation des tâches : le secteur des soins ambulatoires en France." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales 49(2) : 167-203.

[BDSP. Notice produite par OBRESA 7E9JR0xC. Diffusion soumise à autorisation]. En 2004, deux enquêtes entreprises par le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales (CSDM) mettent en lumière la surcharge de travail des professions para-médicales : 31 % des infirmières libérales interrogées déclarent que "leur charge de travail est trop lourde". Du côté des masseurs kinésithérapeutes libéraux, 65 % des enquêtés estiment que "leur charge de travail est certainement suffisante". Un an plus tard, une autre enquête conduite auprès des médecins libéraux, laisse voir que 9 % des généralistes et 29 % des spécialistes éprouvent de "grandes difficultés à trouver du personnel auxiliaire pour les aider". [...] De cette étude une simulation de délégation de tâches a été élaborée. Il s'agit d'opérer des calculs en partant d'hypothèse sur la durée de travail des médecins, le pourcentage d'infirmières (ou de kinés) qui acceptent les tâches qui leur sont transférées et le nombre d'heures supplémentaires que chaque "infirmière (ou kiné) acceptante" veut bien accomplir chaque semaine en plus de son horaire habituel. [...] Ainsi, pour obtenir des succès significatifs, une action cherchant à promouvoir la délégation des tâches devrait s'accompagner de très généreuses incitations et, avant tout, d'incitations financières. On peut, à ce stade, s'interroger sur la pertinence de toute la démarche compte tenu de l'escalade actuelle des dépenses de santé et du risque qu'elle représente pour la pérennité du système de protection sociale d'aujourd'hui. Par ailleurs, la simulation fait apparaître deux paradoxes de taille. Le premier se rapporte à la charge de travail du corps médical. Lorsque cette charge est lourde ("52" heures), son allègement est faible, en tout cas bien plus faible que quand elle est légère ("39" heures). En d'autres termes, la délégation des tâches n'obtient que des résultats homéopathiques quand on en a le plus besoin. L'explication vient de la constance du stock des receveurs (les infirmières ou les kinés) alors que la charge de travail des médecins s'avère plus lourde. L'autre paradoxe vient de la différence entre les régions au nord de la Loire et celles qui sont au sud. Dans les dernières, la densité médicale est généralement plus élevée et la charge de travail par médecin moins importante qu'au nord de la Loire. Mais c'est dans les régions du sud que la simulation enregistre les résultats les moins modestes pour la délégation des tâches. Dans ces régions méridionales, le nombre d'infirmières par médecin est bien plus élevé qu'au nord, et ceci explique cela. Ici encore, la simulation montre que la délégation des tâches risque de conduire à des résultats décevants dans les contrées où elle serait la plus nécessaire. (Extrait Résumé d'auteur).

Matharan, J., Micheau, J. et Rigal, E. (2009). "Le métier de masseur-kinésithérapeute." Paris Ondps.

Irdes - Pôle de documentation - M.-O. Safon, V. Suhard - Relecture : C. Fournier, L. Michel

Page 285 sur 300

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.epub

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur-kinesitherapeute.pdf

2008

Bouchayer, F. (2008). "Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral : Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes : Approche sociologique de la fonction soignante de proximité". Marseille Ehess

Ce projet vise à mieux connaître et « décrypter » les pratiques et les attitudes des médecins (généralistes) et des paramédicaux (infirmières et kinésithérapeutes) « tout venant » exerçant en libéral et amenés, de fait, à avoir dans leur clientèle une part et un nombre plus ou moins importants de personnes âgées. Une majeure partie du suivi médical de la population âgée et très âgée est assurée par ces professionnels. Or peu de recherches en sciences sociales en France ont été consacrées à leurs activités dans ce domaine. L'attention s'orientera de façon privilégiée vers ce qui relève des attitudes de ces professionnels à l'égard des patients, et à la manière dont ils « vivent » et pratiquent leur métier, en général et vis-à-vis des patients âgées. Cette approche s'inscrit dans une réflexion plus générale sur les processus d'appropriation de leur métier et d'élaboration progressive des univers professionnels par les acteurs engagés dans la pratique soignante, en accordant une place centrale à la « présence des patients ».

2005

Mathieu, E., Allemand, H., Teitelbaum, J., et al. (2005). "Les masseurs-kinésithérapeutes du secteur libéral : profils, projets, aspirations." Cahiers De Sociologie Et De Démographie Médicales 45(4) : 415-472

Schwach, V. (2005). "Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle." Gestions Hospitalières (444) : 207-213.

[BDSP. Notice produite par ENSP clR0xizg. Diffusion soumise à autorisation]. L'interdisciplinarité est un concept à la fois galvaudé, mal défini et problématique. Il appartient à un champ sémantique où les termes foisonnent sans qu'aucun texte de référence éclaircisse de façon convaincante la différence entre "inter", "pluri" ou "transdisciplinarité". Le concept au départ bien accueilli, devient rapidement litigieux ; loin de recueillir le consensus, son utilisation révèle que chacun donne au terme une définition différente, volontiers intéressée, par exemple en y associant des attentes à l'égard des autres auxquelles ils ne sont prêts à souscrire. Selon son fonctionnement idéologique, chacun se décrit comme plus interdisciplinaire que les autres, ce qui laisse à penser qu'un important non-dit vient obscurcir cette idée que l'on avait cru lumineuse. L'auteur apporte ici sa contribution à une explication théorique et pratique.

2003

Darrine, S. (2003). "Les masseurs-kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020." Etudes Et Résultats (242) : 8, 10 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er242.pdf>

Après avoir décrit la situation des masseurs-kinésithérapeutes en France en 2002 (leur

nombre, leurs caractéristiques socioprofessionnelles, leur implantation sur le territoire et leur revenu libéral), l'auteur de ce document propose un exercice de projection démographique de cette profession à l'horizon 2020 à partir de deux scénarios.

2001

(2001). "Evolution des rapports kinés-médecins." Revue Prescrire (223) : 858.

La revue Prescrire avait présenté en 1992 les règles de prescription d'une ordonnance de kinésithérapie. Depuis, le rapport dit Brocas sur les professions paramédicales a préconisé une évolution des règles définissant les rapports entre les médecins prescripteurs et différents professionnels paramédicaux, dont les masseurs-kinésithérapeutes. Cet article analyse la nouvelle réglementation introduite par le décret du 27 juin 2000, et par un arrêté modifiant la nomenclature du 4 octobre 2000.

(2001). "Rapport sur quatre professions paramédicales : infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes dans les pays de l'Union Européenne et aux Etats-Unis". Paris Cnamts.

Le présent rapport résulte d'une demande de la direction générale de la Cnamts, en date de février 2000. Elle concernait, à l'origine, l'ensemble des professions médicales en Europe. En raison de contrainte de temps, la Mission Recherche Internationale a limité l'étude à quatre principales professions paramédicales : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes. Après une première partie terminologique, l'analyse porte sur l'organisation des soins et la pratique médicale par types de professions, et par pays. Certains pays n'ont pas pu être étudiés et certaines questions traitées pour l'instant. Les informations manquantes seront fournies ultérieurement.

ETUDES INTERNATIONALES

2019

Downie, F., McRitchie, C., Monteith, W., et al. (2019). "Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data." Br J Gen Pract 69(682) : e314-e320.

BACKGROUND: Physiotherapists are currently working in primary care as first contact practitioners (FCP), assessing and managing patients with musculoskeletal conditions instead of GPs. There are no published data on these types of services. AIM: To evaluate a new service presenting the first 2 years of data. DESIGN AND SETTING: Analysis of 2 years' data of patient outcomes and a patient experience questionnaire from two GP practices in Forth Valley NHS, UK. The service was launched in November 2015 in response to GP shortages. METHOD: Data were collected from every patient contact in the first 2 years. This included outcomes of appointments, GP support, capacity of the service, referral rates to physiotherapy and orthopaedics, numbers of steroid injections, and outcomes from orthopaedic referrals. A patient experience questionnaire was also conducted. RESULTS: A total of 8417 patient contacts were made, with the majority managed within primary care (n = 7348; 87.3%) and 60.4% (n = 5083) requiring self-management alone. Referrals to orthopaedics were substantially reduced in both practices. Practice A from 1.1 to 0.7 per 1000 patients; practice B from 2.4 to 0.8 per 1000 patients. Of referrals to orthopaedics, 86%

were considered 'appropriate'. Extended scope physiotherapists (ESPs) asked for a GP review in 1% of patients. CONCLUSION: The results suggest that patients with musculoskeletal conditions may be assessed and managed independently and effectively by physiotherapists instead of GPs. This has the potential to significantly reduce workload for GPs as the service requires minimal GP support. The majority of patients were managed within primary care, with low referral rates and highly appropriate referrals to orthopaedics. Patients reported positive views regarding the service.

2017

Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., et al. (2017). "Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies." *J Physiother* 63(3) : 132-143.

QUESTION: What influence do physiotherapists' beliefs and attitudes about chronic low back pain have on their clinical management of people with chronic low back pain? DESIGN: Systematic review with data from quantitative and qualitative studies. Quantitative and qualitative studies were included if they investigated an association between physiotherapists' attitudes and beliefs about chronic low back pain and their clinical management of people with chronic low back pain. RESULTS: Five quantitative and five qualitative studies were included. Quantitative studies used measures of treatment orientation and fear avoidance to indicate physiotherapists' beliefs and attitudes about chronic low back pain. Quantitative studies showed that a higher biomedical orientation score (indicating a belief that pain and disability result from a specific structural impairment, and treatment is selected to address that impairment) was associated with: advice to delay return to work, advice to delay return to activity, and a belief that return to work or activity is a threat to the patient. Physiotherapists' fear avoidance scores were positively correlated with: increased certification of sick leave, advice to avoid return to work, and advice to avoid return to normal activity. Qualitative studies revealed two main themes attributed to beliefs and attitudes of physiotherapists who have a relationship to their management of chronic low back pain: treatment orientation and patient factors. CONCLUSION: Both quantitative and qualitative studies showed a relationship between treatment orientation and clinical practice. The inclusion of qualitative studies captured the influence of patient factors in clinical practice in chronic low back pain. There is a need to recognise that both beliefs and attitudes regarding treatment orientation of physiotherapists, and therapist-patient factors need to be considered when introducing new clinical practice models, so that the adoption of new clinical practice is maximised. [Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hubscher M, Goodall S (2017) Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of Physiotherapy* 63: 132-143].

Marks, D., Comans, T., Bisset, L., et al. (2017). "Substitution of doctors with physiotherapists in the management of common musculoskeletal disorders: a systematic review." *Physiotherapy* 103(4) : 341-351.

BACKGROUND: There is large variation in models-of-care involving the professional substitution of doctors with physiotherapists. OBJECTIVE: To establish the impact upon patients and health services, of substituting doctors with physiotherapists in the management of common musculoskeletal disorders. DATA SOURCES: Medline, CINAHL and ABI Complete databases, and hand-searching of related studies. STUDY SELECTION: Randomised and non-randomised clinical trials, inter-rater reliability and comparative studies

comparing the outcomes of usual care from doctors, with outcomes when the doctor was substituted with a physiotherapist. STUDY APPRAISAL AND SYNTHESIS METHODS: Two reviewers evaluated all studies using the Downs and Black Instrument. Meta-analysis was not possible due to study heterogeneity. A descriptive review was undertaken. RESULTS: 14 studies of moderate to low quality met the inclusion criteria. Professional substitution with a physiotherapist causes no significant change to health outcomes and inconsistent variation in the use of healthcare resources. There is insufficient health economic data to determine overall efficiency. In the selected presentations studied, physiotherapists made similar diagnostic and management decisions to orthopaedic surgeons and patients are as, or more satisfied with a physiotherapist. LIMITATIONS: Further high quality health and economic research is needed, in less selective patient populations, to determine the optimal role for physiotherapists. CONCLUSION AND IMPLICATIONS OF KEY FINDINGS: Physiotherapists provide a professional alternative to doctors for musculoskeletal disorders but the health economic implications of this model are presently unclear. Systematic Review Registration Number PROSPERO (Registration number CRD42015027671).

Steihaug, S., Paulsen, B. et Melby, L. (2017). "Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers - a qualitative study of structural conditions." Scand J Prim Health Care 35(4) : 344-351.

PURPOSE: The purpose of this study was to explore the structural mechanisms that facilitate or counteract collaboration between general practitioners (GPs) and other providers of municipal healthcare. Good collaboration between these actors is crucial for high-quality care, especially for persons in need of coordinated services. MATERIAL AND METHODS: The study is based on semistructured interviews with 12 healthcare providers in four Norwegian municipalities: four GPs, six nurses and two physiotherapists. RESULTS: GPs are key collaborating partners in the healthcare system. Their ability to collaborate is affected by a number of structural conditions. Mostly, this leads to GPs being too little involved in potential collaborative efforts: (i) individual GPs prioritize with whom they want to collaborate among many possible collaborative partners, (ii) inter-municipal constraints hamper GPs in contacting collaboration partners and (iii) GPs fall outside the hospital-municipality collaboration. CONCLUSIONS: We argue a common leadership for primary care services is needed. Furthermore, inter-professional work must be a central focus in the planning of primary care services. However, a dedicated staff, sufficient resources, adequate time and proper meeting places are needed to accomplish good collaboration.

2015

Hayward, C. et Willcock, S. (2015). "General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction." Prim Health Care Res Dev 16(3) : 304-308.

BACKGROUND: Appropriate communication between general practitioners (GPs) and physiotherapists is vital for providing optimal care. Differing opinions exist as to key inclusion in this communication. This study aims to identify the key components that both GPs and physiotherapists would include in inter-professional communication. METHODS: Qualitative study design, using 14 in-depth, semi-structured telephone interviews. RESULTS: Physiotherapists identified relevant past medical history, psycho-social history, yellow flags, anticipated time frame for follow-up and objective measures of current function as the more useful inclusions in written communication. GPs identified the inclusion of a working diagnosis, treatment summary and likely long-term outcomes as the key components to effective communication. DISCUSSION: Effective interprofessional communication requires

the provision of information that is both succinct and relevant. While there are individual preferences, this study suggests that certain key characteristics exist, and the inclusion of these in interprofessional communication may lead to improved communication and patient outcomes.

2014

Perreault, K., Dionne, C. E., Rossignol, M., et al. (2014). "Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Quebec's private sector: results of a qualitative study." *BMC Musculoskelet Disord* 15 : 160.

BACKGROUND: Collaboration and interprofessional practices are highly valued in health systems, because they are thought to improve outcomes of care for persons with complex health problems, such as low back pain. Physiotherapists, like all health providers, are encouraged to take part in interprofessional practices. However, little is known about these practices, especially for private sector physiotherapists. This study aimed to: 1) explore how physiotherapists working in the private sector with adults with low back pain describe their interprofessional practices, 2) identify factors that influence their interprofessional practices, and 3) identify their perceived effects. **METHODS:** Participants were 13 physiotherapists, 10 women/3 men, having between 3 and 21 years of professional experience. For this descriptive qualitative study, we used face-to-face semi-structured interviews and conducted content analysis encompassing data coding and thematic regrouping. **RESULTS:** Physiotherapists described interprofessional practices heterogeneously, including numerous processes such as sharing information and referring. Factors that influenced physiotherapists' interprofessional practices were related to patients, providers, organizations, and wider systems (e.g. professional system). Physiotherapists mostly viewed positive effects of interprofessional practices, including elements such as gaining new knowledge as a provider and being valued in one's own role, as well as improvements in overall treatment and outcome. **CONCLUSIONS:** This qualitative study offers new insights into the interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain, as perceived by the physiotherapists' themselves. Based on the results, the development of strategies aiming to increase interprofessionalism in the management of low back pain would most likely require taking into consideration factors associated with patients, providers, the organizations within which they work, and the wider systems.

Saxon, R. L., Gray, M. A. et Oprescu, F. I. (2014). "Extended roles for allied health professionals: an updated systematic review of the evidence." *Journal of multidisciplinary healthcare* 7 : 479-488.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206389/pdf/jmdh-7-479.pdf>

BACKGROUND: Internationally, health care services are under increasing pressure to provide high quality, accessible, timely interventions to an ever increasing aging population, with finite resources. Extended scope roles for allied health professionals is one strategy that could be undertaken by health care services to meet this demand. This review builds upon an earlier paper published in 2006 on the evidence relating to the impact extended scope roles have on health care services. **METHODS:** A systematic review of the literature focused on extended scope roles in three allied health professional groups, ie, physiotherapy, occupational therapy, and speech pathology, was conducted. The search strategy mirrored an earlier systematic review methodology and was designed to include articles from 2005 onwards. All peer-reviewed published papers with evidence relating to effects on patients, other professionals, or the health service were included. All papers were critically appraised

prior to data extraction. RESULTS: A total of 1,000 articles were identified by the search strategy; 254 articles were screened for relevance and 21 progressed to data extraction for inclusion in the systematic review. CONCLUSION: Literature supporting extended scope roles exists; however, despite the earlier review calling for more robust evaluations regarding the impact on patient outcomes, cost-effectiveness, training requirements, niche identification, or sustainability, there appears to be limited research reported on the topic in the last 7 years. The evidence available suggests that extended scope practice allied health practitioners could be a cost-effective and consumer-accepted investment that health services can make to improve patient outcomes.

2013

Duner, A. (2013). "Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: a study of interprofessional collaboration and professional boundaries." *J Interprof Care* 27(3) : 246-253.

In front-line practice, joint working between different professionals in health/social care and rehabilitation is regarded as a means to reach a comprehensive assessment of the needs of the older care recipients, leading to decisions on appropriate care and services. The aim of this study was to examine professional collaboration and professional boundaries in interprofessional care planning teams. Two different care planning teams were studied, one performing care planning in the homes of older individuals and the other performing care planning for older people in hospital wards. The empirical data consisted of audio-recorded care planning meetings and interviews with the professionals in the teams. The integration between the professionals involved was most noticeable in the investigation and assessment phase, while it was lower in the planning phase and almost non-existent in decision-making. The home care planning team tended to work in a more integrated manner than the discharge planning team. The importance of clarifying the roles of all professions concerned with needs assessment and care planning for older people became evident in this study.

2011

Jones, A. et Jones, D. (2011). "Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative." *J Interprof Care* 25(3) : 175-181.

This study explored the perceptions of staff in an interprofessional team based on a medical rehabilitation ward for older people, following the introduction of a service improvement programme designed to promote better teamworking. The study aimed to address a lack of in-depth qualitative research that could explain the day-to-day realities of interprofessional teamworking in healthcare. All members of the team participated, (e.g. nurses, doctors, physiotherapists, social worker, occupational therapists), and findings suggest that interprofessional teamworking improved over the 12-month period. Four themes emerged from the data offering insights into the development and effects of better interprofessional teamworking: the emergence of collegial trust within the team, the importance of team meetings and participative safety, the role of shared objectives in conflict management and the value of autonomy within the team. Reductions in staff sickness/absence levels and catastrophic/major patient safety incidents were also detected following the introduction of the service improvement programme.

2010

Johansson, G., Eklund, K. et Gosman-Hedstrom, G. (2010). "Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review." Scand J Occup Ther 17(2) : 101-116.

As the number of elderly persons with complex health needs is increasing, teams for their care have been recommended as a means of meeting these needs, particularly in the case of elderly persons with multi-diseases. Occupational therapists, in their role as team members, exert significant influence in guiding team recommendations. However, it has been emphasized that there is a lack of sound research to show the impact of teamwork from the perspective of elderly persons. The aim of this paper was to explore literature concerning multidisciplinary teams that work with elderly persons living in the community. The research method was a systematic literature review and a total of 37 articles was analysed. The result describes team organisation, team intervention and outcome, and factors that influence teamwork. Working in a team is multifaceted and complex. It is important to enhance awareness about factors that influence teamwork. The team process itself is also of great importance. Clinical implications for developing effective and efficient teamwork are also presented and discussed.

2008

Baxter, S. K. et Brumfitt, S. M. (2008). "Professional differences in interprofessional working." J Interprof Care 22(3) : 239-251.

UK government policy is encouraging healthcare staff to blur traditional roles, in the drive to increase joint working between practitioners. However, there is currently a lack of clarity regarding the impact that changes to traditional working practice might have on staff delivering the services, or on patient care. In this article, we report findings from three qualitative case studies examining interprofessional practice in stroke care, in which the influence of professional differences emerged as a significant theme. We draw on findings from individual semi-structured interviews, as well as fieldwork observations, to describe the influence of professional knowledge and skills, role and identity, and power and status considerations in interprofessional working. The insights that were gained contribute to the understanding of how professional differences impact on healthcare staff joint working, and suggest that the elements identified need to be fully considered in drives towards changed working practice.

La profession des psychologues

2020

Castro, D. (2020). "Les voies de construction de l'identité professionnelle des psychologues. Une enquête nationale 15 ans après." Le Journal des psychologues 377(5) : 20-26.

<https://www.jdpsychologues.fr/article/les-voies-de-construction-de-l-identite-professionnelle-des-psychologues-une-enquete>

Crozon-Navelet, C. (2020). "Profession psychologue : l'identité en question." Le Journal des psychologues 378(6): 74-78.

<https://www.jdpsychologues.fr/article/profession-psychologue-l-identite-en-question>

2015

Chomienne, M.-H., Vanneste, P. et Grenier, J. (2015). "Collaboration médecine-psychologie : évolution des mentalités en Belgique et évolution du système de soins de santé au Canada.; Collaboration between Medicine and Psychology : Evolving Mentalities in Belgium and Evolution of the Health Care System in Canada." *SANTE MENTALE AU QUEBEC* 40(4) : 59-77.
<https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2015-v40-n4-smq02456/1036094ar.pdf>

L'expertise des psychologues dans l'évaluation et la prise en charge des troubles communs de santé mentale comme l'anxiété et la dépression qui sont fréquents en soins primaires et co-morbides avec les maladies chroniques font des psychologues une ressource essentielle pour les médecins. Les psychologues représentent un large bassin de professionnels spécialisés dans le diagnostic et la pratique de la psychothérapie ; la collaboration médecins-psychologues est d'autant plus critique dans le contexte visant à augmenter l'accès des populations aux traitements psychologiques et aux psychothérapies. Cet article se veut un regard sur l'état de la collaboration entre médecins et psychologues en Belgique et au Canada. Il examine l'évolution des mentalités entre ces deux professions dans une perspective européenne belge et la façon dont le contexte et le système de soins de santé publique au Canada influencent le potentiel de collaboration entre ces deux professions. Les études démontrent la volonté et la facilité qu'ont ces deux professions à collaborer. Mais ceci doit être appuyé par des structures systémiques et académiques facilitantes notamment dans l'apprentissage précoce à la collaboration dans le cursus de ces professions. (R.A.).

2014

(2014). "Psychologues et réseaux de santé : La clinique du psychologue à l'épreuve du réseau". Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP mHCR0xm8. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité au bénéfice des personnes. Dans un contexte de profonde modification et de restructuration de ces réseaux, le rôle et la place du psychologue sont sans cesse à réinterroger. Si la nécessité de mobiliser des compétences complémentaires est acquise, l'expertise propre des psychologues dans le parcours de santé des usagers gagnerait à être plus lisible. Partant de leurs expériences concrètes de coopérations interprofessionnelles, les auteurs proposent ici de partager les enseignements de leurs actions, observations, analyses et axes d'évaluation. (4^{ème} de couv.).

Drewlo, M. A. (2014). "Factors in Optimal Collaboration Between Psychologists and Primary Healthcare Physicians"
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=0E480687406CAAFD58F609EA103B97A6?doi=10.1.1.678.1253&rep=rep1&type=pdf>

This survey study explored factors in optimal collaboration between registered psychologists and primary healthcare physicians (PHCP). With rising costs of healthcare, healthcare funding cuts, and changes in the way healthcare delivery is perceived, interprofessional collaboration is timely to explore. In particular, the attitudes of registered psychologists about salient factors noted in the collaboration literature, such as education and training, accessibility, and

communication factors are important to the practice of psychology. As part of the exploratory nature of the study, questions about gender and hierarchy were also presented. While most data were quantitative, qualitative data were gathered on 6 of the 39 questions in the survey. Participants were 349 registered psychologists from all provinces in Canada, 125 male, 222 female. Two hundred and ninety five participants completed the survey in English; 54 completed the survey in French. Predictor variables used were education and training, accessibility, and communication factors. These were related to the criterion variable preferred form of collaboration consisting of the following levels of contact: (a) classic form of referral and consultation, (b) informal collaboration/ corridor consultation, (c) formal collaboration, (d) co-provision of care, and (e) co-therapy. Exploratory areas were hierarchy and necessity. Results of descriptive analysis of central tendencies and variability of the variables in the study were presented. Further data analysis indicated significance between the predictor variable of necessity and the criterion variable preferred form of collaboration. Analysis also revealed significance between the predictor variable education and training and the criterion variable: preferred form of collaboration. Finally, multinomial logistic regression analysis revealed a significant relationship among the variables age, years of practice and field of psychology as they relate to a preference for interprofessional collaboration. While the above relationships were statistically significant, the amount of variance explained was small suggesting caution in generalizing the findings. Significance was not found with other factors deemed important in the relevant literature. Data analysis also revealed that although a majority of registered psychologists in the study did not view forms of collaboration with closer contact than classic referral to be viable in their current practice, 75% preferred forms of collaboration involving more contact with the primary healthcare physicians with whom they work. Collaboration between registered psychologists and primary healthcare physicians may benefit from research using a refined scale of collaboration measurement.

2011

Chomienne, M. H., Grenier, J., Gaboury, I., et al. (2011). "Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives." *J Eval Clin Pract* 17(2) : 282-287.

BACKGROUND: Strategies to improve primary care in the Canadian Primary Care Reform include integrating different professionals to the medical team. **OBJECTIVE:** This demonstration project explores the perceived impact on doctors and patients, of having family doctors and psychologists work together. **SETTING:** Two family practices of Eastern Ontario, Canada **METHODS:** Two board certified psychologists (one per practice) were integrated in the practices for 12 months. Psychologists conducted assessments, consultations and short-term treatments, as well as knowledge-transfer sessions for doctors. Outcome measures included referral patterns, patient outcomes, patient and provider satisfaction as well as doctors' billing. **RESULTS:** Three hundred and seventy-six participants received psychological care; most were women (68%) and between the ages of 25-64 (67%). Anxiety and depression were the most prevalent diagnoses. Reasons for referral included: psychological treatment (70%); emotional support and counselling (35%); clarification of diagnosis and case conceptualization (25%). Referrals could be for more than one reason. After intervention, 60% of patients had improvement on the outcome questionnaire-45 (OQ-45). Quality of life as measured by the EuroQol-5D also improved ($P < 0.001$). Over 77% of patients reported increased confidence in handling their problems after treatment. Compared with their family doctor, patients felt the psychologist had more time and was better trained (75%) Doctors felt mental health problems were diagnosed more rapidly, patient care improved as well as their own knowledge of psychological management and

treatment. Doctors felt it freed up their time and improved working conditions. Audit of the doctors' billing showed reduction in doctors' mental health billing. CONCLUSIONS: Having an on-site psychologist was highly satisfactory for patients and providers, resulting in improved patient care and outcomes.

2008

Grenier, J., Chomienne, M. H., Gaboury, I., et al. (2008). "Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work?" Can Fam Physician 54(2) : 232-233.

OBJECTIVE: To explore factors affecting collaboration between family physicians and psychologists. DESIGN: Mailed French-language survey. SETTING: Eastern Ontario. PARTICIPANTS: Family physicians practising in the area of the Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. MAIN OUTCOME MEASURES: Physicians' knowledge and understanding of the qualifications of psychologists and the regulations governing their profession; beliefs regarding the effectiveness of psychological treatments; views on the integration of psychologists into primary care; and factors affecting referrals to psychologists. RESULTS: Of 457 surveys sent, 118 were returned and analyzed (27% of surveys delivered). Most family physicians were well aware that there were evidence-based psychological interventions for mental health and personal difficulties, and some knew that psychological interventions could help with physical conditions. Physicians had some knowledge about the qualifications and training of psychologists. Many physicians reported being uncomfortable providing counseling themselves owing to time constraints, the perception that they were inadequately trained for such work, and personal preferences. The largest barrier to referring patients to psychologists was cost, since services were not covered by public health insurance. Some physicians were deterred from referring by previous experience of not receiving feedback on patients from psychologists. Increased access to clinical psychologists through collaborative care was considered a desirable goal for primary health care. CONCLUSIONS: Family physicians know that there are evidence-based psychological interventions for mental health issues. Psychologists need to communicate better about their credentials and what they can offer, and share their professional opinions and recommendations on referred patients. Physicians would welcome practice-based psychological services and integrated interdisciplinary collaboration as recommended by the Kirby and Romanow commissions, but such collaboration is hampered by the lack of public health insurance coverage.

2006

Bourgeault, I. L. et Mulvale, G. (2006). "Collaborative health care teams in Canada and the USA: Confronting the structural embeddedness of medical dominance." Health Sociology Review 15(5) : 481-495.

There has been a renewed interest in collaborative models of health care delivered by 'interdisciplinary teams' of providers across several health care systems. This growing phenomenon raises a host of issues related to the management of professional boundaries and the contemporary state of medical dominance. In this paper, we undertake a critical analysis of the factors both promoting and impeding collaborative care models of primary and mental health care in Canada and the USA. The data our arguments are based upon include a combination of documentary and interview data from key stakeholders influential in various collaborative care initiatives. Based on these data, we develop a conceptual model

of the various levels of influence, focusing in particular on the macro (regulatory/funding) and meso (institutional) factors. Our comparative policy and institutional analysis reveals the similarities and differences in the influences of the broader contexts in Canada and the USA, and by extension the different ways that the structural embeddedness of medical dominance impinges upon and reacts to recent policy changes regarding collaborative health care teams.

La profession des assistants de service social

ÉTUDES FRANÇAISES

2018

Chanu, A., Caron, A., Ficheur, G., et al. (2018). "[Preferences of general practitioners in metropolitan France with regard to the delegation of medico-administrative tasks to secretaries assisting medico-social workers: Study in conjoint analysis]." *Rev Epidemiol Sante Publique* 66(3) : 171-180.

BACKGROUND: A general practitioner's office is an economic unit where task delegation is an essential component in improving the quality and performance of work. **AIM:** To classify the preferences of general practitioners regarding the delegation of medical-administrative tasks to assistant medical-social secretaries. **METHOD:** Conjoint analysis was applied to a random sample of 175 general practitioners working in metropolitan France. Ten scenarios were constructed based on seven attributes: training for medical secretaries, logistical support during the consultation, delegation of management planning, medical records, accounting, maintenance, and taking initiative on the telephone. A factorial design was used to reduce the number of scenarios. Physicians' socio-demographic variables were collected. **RESULTS:** One hundred and three physicians responded and the analysis included 90 respondents respecting the transitivity of preferences hypothesis. Perceived difficulty was scored 2.8 out of 5. The high rates of respondents (59%; 95% CI [51.7-66.3]) and transitivity (87.5%; 95% CI [81.1-93.9]) showed physicians' interest in this topic. Delegation of tasks concerning management planning (OR=2.91; 95% CI [2.40-13.52]) and medical records (OR=1.88; 95% CI [1.56-2.27]) were the two most important attributes for physicians. The only variable for which the choice of a secretary was not taken into account was logistical support. **CONCLUSION:** This is a first study examining the choices of general practitioners concerning the delegation of tasks to assistants. These findings are helpful to better understand the determinants of practitioners' choices in delegating certain tasks or not. They reveal doctors' desire to limit their ancillary tasks in order to favor better use of time for "medical" tasks. They also expose interest for training medical secretaries and widening their field of competence, suggesting the emergence of a new professional occupation that could be called "medical assistant".

2010

Astier et De, S. (2010). "Sociologie du social et de l'intervention sociale". Armand Colin, Paris

Le social renvoie à un univers protecteur qui nous concerne tous, par l'affiliation de chaque individu à un système de solidarité. Une sociologie du social et de l'intervention sociale permet de suivre l'affirmation de cet idéal où s'impose la dette de chacun envers tous ceux qui chutent. Cet ouvrage revient sur l'Etat et ses politiques sociales depuis la fin du XIX^e siècle, dessine les lignes forces des interventions sociales depuis 1960, et présente les

professionnels, de plus en plus nombreux, spécialisés, technicisés. Chaque intervention sociale crée ses publics, ses cibles, ses conceptions de l'action suivant une ancienne ligne de partage entre les populations relevant du secours et les autres du travail. Or, les "usagers" montent au front, bousculent ces habitudes établies et retravaillent le social en somme, usant désormais d'un droit de réplique.

1997

Fino, D. (1997). "Assistante sociale, un métier entre indétermination et technicité : une approche socio-historique". L'Harmattan, Paris

L'auteur rend compte de la transformation du métier d'assistante sociale qui, jusque dans les années 1970, valorisait fortement les qualités sociales de ses agents. Sous l'effet de déterminants extérieurs et de changements morphologiques internes au service social, le corps professionnel des assistantes sociales s'est fracturé, la définition dominante ne faisant plus consensus. A travers une approche socio-historique, ce livre a l'intérêt de montrer la recomposition progressive de la compétence professionnelle de ce métier. Par ailleurs, l'ouvrage met en évidence les efforts des différents acteurs professionnels pour préserver leur professionnalité, tout en mettant en œuvre des stratégies de légitimation. L'exemple du service social ouvre une perspective d'analyse des logiques du champ du travail social. (R.A.).

ÉTUDES INTERNATIONALES

2019

Fraser Martin, W. (2019). "Elephant in the room: Inter-professional barriers to integration between health and social care staff." *Journal of Integrated Care* 27(1) : 64-72.

<https://doi.org/10.1108/JICA-07-2018-0046>

Purpose The purpose of this paper is to report on the findings of the first stage of a project seeking to evaluate and overcome inter-professional barriers between health and social care staff within a single, co-located, integrated community team. The project seeks to answer the following questions: first, Do inter-professional barriers to integrated working exist between health and social care staff at the interface of care delivery? Second, If inter-professional barriers exist, can joint health and social care assessments help to overcome them? The paper develops the current evidence base through findings from a staff questionnaire and the initial findings of a pilot study of joint health and social care assessments aimed at overcoming inter-professional barriers to integration. **Design/methodology/approach** The first stage of the project involved running an anonymous, online questionnaire with health and social care staff within a single, co-located community adult health and social care team. The questionnaire aimed to explore staffs' perceptions of inter-professional collaboration when assessing the health and care needs of service users with a high degree of complexity of need. The second element of the study presents the initial findings of a small pilot of joint health and social care assessments. A second staff survey was used in order to provide a "before and after" comparative analysis and to demonstrate the effect of joint assessments on staffs' perceptions of inter-professional collaboration at the interface of care delivery. **Findings** Health and social care staff value joint working as a means of improving quality of care. However, they also felt that inter-professional collaboration did not occur routinely due to organisational limitations. Staff members who participated in the pilot of joint assessments believed that this collaborative approach improved their understanding of other

professional roles, was an effective means of enabling others to understand their own roles and helped to better identify the health and care needs of the most complex service users on their caseloads. Initial findings suggest that joint assessments may be a practical means of overcoming inter-professional barriers related to a lack of communication and lack of understanding of job roles. Practical implications The questionnaires highlighted the need for integration strategies that are aimed at facilitating collaborative working between staff of different professions, in order to achieve the aims of integration, such as a reduction in duplication of work and hand-offs between services. Originality/value To date, few studies have explored either staff perceptions of collaborative working or the effectiveness of joint assessments as a means of overcoming inter-professional barriers. This paper adds new data to an important area of integration that legislators and researchers increasingly agree requires more focus. Although the findings are limited due to the small scale of the initial pilot, they provide interesting and original data that will provide insight into future workforce integration strategies.

2018

Ashcroft, R., McMillan, C., Ambrose-Miller, W., et al. (2018). "The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams." *Health Soc Work* 43(2) : 109-117.

Primary health care systems are increasingly integrating interprofessional team-based approaches to care delivery. As members of these interprofessional primary health care teams, it is important for social workers to explore our experiences of integration into these newly emerging teams to help strengthen patient care. Despite the expansion of social work within primary health care settings, few studies have examined the integration of social work's role into this expanding area of the health care system. A survey was conducted with Canadian social work practitioners who were employed within Family Health Teams (FHTs), an interprofessional model of primary health care in Ontario emerging from a period of health care reform. One hundred and twenty-eight (N = 128) respondents completed the online survey. Key barriers to social work integration in FHTs included difficulties associated with a medical model environment, confusion about social work role, and organizational barriers. Facilitators for integration of social work in FHTs included adequate education and competencies, collaborative engagement, and organizational structures.

Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., et al. (2018). "Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review." *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)* 31(4) : 452-467.

Purpose The purpose of this study is to review evidence on the nature of effective leadership in interprofessional health and social care teams. Design/methodology/approach A critical review and thematic synthesis of research literature conducted using systematic methods to identify and construct a framework to explain the available evidence about leadership in interprofessional health and social care teams. Findings Twenty-eight papers were reviewed and contributed to the framework for interprofessional leadership. Twelve themes emerged from the literature, the themes were: facilitate shared leadership; transformation and change; personal qualities; goal alignment; creativity and innovation; communication; team-building; leadership clarity; direction setting; external liaison; skill mix and diversity; clinical and contextual expertise. The discussion includes some comparative analysis with theories and themes in team management and team leadership. Originality/value This research identifies some of the characteristics of effective leadership of interprofessional health and

social care teams. By capturing and synthesising the literature, it is clear that effective interprofessional health and social care team leadership requires a unique blend of knowledge and skills that support innovation and improvement. Further research is required to deepen the understanding of the degree to which team leadership results in better outcomes for both patients and teams.

2017

Ashcroft, R. et Kourgiantakis, T. (2017). "Social work's scope of practice in the provision of primary mental health care: protocol for a scoping review." 7(11) : e019384.

INTRODUCTION: Social work is a key member of interprofessional primary healthcare teams and foundational to primary healthcare reforms that aim to improve the provision of mental healthcare. Little is known, however, about social work's scope of practice within primary healthcare settings, particularly in the provision of mental healthcare. The objective of this study is to identify and describe social work's scope of practice as it relates to mental healthcare in primary healthcare settings. **METHODS AND ANALYSIS:** A scoping review will be conducted using the methodology established by Arksey and O'Malley. We will search electronic databases (MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, Social Services Abstracts and Social Work Abstracts) to identify studies appropriate for inclusion. One reviewer will independently screen all abstracts and full-text studies for inclusion, with supervision by lead investigator. We will include any study that focuses on social work and mental healthcare within primary healthcare settings. All bibliographic data, study characteristics and range of social work practice activities will be collected and analysed using a tool developed by the research team. **ETHICS AND DISSEMINATION:** The scoping review will synthesise social work's scope of practice in the provision of mental healthcare within primary healthcare settings. This review will be the first step to formally develop guidelines for social work practice in primary healthcare. The results will be disseminated through a peer-reviewed publication and conference presentations.

2016

Ambrose-Miller, W. et Ashcroft, R. (2016). "Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams." Health Soc Work 41(2) : 101-109.

Interprofessional collaboration is increasingly being seen as an important factor in the work of social workers. A focus group was conducted with Canadian social work educators, practitioners, and students to identify barriers and facilitators to collaboration from the perspective of social work. Participants identified six themes that can act as barriers and facilitators to collaboration: culture, self-identity, role clarification, decision making, communication, and power dynamics. These findings carry important implications for interprofessional collaboration with social workers in health practice.

2009

Keefe, B., Geron, S. M. et Enguidanos, S. (2009). "Integrating social workers into primary care: physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges." Soc Work Health Care 48(6) : 579-596.

The primary aim of this article is to identify, from the perspective of primary care physicians and nurses, the challenges encountered in provision of health care to older adults and to identify potential roles, challenges, and benefits of integrating social workers into primary care teams. As more older adults live longer with multiple chronic conditions, primary care has been confronted with complex psychosocial problems that interact with medical problems pointing to a potential role for a social worker. From a policy perspective, the lack of strong evidence documenting the benefits that will accrue to patients and providers is a key barrier preventing the wider use of social workers in primary care. This article presents findings from three focus groups with primary care physicians and nurses to examine the perspectives of these key providers about the benefits and challenges of integrating social workers into the primary care team.

2006

Lymbery, M. (2006). "United We Stand' Partnership Working in Health and Social Care and the Role of Social Work in Services for Older People." *The British Journal of Social Work* 36(7) : 1119-1134.

www.jstor.org/stable/23721352

[The concepts of 'partnership' and 'collaboration' have become amongst the most critical themes of 'new' Labour's social policy, particularly in respect of the delivery of health and social care. Although the terms are rarely precisely defined and hence have become problematic to analyse, in most understandings successful partnerships rely upon good systems of inter-professional collaboration. Through revisiting the extensive literature on the sociology of the professions, and the nature of interprofessional working, this paper will argue that effective collaborative working within health and social care is hard to achieve, particularly in the light of the vast differences in power and culture between various occupational groupings, and the inherently competitive nature of professions jostling for territory in the same areas of activity. It suggests that these issues cannot be resolved unless they are properly understood; a rhetorical appeal to the unmitigated benefits of 'partnership' alone will not produce more effective joint working. In addition, it notes that an appropriate role for social work in the context of partnership working has yet to be defined and proposes specific tasks and values that distinguish the social worker from other related professionals.]

Infirmier(ière) en pratique avancée (IPA) : Dossier documentaire de l'Ehesp

https://www.apmsl.fr/files/DO_IPA_202001.pdf

La pratique avancée a été créée pour les « auxiliaires médicaux » par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, puis définie pour la profession infirmière par des textes réglementaires en 2018 et 2019. L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat. Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin ainsi qu'à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médicosociaux.