

# La PMU au carrefour des nouveaux chemins du système de santé

Rev Med Suisse 2012; 8: 2272-6

J.-M. Bays\*  
F. Ninane\*  
D. Morin  
F. Héritier  
I. Cassis  
J. Cornuz

## Redesigning Swiss ambulatory health care system

Primary care medicine is first in line to meet the necessary changes in our health care system. Innovations in this field pursue three types of objectives: accessibility, quality and continuity of care. The Department of ambulatory care and community medicine of the University of Lausanne (Policlinique médicale universitaire) is committed to this path, emphasizing interprofessional collaboration. The doctor, nurse and medical assistant coordinate their activities to contribute efficiently to meet the needs of patients today and tomorrow. This paper also addresses how our department, as a public and academic institution, might play a major role as a health care network actor. A master degree dissertation in health management has started to identify the critical success factors and the strategic core competencies needed to achieve this development.

\* Contribution identique des deux auteurs.

La médecine de premier recours est en première ligne pour faire face aux évolutions nécessaires de notre système de santé. Les innovations dans ce domaine poursuivent trois types d'objectifs: accessibilité, qualité et continuité des soins. La Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne s'engage résolument dans cette voie, en mettant en valeur la collaboration interprofessionnelle. Le médecin, l'infirmière et l'assistante médicale y coordonnent leurs activités pour contribuer de manière efficiente à rencontrer les besoins des patients d'aujourd'hui et de demain. Cette institution pourrait également être un acteur potentiel des réseaux de soins. Dans le cadre d'un mémoire de master en management de la santé, une réflexion a été initiée afin de déterminer les facteurs-clés de succès et les compétences stratégiques à obtenir pour réussir ce développement.

## A. DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU DE SOINS INTÉGRÉS AUTOUR D'UNE INSTITUTION UNIVERSITAIRE

J.-M. Bays, J. Cornuz, F. Ninane, F. Héritier et I. Cassis

Le 17 juin 2012, les citoyens suisses se sont prononcés sur le projet de loi dit *managed care*. Trois quarts des votants ont refusé cette nouvelle loi, ce pourcentage étant même plus élevé en

Suisse romande, en particulier dans le canton de Vaud. Il y a donc peut-être une méconnaissance pratique du sujet. L'actuel article 41 de la LAMal reste donc en vigueur. Les réseaux de soins continueront à progresser à un rythme probablement moins soutenu et sans cadre législatif précis.

Les réseaux de soins ont le potentiel d'améliorer la qualité et surtout l'efficience du système de santé suisse, grâce à une meilleure coordination entre les différents prestataires. La Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne a pour mission de former les généralistes de demain. Le développement des réseaux de soins pourrait avoir un effet sur la pratique clinique, ainsi que sur le type de patientèle des cabinets médicaux de demain. L'institution est donc intéressée à élargir sa gamme de prestations et à proposer un réseau de soins à ses patients.

Toutefois, de par ses différentes dimensions (institution publique, universitaire, prodiguant des soins à la fois de généralistes et de spécialistes, et proche d'un grand hôpital universitaire) l'exercice de création d'un réseau de soins se montre particulièrement complexe. Aucune institution analogue en Suisse n'a d'ailleurs fait le pas à l'heure actuelle.

Dans le cadre d'un mémoire de master en management de la santé à l'Université de Lausanne, la mise en place d'un réseau de soins intégrés autour de la PMU a été étudiée.

## OBJECTIF ET MÉTHODOLOGIE

L'objectif était de déterminer les facteurs-clés de succès et les compétences stratégiques à obtenir pour mettre en place un réseau de soins intégrés autour de la PMU de Lausanne.



**Figure 1. Démarche permettant de déterminer les facteurs-clés de succès**

La méthodologie utilisée a consisté à passer au travers de plusieurs étapes (figure 1).<sup>1</sup>

Les objectifs des différentes étapes étaient les suivants:

Dans l'étape 1: *Missions, valeurs*, il s'agissait de déterminer les objectifs fondamentaux et la philosophie de base de l'organisation.

Dans l'étape 2: *Analyses, constats*, des jugements de valeur ont été établis sur une série de thèmes. Cette analyse a servi à déterminer des déductions permettant de construire la matrice des menaces, opportunités ainsi que des points forts et faibles (SWOT).

Dans l'étape 3: *Matrice SWOT*, les constats ont été classifiés selon qu'ils étaient internes ou externes à l'organisation, favorables ou défavorables à celle-ci. Cette matrice est une méthode de synthèse de diagnostics qui représente la photographie d'une organisation à un moment donné.

Dans l'étape 4: *Vision, propositions de valeurs*, une formulation de la représentation future de l'organisation a été établie en définissant une vision. Cette dernière intègre une variable temporelle. Quant aux propositions de valeurs, elles représentent la formulation de ce que va offrir la vision à chacun des différents groupes d'intérêts de l'organisation.

Dans l'étape 5: *Carte stratégique*, une carte stratégique a été établie afin de visualiser les objectifs sous quatre perspectives: a) vision; b) propositions de valeurs; c) processus dans lesquels l'institution doit exceller et d) aspects critiques pour maintenir l'excellence dans le futur.

Dans l'étape 6: *Facteurs-clés de succès*, les facteurs-clés de succès et les compétences stratégiques ont été définis. Ils représentent les axes de changements majeurs qui sont indispensables pour accéder à la vision de l'organisation et à ses objectifs idéaux.<sup>2</sup> Il s'agit donc de répondre à la question: «Qu'est-ce qui doit changer pour atteindre les objectifs à long terme, pour accéder à la vision du futur?».

## RÉSULTATS

Les résultats s'appuient sur le développement systématique de ces six étapes. Les cinquième (carte stratégique) et sixième étapes (facteurs-clés de succès) sont décrites ici en détail.

Une carte stratégique a été dressée et divisée en quatre parties. La première consistait à reprendre et à adapter la vision actuelle de la PMU. Cette nouvelle vision doit permettre d'orienter l'ensemble des acteurs de l'organisation. Elle définit la direction dans laquelle l'organisation souhaite aller à l'avenir: «En 2017, nous serons un centre académique reconnu, disposant de compétences dans la prise

en charge médicale coordonnée et intégrée; la PMU intègre la dimension humaniste, relationnelle et communautaire. Nous aurons développé une pratique de coopérations interne et externe via un réseau de soins intégrés universitaire à travers le canton de Vaud, intégrant le développement des collaborateurs».

L'analyse s'est ensuite concentrée sur «la vision et les propositions de valeurs». La tâche consistait à identifier en premier lieu les groupes d'intérêts (stakeholders). Six groupes ont ainsi été mis en évidence (tableau 1). Des propositions de valeurs ont ensuite été assignées à chaque groupe d'intérêts. Ces propositions sont «la formulation de ce que devrait offrir la vision à chacun des différents groupes d'intérêts de l'organisation».

Troisièmement, il s'agissait de préciser les processus internes que l'institution doit être capable de réaliser (tableau 2). A terme, ce sont ces expertises qui feront la force du réseau.

Quatrièmement, il fallait identifier des aspects critiques afin de maintenir l'expertise (tableau 3), en l'occurrence à ob-

**Tableau 1. Groupe d'intérêts pour la constitution d'un réseau de soins**

Groupes d'intérêts	Propositions de valeurs
Patients	Nous vous offrons une prise en charge par des professionnels compétents, au sein d'un réseau de soins intégrés universitaire
Population	Nous présentons une offre adaptée aux besoins et orientée sur les nouveaux défis de la santé par la création d'un réseau de soins intégrés universitaire
Etat – service public	Nous nous engageons à mettre en place, dans des conditions cadres favorables, un réseau de soins intégrés adapté aux besoins de la population, à utiliser le mieux possible les moyens à notre disposition et ceci dans la couverture la plus large du canton
Financiers	Nous nous engageons à optimiser l'efficience des services, à utiliser le mieux possible les moyens à notre disposition grâce à la pratique des soins intégrés
Partenaires	Nous vous offrons de participer à un réseau de soins intégrés universitaire par une pratique de coopérations interne et externe, en assurant que le processus thérapeutique est conduit de manière performante, notamment par un partage de l'information et la mise en place de cercles de qualité
Collaborateurs	Nous nous engageons à être un employeur moderne, disposant de compétences élevées dans la pratique des soins intégrés et accordant une importance à la formation continue dans ce domaine et à l'innovation



tenir des connaissances, à mettre en place des technologies ou une culture organisationnelle. Ces développements, appelés ici *apprentissages*, sont généralement tournés vers l'extérieur et se déclinent sur une durée de trois à cinq ans.

La sixième et dernière étape de la méthodologie consistait à déterminer les compétences stratégiques et les facteurs-clés de succès. La distinction entre ces deux terminologies est la suivante:<sup>3</sup>

Les *compétences stratégiques* dépendent des ressources humaines, c'est-à-dire de l'ensemble des connaissances et des savoir-faire des collaborateurs, combinés au mieux. C'est la recherche permanente de la meilleure combinaison qui procure à l'organisation un avantage concurrentiel.

Les *facteurs-clés de succès* sont des caractéristiques organisationnelles et technologiques qui permettent d'assurer la réussite d'une organisation. On peut citer, par exemple, la qualité explicite des soins, l'image donnée par l'entreprise, les technologies utilisées, les capacités financières, etc.

Les éléments définis dans les «processus internes» et «apprentissages» (tableaux 2 et 3) ont été retravaillés et répartis en «compétences stratégiques» et en «facteurs-clés de succès». Les autres éléments-clés doivent être maîtrisés à moyen terme.

## PERSPECTIVES

A court terme, il semble nécessaire de disposer à la fois de quatre compétences stratégiques et de quatre facteurs-clés de succès.

Compétence 1 : *Disposer des compétences cliniques et managériales permettant d'organiser et de gérer le réseau*. Il s'agit de mettre à la tête du réseau un groupe de pilotage qui doit insuffler l'esprit réseau intégré au sein des acteurs concernés. Il lui faudra jouer le rôle d'aiguillon au sein de l'institution.

Compétences 2 et 3 : *Développer les compétences professionnelles et disposer des outils informatiques pour la gestion financière*. Il s'agit pour «l'unité contrôle de gestion» d'acquérir les compétences et les instruments (par exemple : logiciel) dans la gestion financière d'un réseau de soins. Le processus de facturation devrait être accéléré afin de pouvoir disposer de statistiques dans des délais raisonnables.

Tableau 2. Processus internes à réaliser pour un réseau de soins	
Processus internes	Éléments-clés
Organisation du système	Disposer d'un groupe de pilotage chargé de développer le réseau
	Développer des outils statistiques pour la gestion financière
	Etre capable de négocier des contrats
	Développer un système de «facturation/mise en compte» simple et adéquat entre la Polyclinique médicale universitaire et le réseau
	Disposer d'une structure juridique permettant l'intégration d'autres acteurs
	Disposer d'une technologie permettant le partage d'un dossier patient
Qualité des soins	Développer des cercles de qualité, d'économicité et d'incidents critiques

Tableau 3. Développements (apprentissages) nécessaires pour le réseau

Apprentissages	Éléments-clés
Promotion	Développer le réseau par une communication efficace à l'intention des médecins et de la population
	Développer la recherche académique en lien avec l'efficacité du réseau et communiquer les résultats au grand public
Organisation du système	Travailler sur un partenariat public-privé afin d'assurer une taille critique
	Définir une charte commune à l'ensemble du réseau
Qualité des soins	Améliorer de manière continue les processus diagnostiques et thérapeutiques et investir dans l'innovation des modèles de soins
	Développer une formation académique interne et externe (CAS) en soins intégrés
	Améliorer en permanence la communication au sein du réseau
	Développer l'analyse clinique décisionnelle
	Mettre en place des groupes interdisciplinaires

Compétence 4 : *Etre capable de négocier des contrats avec les assureurs*. Il faut que l'institution s'adjoigne un acteur maîtrisant bien la négociation liée à un réseau de soins et qu'elle apprenne au fil des années les tenants et aboutissants de ces contrats.

Facteur de succès 1 : *Disposer d'une interface simple et juste entre la PMU et le réseau*. Il s'agit de mettre en place les interactions cliniques, académiques et financières entre la PMU et le réseau de soins. Tout d'abord, par un «contrat modèle de soins». Ce dernier définit la manière et les règles avec lesquelles les patients du réseau seraient pris en charge. Un contrat de prestations pour la prise en charge des frais de gestion serait également à définir.

Facteur de succès 2 : *Disposer d'une structure juridique permettant l'intégration d'autres acteurs*. La création d'une association serait privilégiée pour le réseau de soins. Il faudrait définir des statuts qui permettent l'intégration de nouveaux acteurs dans le réseau et quels rôles ces derniers pourraient jouer dans le réseau. La manière dont la répartition des bénéfices/pertes serait traitée est également à clarifier.

Facteur de succès 3 : *Disposer d'une technologie permettant le partage d'un dossier patient*. Le réseau de soins intégrés doit pouvoir disposer d'un logiciel qui ferait office de dossier électronique du patient et d'échange entre les acteurs du réseau. Ce logiciel devrait être convivial et la plateforme mise en place permettre des échanges entre le milieu hospitalier et celui des praticiens installés.

Facteur de succès 4 : *Développer des cercles de qualité, d'économicité et d'incidents critiques*. Il s'agit de développer des cercles d'économicité et de renforcer les conciliums interdisciplinaires. L'assureur met généralement à disposition un financement pour le développement de ces outils.

## CONCLUSION

Comme une meilleure coordination des soins n'est pas contestée en tant que telle, ni l'efficacité potentielle qui en



découle, le refus par le peuple suisse de la loi sur les réseaux ne signifie pas leur fin en tant que tels. Ils se développeront probablement moins vite et peut-être dans un cadre légal plus souple, laissant aux acteurs une marge d'initiative, s'ils le désirent. Ce travail donne des recommandations et des pistes à suivre au cas où la PMU souhaite prendre ce chemin. Sans avoir la prétention d'être «la» méthode, il donne la boussole permettant d'atteindre l'objectif visé.

Le rapport complet peut être téléchargé sur le site [www.fmc.ch](http://www.fmc.ch).

## B. LES MODÈLES DE SOINS INNOVANTS POUR DEMAIN : ACCÈS, CONTINUITÉ ET COLLABORATION

F. Ninane, D. Morin et J. Cornuz

L'augmentation de l'espérance de vie dans les pays occidentaux se traduit par un vieillissement général de la population portant avec lui une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, physiques et mentales. La prise en charge de ces maladies interpellera de plus en plus les soins ambulatoires et les soins à domicile.<sup>4,5</sup> Ce changement auquel doit faire face notre système de santé, parfois appelé virage ambulatoire, va s'accroître dans les prochaines décennies.<sup>4-7</sup> Les acteurs les plus concernés sont ceux œuvrant en médecine de premier recours.

Selon l'Observatoire suisse de la santé, si rien n'est entrepris, c'est environ 500 000 consultations par année qui ne seront pas délivrées dans le canton de Vaud en 2020, soit 25% des besoins en soins! Outre l'augmentation des besoins déjà mentionnée (vieillissement, maladies chroniques, migration), deux autres causes ont été identifiées, à savoir la baisse des effectifs (40% des médecins vaudois seront alors partis en retraite) et la diminution du temps de travail des médecins de famille alors en activité.

Comme l'a relevé le rapport du groupe de travail *Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours* de la Conférence des directeurs sanitaires et de l'Office fédéral de la santé publique, la médecine de premier recours de demain devra faire face à cinq défis (tableau 4). Les auteurs de ce rapport concluent que l'avenir de la médecine de premier recours réside dans de nouveaux modèles de soins, qui doivent trouver des conditions cadres favorables, et doivent également faire l'objet d'évaluation et de recherche.

### RÔLE D'UNE POLICLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE

La Polyclinique médicale universitaire (PMU) s'intéresse

1	Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques et des plurimorbidités
2	La demande croissante de prestations médicales et de soins
3	Les attentes croissantes des patients pour un partenariat accru et des soins de qualité
4	La pénurie de médecins et d'infirmières de premier recours
5	Les inégalités géographiques dans la répartition des prestations

à l'innovation dans ce domaine. Elle a la chance de compter dans son personnel, des groupes professionnels qui travaillent ensemble à créer de nouveaux modèles de prise en charge: des médecins de premier recours, des médecins internistes spécialistes (pneumologues, etc.), des infirmières, y compris dans des rôles de pratique avancée, des assistantes médicales, et d'autres partenaires pluridisciplinaires tels que les dentistes et assistantes dentaires, pharmaciens, diététiciennes, physiothérapeutes, etc. Depuis de nombreuses années, la PMU s'est en effet impliquée dans la collaboration interprofessionnelle, en particulier entre médecins et infirmières: centre de vaccination et médecine des voyages; activités de conseils préventifs et de dépistage; centre de santé infirmiers pour les requérants d'asile du canton de Vaud; prévention VIH dans la communauté. La PMU s'engage dans le sens des modèles de prise en charge réputés innovants, en souscrivant à trois types d'objectifs reconnus dans la littérature comme étant les plus porteurs de succès: l'accessibilité, la qualité et la continuité.<sup>8,9</sup>

D'abord, en ce qui concerne l'accessibilité, la PMU s'efforce de répondre à la demande de nouveaux besoins en soins. A titre d'exemple, des infirmières de pratique avancée assument de nouveaux services qui n'étaient pas disponibles jusqu'alors, comme la prise en charge de programmes pour les patients atteints de maladies chroniques. Le but principal poursuivi est de promouvoir la continuité et la qualité des soins, en évitant une augmentation des coûts, ou tout au moins en essayant de favoriser une meilleure efficacité de ces soins.

En ce qui concerne la qualité, la PMU s'y engage davantage par une prestation plus complète de soins préventifs ou curatifs. Ces soins deviennent mieux coordonnés, plus professionnels, donc potentiellement plus efficaces.

Finalement, la PMU fait la promotion de la continuité des soins par une collaboration accrue entre tous les membres de son équipe dans l'esprit *caring together*. Ainsi, certaines activités, traditionnellement réalisées par les médecins, sont transférées à d'autres intervenants, telles que les assistantes médicales, les infirmières de pratique avancée et/ou les pharmaciens, permettant aux premiers nommés de se consacrer à des tâches spécifiquement médicales, telles que le processus diagnostique ou le choix thérapeutique. Le but principal recherché est d'assurer une offre continue et de faire face à la pénurie médicale. Eventuellement, cette réorganisation permettrait de réduire les coûts.

### RESPONSABILITÉS

Ces trois objectifs requièrent une certaine redéfinition des compétences et responsabilités tout en veillant à ce que chaque groupe professionnel apporte sa contribution spécifique, pour une meilleure rencontre des besoins du patient et de l'offre du système de santé.<sup>10</sup> Il faut donc s'assurer que le développement des rôles de pratique avancée pour les infirmières ne s'oppose ni au rôle médical, ni au rôle d'assistante médicale, et inversement. En effet, la littérature récente suggère que les infirmières exerçant en pratique avancée améliorent l'accès et la continuité des soins, notamment par la réduction du temps d'attente pour les patients et cela, à la satisfaction des médecins en charge





d'unité de soins de premiers recours. Cela est le cas pour le premier contact soignant pour des personnes atteintes d'affections mineures et le suivi en routine des patients souffrant de maladie chronique.<sup>9,11</sup>

De la même manière, au cabinet médical, l'assistante médicale est souvent le premier interlocuteur du patient. Sa connaissance des patients et de leurs proches en fait un acteur privilégié dans l'offre des soins. L'assistante médicale reste centrale au soutien à la charge administrative reliée aux soins de premiers recours. Elle contribue en ce sens à une meilleure efficacité pour l'ensemble des professionnels qui œuvrent en partenariat autour du patient : le médecin, l'infirmière, le pharmacien, la diététicienne, etc.

Pour ces trois acteurs principaux de la médecine de premier recours, que sont le médecin, l'infirmière et l'assistante médicale, la formation pré et postgrade fait partie des conditions pour le développement et la valorisation des nouveaux rôles. La PMU contribue d'ailleurs de manière importante à la formation pré et postgrade des médecins de premier recours, et à la formation postgrade des infirmières notamment, mais non exclusivement en étant un fidèle partenaire avec l'Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS). Ce partenariat permet à des innovations cliniques de voir le jour, avec le souci d'évaluer l'efficacité des nouvelles prestations. La PMU a mis sur pied des partenariats avec des associations professionnelles et des sociétés savantes, et cela lui permet ou permettra à terme de renforcer l'offre en formation continue et certifiante, entre autres pour les assistantes médicales. Au niveau de l'enseignement prégradué, la collaboration interprofessionnelle devrait être régulièrement présentée aux futurs professionnels de la santé, comme le montrent deux expériences récemment menées à la Faculté de biologie et médecine de Lausanne. La première, menée sous l'impulsion du Dr S. David, a permis à chaque étudiant de deuxième année de visiter un centre médico-social (CMS). Cette visite d'une journée a été l'occasion de faire connaître les possibilités et les limites des CMS, avec un accent particulier sur le travail multidisciplinaire, les difficultés des prises en soins à domicile et l'importance de la transmission de l'information ; un projet similaire, cette fois-ci avec les médecins assistants de la PMU, est en cours d'élaboration. La deuxième expérience, réalisée sous la responsabilité du vice-doyen, le Pr P.-A. Michaud, a réuni étudiants en médecine et étudiants en soins infirmiers, dans le cadre d'une journée

d'échanges interprofessionnels. Cette expérience sera prochainement reconduite.

## CONCLUSION

Compte tenu des changements profonds du système sanitaire et du virage ambulatoire, la prochaine révision Tarmed devra prendre en compte une offre en soins réalisée dans la médecine de premier recours qui compose avec des acteurs qui se coordonnent pour une prise en charge efficiente du patient. Ainsi, il est souhaité que les prestations infirmières puissent être facturées autrement que sous forme de points techniques, et que les prestations de l'assistante médicale puissent également trouver leur juste place dans la rémunération du cabinet médical. La PMU travaille avec ses partenaires à faire émerger des propositions dans ce sens. ■

### Implications pratiques

- > Le virage ambulatoire impactera la médecine de premier recours, et celle-ci doit se préparer en mettant en place des modèles innovants
- > La collaboration interprofessionnelle (médecins, infirmières, assistantes médicales) va prendre de nouvelles formes
- > Les expériences innovantes doivent cependant être préparées et évaluées

## Adresses

Jean-Michel Bays et Françoise Ninane  
Pr Jacques Cornuz  
PMU  
1011 Lausanne  
jean-michel.bays@hospvd.ch  
francoise.ninane@hospvd.ch  
jacques.cornuz@hospvd.ch

Dr Diane Morin  
Institut de formation et recherche en soins  
1011 Lausanne  
diane.morin@chuv.ch

Dr François Héritier  
Rue Saint-Germain 21, 2853 Courfaivre  
heritier.vf@vtxnet.ch

Dr Ignazio Cassis  
Via dei Lucchini 14, 6926 Montagnola  
ignazio.cassis@parl.ch

## Bibliographie

- 1 Portella E. Planification stratégique, pensée stratégique. Support de cours. – [s.l.] : IEMS, 2010.
- 2 Iribarne P. Les tableaux de bord de la performance. 3<sup>e</sup> édition Ouvrage. [s.l.] Paris : Dunod, 2009;279.
- 3 Assistance scolaire. En ligne. L'avantage concurrentiel. [www.assistancescolaire.com/eleve/TSTG/management/viser-le-cours/l-avantage-concurrentiel-tstg\\_man\\_07](http://www.assistancescolaire.com/eleve/TSTG/management/viser-le-cours/l-avantage-concurrentiel-tstg_man_07)
- 4 Brousseau Y, Ouellet N. Description de la fatigue chez les proches aidants d'un parent atteint de troubles cognitifs. *L'infirmière Clinicienne* 2010;7:24-32.
- 5 Ducharme F, Perodeau G, Trudeau D. Perceptions, stratégies adaptatives et attentes des femmes âgées aidantes familiales dans la perspective du virage ambulatoire. *Can J Commun Ment Health (Revue canadienne de santé mentale)* 2000;19:79-103.
- 6 Ducharme F. Familles et soins aux personnes âgées : enjeux, défis et stratégies. Montréal : Beauchemin, Chenelière Education 2006.
- 7 Ducharme F. La détresse des soignants familiaux : défis cliniques et perspectives de recherche. *Infirm Que* 1997;1997:40-7.
- 8 \*\* Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée IRDES, rapport n° 1624. Paris : Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) 2006:260.
- 9 Delamare M, Lafortune G. Nurses in advanced roles. In: OCDE, ed. *OECD Health Working Papers*, 2010, No 54.
- 10 \*\* ASSM. De nouveaux profils pour des professionnels manquants? *Bull Med Suisses* 2011;92:993-6.
- 11 DiCenso A, Bryant-Lukosius D. Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada: Synthèse d'aide à la décision. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2010.

\* à lire; \*\* à lire absolument