



CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES

DIRECTIVES SUR LE POUVOIR DE PRESCRIPTION DES INFIRMIÈRES

2021



Tous droits réservés, y compris pour la traduction en d'autres langues. La reproduction photomécanique de cette publication, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil International des Infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, à condition que la source soit indiquée.

Copyright © 2021 CII - Conseil International des Infirmières
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Genève (Suisse)

Crédit image pour toutes les photos : Conseil International des Infirmières

ISBN : 978-92-95099-92-0

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES

**DIRECTIVES SUR LE POUVOIR
DE PRESCRIPTION DES INFIRMIÈRES**

2021

AUTEURS

Auteur principal

David Stewart, RN, BN, MHN

Directeur associé pour les politiques de soins infirmiers et de santé
Conseil International des Infirmières

Auteurs collaborateurs

Madrean Schober, PhD, MSN, ANP, FAANP

Présidente, Schober Global Healthcare Consulting
Consultantes internationales en santé
New York, USA

Lisa Nissen, BPharm, PhD

AdvPracPharm, FPS, FHKAPh, FSHP
Directrice de l'École des sciences cliniques,
Institut de technologie du Queensland, Australie

Elissa Ladd, PhD, FNP-BC

Professeure, École des sciences infirmières,
Directrice, Global Health Equity and Innovations Program,
États-Unis

Kimberley Lamarche, CD, NP, DNP

Directrice du programme de soins infirmiers spécialisés, professeur associé,
Université Athabasca, Canada

Marie-Lyne Bournival, BSc, PG Dip (Health Sc), MN

Infirmière praticienne, membre du Comité exécutif et du Groupe d'experts chargés de l'évaluation
des infirmières praticiennes du Nursing Council of New Zealand

Dr Deborah Gray, DNP, ANP-BC, FNP-C, FAANP

Directrice du programme d'études supérieures MSN/DNP,
Professeure clinique associée,
École des sciences infirmières, Université Old Dominion
Boursière Fulbright Afrique sub-saharienne
Représentante de l'État de Virginie, American Association of Nurse Practitioners, États-Unis

Sonia Sevilla, PhD

Infirmière consultante, projet clinique dans le domaine des soins infirmiers, Hospital Clínic,
Barcelone, Espagne

Marieke Kroezen, PhD

Chercheuse, NIVEL, Institut néerlandais de recherche sur les services de santé,
Utrecht, Pays-Bas

Frances Wong, professeure, RN, PhD, FAAN, FHKAN (éducation & recherche)

Vice-doyenne, faculté des sciences sociales et de santé
Professeure, École des sciences infirmières,
Université polytechnique de Hong Kong,
Hung Hom, Hong Kong (RAS), Chine

REMERCIEMENTS

Le CII remercie les personnes suivantes, qui ont bien voulu procéder à une révision préliminaire des présentes directives :

- Fariba Al Darazi, ancienne Directrice régionale des soins infirmiers, OMS, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Bahreïn
- Heather Henry-McGrath, Présidente, Jamaica Association of Nurse Practitioners, Ambassadrice internationale de l'American Association of Nurse Practitioners
- Mabedi Kgositau, Ambassadrice internationale de l'American Association of Nurse Practitioners, Université du Botswana, Botswana
- Pilar Espinoza, Directrice des affaires internationales, de la recherche et des études de troisième cycle à la faculté des sciences de santé de l'Université de San Sebastián, Chili
- Karen Koh, infirmière de pratique avancée, National University Hospital, Singapore Nursing Board
- Jaap Kappert, conseiller à la Dutch Professional Nurse Practitioner Organisation, Pays-Bas
- Desiree van den Hurk, infirmière praticienne, Pays-Bas
- Jenny Carryer, professeure, Université Massey, Nouvelle-Zélande
- Sylvia Cassiani, Conseillère régionale en soins infirmiers, Organisation panaméricaine de la santé
- Bongzi Sibanda, enseignante responsable de la pratique clinique avancée, NHS, Royaume-Uni
- Denise Bryant-Lukosius, professeure, Université McMaster, Centre canadien de recherche sur la pratique infirmière avancée, Canada
- Anna Suuturla, responsable des affaires internationales de la Finnish Nurses Association, Finlande
- Martin Duignan, facilitateur clinique au Trinity College de Dublin, Irlande
- Karen Brennan, ancienne Présidente de l'Irish Association of Nurse Practitioners, Irlande
- Jeroen Peters, directeur de programme, Université de Nimègue, Pays-Bas
- Michal Boyd, infirmière praticienne, professeure, Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande
- Vanessa Maderal, professeure adjointe, Université des Philippines, Philippines
- Zhou Wentao, programme MScN, National University of Singapore, Singapour
- Nelouise Geyer, Directrice générale, Nursing Education Association, Prétoria, Afrique du Sud
- Katrina Maclaine, professeure associée, London South Bank University, Royaume-Uni
- Melanie Rogers, Présidente, Réseau CII NP/APN des infirmières praticiennes et de pratique avancée, Royaume-Uni
- Josette Roussel, Directrice services cliniques, Hôpital Montfort, Canada
- Daniela Lehwaldt, Présidente adjointe, Réseau CII NP/APN des infirmières praticiennes et de pratique avancée, Irlande / Allemagne
- Andrew Scanlon, maître de conférences, Université de Melbourne, Australie

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE.....	6
AVANT-PROPOS	8
BUT DES DIRECTIVES DU CII SUR LE POUVOIR DE PRESCRIPTION DES INFIRMIÈRES	9
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	10
1.1 Contexte	10
1.2 Prescription par les infirmières : ce que les preuves nous disent.....	11
CHAPITRE 2 : MODÈLES DE PRESCRIPTION PAR LES INFIRMIÈRES	12
2.1 Différences entre modèles de prescription (d'après Nissen <i>et al.</i> 2010).....	14
2.2 Que peuvent prescrire les infirmières ?	15
2.3 Autres considérations	15
2.4 Vaccination.....	17
CHAPITRE 3 : LES RAISONS D'AGIR	18
3.1 Couverture sanitaire universelle	18
3.2 Sécurité des médicaments	18
CHAPITRE 4 : SOUTIEN DE L'ORGANISATION ET DE L'ÉQUIPE POUR UNE PRESCRIPTION SÛRE	20
4.1 Systèmes d'aide à la décision	20
4.2 Gouvernance, politiques et procédures cliniques	20
4.3 Soutien par les pairs et relations avec les équipes interprofessionnelles	21
CHAPITRE 5 : CADRE POUR UNE PRESCRIPTION SÛRE ET COMPÉTENTE PAR LA PROFESSION INFIRMIÈRE	22
CHAPITRE 6 : RAISONS POUR LESQUELLES LES INFIRMIÈRES DEMANDENT UN POUVOIR DE PRESCRIPTION.....	28
CHAPITRE 7 : ÉLÉMENTS INDISPENSABLES AU DÉVELOPPEMENT ET AU RENFORCEMENT DE LA PRESCRIPTION INFIRMIÈRE	29
7.1 Directives cliniques : une norme professionnelle	29
CHAPITRE 8 : CONCLUSION	30
PRISE DE POSITION DU CII SUR LE POUVOIR DE PRESCRIPTION DES INFIRMIÈRES	30
ANNEXES	32
Annexe 1 : Différences entre prescription dépendante/complémentaire et prescription indépendante	32
Annexe 2 : Prescription par les infirmières : aperçu du contexte réglementaire mondial – 2020	33
Annexe 3 : Cadre stratégique mondial de l'OMS du Défi mondial pour la sécurité des patients.....	40
RÉFÉRENCES	41

LEXIQUE

Compétence

La compétence décrit l'état de capacité d'une personne à réaliser des activités et des tâches selon une norme prédéfinie, y compris le fait de disposer des compétences nécessaires pour ce faire. La compétence désigne ce qu'un agent de santé *est capable* de faire ; la performance désigne ce qu'un agent de santé *réalise* concrètement. De nombreux facteurs contribuent à la performance d'un agent de santé à un moment donné ou dans un contexte donné. Certains de ces facteurs sont d'ordre personnel, tels que les événements de la vie ; d'autres dépendent du contexte : par exemple, le soutien, la supervision, la charge de travail et l'accès plus ou moins facile aux ressources. La compétence est par conséquent multidimensionnelle et dynamique. Elle évolue avec le temps et l'expérience, ainsi qu'en fonction du contexte (Gebbie 2008).

Compétences

Les compétences sont des actions observables concrètement dans la pratique d'une personne. Autrement dit, les compétences sont les aptitudes et les connaissances appliquées qui permettent à une personne d'effectuer un travail (Gebbie 2008).

Accréditation

« L'accréditation désigne les procédures employées pour montrer qu'un individu, un programme d'études, une institution ou un produit correspond à des normes fixées par un agent (gouvernemental ou non gouvernemental) considéré comme qualifié pour réaliser cette tâche. Ces normes peuvent être minimales et obligatoires ; elles peuvent aussi se situer au-dessus du niveau minimum et être facultatives. Le permis d'exercer, l'inscription à un registre professionnel, l'autorisation, l'approbation, la certification, la reconnaissance ou l'aval sont autant de termes qui peuvent être employés pour décrire différentes procédures d'accréditation. Toutefois, cette terminologie n'est pas appliquée de façon systématique et varie selon les environnements et les pays. Les certificats ou diplômes sont des marques ou « labels », gages de qualité et de réussite : ils indiquent aux employeurs, aux acheteurs de services et aux consommateurs ce qu'ils peuvent attendre d'une infirmière, d'une spécialiste, d'un cours ou d'un programme d'études, d'une institution d'enseignement supérieur, d'un hôpital ou d'un service de santé, d'une substance, d'une technologie ou d'un appareil médical « accrédités ». Les certificats d'accréditation obtenus peuvent le cas échéant être renouvelés (pour garantir une qualité constante) ou au contraire révoqués quand les normes de compétence ou de comportement ne sont plus atteintes » CII (2006).

Médicament

Un médicament désigne toute substance ou produit pharmaceutique à usage humain ou animal destiné à modifier ou explorer des systèmes physiologiques ou des états pathologiques au bénéfice du récipiendaire. Dans les présentes directives, les mots « médicaments » et « produits pharmaceutiques » sont considérés comme équivalents (OMS 2009).

Prescription

Un processus évolutif comprenant plusieurs étapes : collecte d'informations, prise de décision clinique, communication et évaluation, aboutissant à l'initiation, à la poursuite ou à l'arrêt de la prise d'un médicament (d'après NPS MedicineWise 2021). La prescription est un processus complexe qui nécessite une compréhension approfondie de la pharmacologie clinique et des maladies ; un jugement clinique pour peser les risques et les avantages d'un traitement ; ainsi qu'une attention au détail – le tout dans un environnement imprévisible (Abuzour, Lewis & Tully 2018). La prescription est à distinguer de la fourniture de médicaments ou de leur administration à des patients.

Ordonnance

Une ordonnance est une directive ou une instruction donnée par un professionnel de santé qualifié pour livrer et administrer un médicament, un traitement ou des soins à ses patients (OMS 2009). L'ordonnance peut dans certains cas être délivrée initialement sous la forme d'un ordre verbal. Cependant, pour mise en conformité aux exigences légales et réglementaires, cette instruction verbale initiale sera généralement suivie d'une instruction écrite portant la signature (manuscrite ou électronique) de la personne ayant rédigé la prescription. Le mot « ordonnance » a des implications juridiques : la personne ayant rédigé l'ordonnance assume la responsabilité des soins cliniques prodigués au patient concerné. Dans les présentes directives, le mot « ordonnance » désigne l'ordre écrit (sous forme manuscrite ou électronique) de prodiguer un médicament ou une thérapeutique, étant admis que cet ordre pourra être donné, dans un premier temps, de manière verbale (Nissen, Lynne & Bettenay 2015).

Pouvoir de prescription

Le pouvoir de prescription désigne ici le niveau ou la mesure dans laquelle un agent de santé professionnel est autorisé par la loi à prescrire. En fonction des dispositions de la loi en vertu de laquelle l'agent est autorisé à exercer, son pouvoir de prescription sera plus ou moins étendu ou limité (Nissen, Lynne & Bettenay 2015).

Domaine de pratique

« Le domaine de pratique ne se limite pas à des tâches, à des fonctions ni à des responsabilités spécifiques. Il inclut au contraire la fourniture des soins directs et l'évaluation de ses effets ; la défense des intérêts des patients et de la santé en général ; la supervision et la délégation de tâches ; la direction, la gestion, l'enseignement, la recherche et l'élaboration de la politique de santé pour les systèmes de soins. En outre, le domaine de pratique étant dynamique et sensible à l'évolution des besoins de santé, aux progrès du savoir et de la technique, il doit être périodiquement mis à jour afin de répondre aux besoins de santé existants et permettre l'amélioration des résultats de santé » (CII 2013).

Normes

Les normes, ou standards, sont des déclarations faisant autorité par lesquelles la profession infirmière décrit les responsabilités dont ses praticiennes et ses praticiens doivent rendre compte. Les normes reflètent les valeurs et les priorités de la profession. Elles donnent une orientation à la pratique professionnelle des soins infirmiers ainsi qu'un cadre pour l'évaluation de cette pratique. Les normes définissent également la responsabilité de la profession infirmière envers le public et les résultats dont les infirmières sont responsables (American Nurses Association 2010).

AVANT-PROPOS

La prescription par les infirmières existe depuis plus de cinquante ans dans certains pays. La présente publication met en lumière la diversité du pouvoir de prescription des infirmières dans le monde. Un cadre pour des prescripteurs sûrs et compétents repose sur plusieurs éléments fondamentaux : une formation adéquate, une autorité réglementaire harmonisée et un perfectionnement professionnel continu pour l'entretien des compétences. Les modèles de prescription par les infirmières doivent être fondés sur des données probantes et tenir compte de considérations relatives au soutien accordé par les organisations et les équipes.

Nos orientations relatives à la prescription par les infirmières sont destinées à aider les infirmières, les équipes, les associations, les organisations, les enseignants, les organismes de réglementation et les gouvernements du monde entier. Les nations et les régions peuvent évaluer les besoins de leur population, tout en équilibrant les capacités des infirmières. La planification, la mise en œuvre, le maintien et le suivi de résultats ciblés nécessitent d'adopter une stratégie réfléchie.

Des personnels de santé qui aident les infirmières à exercer à leur niveau de formation et de compétence améliorent la satisfaction au travail et peuvent renforcer les stratégies de recrutement et de fidélisation des infirmières. Cependant, il est primordial de respecter l'expérience, les connaissances, les compétences, le jugement, la prise de décision, l'autonomie, la responsabilité et le choix des infirmières professionnelles. Le domaine de pratique des infirmières professionnelles et individuelles doit être apprécié et respecté.

Les compétences inhérentes au modèle de prescription par les infirmières peuvent être adaptées aux besoins des pays et répondre à l'accent mis sur la personne dans l'optique de communautés culturellement sensibles, afin d'améliorer l'accès à des médiations appropriées et à des services de santé de qualité. Les infirmières peuvent relever le « Défi mondial pour la sécurité des patients » en se concentrant sur ses domaines d'action particulièrement importants, notamment l'engagement des patients, la polymédication et les transitions entre soins.

En tant qu'infirmière en chef et infirmière praticienne autorisée à prescrire, je suis consciente de l'impact important que la prescription par les infirmières peut avoir sur le système en améliorant l'accès en temps voulu à des soins de qualité, tout au long de la vie. La prescription par les infirmières s'inscrit dans une démarche prophylactique et vise à réduire la maladie, tout en répondant aux urgences de santé publique. Les infirmières intègrent l'expérience, les connaissances, la démarche de questionnement critique, la planification des soins et les données probantes relatives à la prescription adaptées à l'amélioration de la santé, tout en tirant parti de leur leadership et de leur capacité de prestation de services cliniques.

La prescription par les infirmières favorise la réalisation des domaines prioritaires des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 de l'OMS. Les rôles de prescription infirmière sont particulièrement importants dans les domaines concernant les politiques relatives à la pratique par le biais de la formation, du leadership et de la prestation des services, à l'appui de meilleurs résultats pour la santé des populations dans divers contextes de pratique.

Le CII prescrit un appel mondial à l'action pour que les évaluations nationales et régionales tirent parti de la prescription par les infirmières en tant que mesure potentielle pour favoriser la continuité des soins, la couverture sanitaire universelle et la sécurité des patients, de même que pour combler les lacunes en matière de vaccination et de soins primaires que l'« effet COVID » provoque au niveau international. La prescription par les infirmières nécessite de prendre des engagements porteurs de changement, tout en accélérant la suppression des obstacles à un succès maximal.

Michelle Acorn,

Directrice des soins infirmiers au CII
DNP, NP PHC/Adult, CGNC, FCAN

BUT DES DIRECTIVES DU CII SUR LE POUVOIR DE PRESCRIPTION DES INFIRMIÈRES

L'objectif de nos directives est de favoriser une compréhension commune de la prescription par les infirmières parmi les décideurs politiques, les enseignants, les régulateurs, les planificateurs de soins, les infirmières et les autres professionnels de santé. Notre document décrit la pratique actuelle et les modèles de prescription par les infirmières dans le monde. Ce faisant, il souligne la diversité qui caractérise actuellement cette pratique. L'accent porte sur des principes communs et des pratiques optimales, compte tenu du fait que le pouvoir de prescription devient une composante de plus en plus importante du domaine de pratique des infirmières et des contributions de leur rôle en soutien à la santé.

Dans le monde entier, la pratique infirmière est devenue plus complexe, car les infirmières adoptent des rôles et niveaux de pratique étendus et innovants. Le pouvoir de prescription est l'une des caractéristiques de cette évolution. Les raisons d'accorder un pouvoir de prescription aux infirmières dépendent du contexte et des besoins de chaque pays. Par conséquent, l'approche de la définition et de la mise en œuvre de la prescription par les infirmières diffère selon les pays ou les régions. Les différences entre pays sont le reflet de différences dans les systèmes de santé ; dans la maturité des soins infirmiers au sein de chaque système ; et dans l'autorité gouvernementale, laquelle influence les grandes orientations et les prises de décision.

L'octroi aux infirmières d'un pouvoir de prescription est un processus continu. Les approches de la mise en œuvre et du développement de la prescription par les infirmières nécessitent un leadership fort et une action proactive pour promouvoir ce service essentiel à la prestation des soins au niveau international.



CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Le pouvoir de prescription des infirmières et des professionnels paramédicaux gagne du terrain dans de nombreux pays. Cette impulsion s'explique en grande partie par l'évolution de la demande en matière de soins et par des préoccupations concernant l'accès aux soins, l'évolution des systèmes de santé et les professionnels qui prodiguent les soins. Il faut relever que les rôles et les responsabilités de tous les professionnels de santé évoluent en fonction de la demande ainsi que des besoins des individus et des communautés. À cet égard, l'octroi d'un pouvoir de prescription est un exemple de changement positif et efficace.

De nombreuses catégories de professionnels de santé ont déjà le droit de prescrire : infirmières, sages-femmes, optométristes, podiatres (aux États-Unis et au Canada), diététiciens, pharmaciens, agents paramédicaux, physiothérapeutes, techniciens en radiologie médicale, entre autres¹. La formation, le perfectionnement professionnel et l'accréditation de ces agents de santé, de même que les modèles régissant leur pouvoir de prescription, diffèrent souvent entre les pays et au sein d'un même pays. Si la normalisation dans ce domaine est encore embryonnaire, les objectifs spécifiques de la prescription par les professionnels de santé sont généralement les suivants :

- améliorer l'accès des patients aux traitements ;
- améliorer les résultats pour les patients sans compromettre leur sécurité ;
- tirer parti de manière optimale du potentiel de compétence et d'expertise des professionnels de santé afin de fournir des épisodes de soins complets (Cope, Abuzour & Tully 2016 ; Maier 2019) ; et
- assurer la protection juridique du prescripteur et des autres personnes assumant des responsabilités déléguées.

Compte tenu de ces objectifs, il est utile de donner des orientations concernant la prescription par les infirmières afin de protéger le public, de promouvoir les services de santé et de soutenir la profession infirmière à mesure que ses prérogatives dans ce domaine s'étendent. Les directives du CII visent à assurer un certain degré de cohérence et à aider les pays à élaborer un cadre pour la pratique clinique en ce qui concerne le pouvoir de prescription des infirmières.

1.1 Contexte

Le rôle et la fonction des infirmières évoluent et changent dans le monde entier. La pratique infirmière est devenue plus complexe et plus diversifiée, en même temps que les personnels infirmiers deviennent un élément de plus en plus visible et central des équipes multidisciplinaires, auxquels ils apportent leur propre corpus de connaissances et d'expertise en matière de gestion des soins aux patients. Les infirmières sont à l'origine de progrès dans la prestation des services de santé ; le pouvoir de prescription est un aspect de ces progrès dans la profession infirmière.

L'incitation à la prescription par les infirmières dépend du contexte national et de la culture des soins dans laquelle cette possibilité se développe. Par conséquent, l'approche de la

définition et de la mise en œuvre de la prescription par les infirmières suit un modèle propre à chaque pays. Au-delà des soins infirmiers, cet enjeu touche à la collaboration et aux alliances avec d'autres professionnels de santé ainsi qu'avec des représentants d'organismes gouvernementaux et de groupes de défense des consommateurs.

Notre document d'orientation passe en revue les tendances et les enjeux relatifs à l'introduction, à la mise en œuvre et au soutien de la prescription par les infirmières. Il s'appuie sur des revues systématiques de littérature, la littérature grise non publiée, des recherches sur Internet et des entretiens avec des personnes bien informées s'agissant de la prescription par les infirmières.

¹ Si ces professions peuvent disposer d'un pouvoir de prescription, leurs privilèges ne sont cependant pas identiques.

1.2 Prescription par les infirmières : ce que les preuves nous disent

Dans plusieurs pays, la prescription fait partie de la pratique de certains personnels infirmiers depuis plusieurs décennies. Le niveau de formation et d'accréditation des infirmières prescriptrices varie, selon les juridictions, des infirmières généralistes diplômées jusqu'aux infirmières en pratique avancée titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat. On trouve plusieurs modèles de pouvoir de prescription par les

infirmières. Ils seront exposés en détail dans les sections suivantes des présentes directives.

Les paragraphes qui suivent présentent une analyse des synthèses disponibles, sur la base d'une revue de la littérature. Cette revue a été menée pour décrire et définir des schémas de pouvoir de prescription par les infirmières.

Synthèse de la revue de littérature

1. Les infirmières exerçant avec des niveaux variables mais élevés d'autonomie de prescription, dans différents contextes, sont capables de prescrire en toute sécurité et sont aussi efficaces que d'autres prescripteurs (Clark *et al.* 2011 ; Latter & Courtenay 2004 ; Weeks *et al.* 2016b).
2. Le fait que les infirmières ne sont pas autorisées à prescrire entraîne une fragmentation des soins, avec des effets négatifs sur la qualité globale des soins de santé (Casey *et al.* 2020 ; Creedon *et al.* 2015 ; Mathibe, Hendricks & Bergh 2015).
3. L'octroi aux infirmières d'un pouvoir de prescription peut améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services de santé et assurer la fourniture de soins mieux intégrés ; améliorer la satisfaction professionnelle ; de même qu'améliorer la qualité globale du service de santé (Hanrahan et Williams 2017 ; Office of the Nursing & Midwifery Service Director 2020 ; Park, Han et Pittman 2020 ; Phillips 2020 ; Watson 2020).
4. La pratique de la prescription par les infirmières relève de trois catégories distinctes : la prescription indépendante, la prescription complémentaire et la prescription via un accord de prescription structuré (ou protocole). L'ajustement, dans une fourchette prédéterminée, de médicaments ou de traitements déjà prescrits n'est considéré comme une forme de prescription dans aucune de ces trois catégories. Les juridictions doivent définir clairement la catégorie de prescription autorisée : c'est la condition pour pouvoir assurer une formation et un soutien appropriés à cette pratique. En outre, les définitions de chacune des pratiques de prescription doivent être cohérentes entre elles (Cooper *et al.* 2008 ; HealthWorkforceAustralia 2013 ; Kroezen *et al.* 2011a ; Weeks *et al.* 2016a).
5. La variabilité de la formation à la prescription par les infirmières est préoccupante, de même que le manque de clarté quant à la différenciation entre les exigences relatives aux prescriptions indépendante et complémentaire, respectivement. La plupart des études portant sur la prescription par les infirmières ont été réalisées dans des pays où la capacité de prescrire se situe au niveau général de l'inscription au registre professionnel. Cela suggère que la prescription par les infirmières concerne le plus souvent le niveau post-élémentaire : c'est donc à ce niveau qu'il convient d'améliorer la formation (Kroezen *et al.* 2011a ; Mboweni & Makhado 2019 ; McIntosh *et al.* 2016).
6. De nombreuses juridictions imposent une période déterminée d'expérience clinique avant d'initier la pratique de la prescription. Une expérience et des connaissances cliniques solides sont à la base d'une pratique efficace de la prescription, quel que soit le niveau de l'infirmière (Abuzour, Lewis & Tully 2018 ; McIntosh *et al.* 2016).
7. La prescription devient progressivement un rôle important dans la pratique infirmière ; elle améliore la satisfaction au travail et l'autonomisation (Casey *et al.* 2011 ; Ling *et al.* 2017 ; Mabelane *et al.* 2016 ; Nutall 2018).

CHAPITRE 2

MODÈLES DE PRESCRIPTION PAR LES INFIRMIÈRES

Au niveau international, on constate une augmentation constante du nombre de professionnels de santé – hors profession médicale – ayant le pouvoir de prescrire des médicaments : infirmières et sages-femmes, agents paramédicaux, optométristes, pharmaciens, dentistes, physiothérapeutes, podiatres et techniciens en radiologie médicale, entre autres. La généralisation du pouvoir de prescription dans ces professions a amélioré l'accès à des services de santé de qualité, sûrs et abordables.

La prescription infirmière réglementée a vu le jour aux États-Unis dans les années 1970 ; elle s'étend désormais à des pays dans toutes les Régions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Weeks *et al.* 2016a). Si les modèles d'autorité pour prescrire diffèrent selon les pays, un certain nombre de caractéristiques fondamentales permettent de regrouper ces modèles dans les grandes catégories suivantes.

1. Prescription indépendante

Les prescripteurs indépendants autorisés par la loi et qualifiés pour ce faire sont responsables de l'évaluation clinique d'un patient, de l'établissement d'un diagnostic ainsi que des décisions concernant l'adéquation d'un médicament, d'un traitement ou d'un appareil, y compris la délivrance d'une ordonnance.

Selon les pays, la prescription peut se faire à partir d'une liste restreinte ou ouverte de médicaments. La prescription indépendante est également appelée prescription initiale, autonome, substitutive ou ouverte (Abuzour, Lewis & Tully 2018 ; Kroezen *et al.* 2011a).

2. Prescription complémentaire (dépendante²)

Un partenariat volontaire entre un prescripteur indépendant et un prescripteur complémentaire. Le prescripteur indépendant réalise l'évaluation initiale et le diagnostic ; le prescripteur complémentaire prescrit à partir d'une liste de médicaments ouverte ou limitée, et consulte le

prescripteur indépendant avant de délivrer son ordonnance. La prescription complémentaire est également appelée prescription dépendante, collaborative, semi-autonome ou supplémentaire (Abuzour, Lewis & Tully 2019 ; Kroezen *et al.* 2011a ; Latter & Courtenay 2004).

3. Prescription moyennant un accord de prescription structuré (protocole)

Modèle conçu pour un groupe spécifique de patients souffrant d'une pathologie particulière : les médicaments ne sont fournis que dans le cadre d'un protocole prédéterminé. La prescription moyennant un accord de prescription structuré n'est pas considérée comme une prescription indépendante mais peut être considérée comme une forme de prescription complémentaire (Abuzour, Lewis & Tully *et al.*, 2018 ; Kroezen *et al.*, 2011a ; Gielen

et al. 2014). Ce modèle est basé sur un modèle de prescription générique pour groupes de patients (*patient group directions*, PGD) et peut être considéré comme un type de prescription distinct. Il existe cependant suffisamment de points communs entre l'approche protocolaire et la prescription complémentaire pour qu'elle puisse être considérée comme un sous-groupe de cette catégorie. Ainsi, Latter et Courtenay (2004) définissent-ils la prescription

² Même dans ce modèle dépendant, la prescriptrice est toujours indépendamment responsable et comptable des décisions qu'elle prend dans le cadre du modèle et de la relation de prescription.

complémentaire comme une prescription s'inscrivant dans un plan de gestion clinique validé par un prescripteur indépendant ; les

deux auteurs estiment que les protocoles sont nécessaires à cette pratique.

4. Prescription pour administrer

Certains professionnels de santé peuvent disposer, pour l'administration immédiate de médicaments, d'une délégation de pouvoir dans le cadre d'un protocole et de conditions pré-validés (Crown 1999). Cette pratique est souvent utilisée dans le cadre d'une réponse d'urgence à un problème de santé immédiat risquant de causer un préjudice au patient (Nissen *et al.* 2010). Ce modèle est généralement appliqué dans des situations d'urgence pour l'administration de médicaments sur des

brancards ou chariots d'urgence, lorsque la vie du patient est en danger du fait d'un arrêt cardiaque, d'un choc anaphylactique ou encore d'un état de détresse respiratoire. Ce modèle est souvent utilisé par les premiers intervenants devant prendre une décision urgente dans le cadre d'un protocole clinique où ils administrent ensuite un médicament. Le deuxième modèle le plus utilisé est celui des infirmières dans les programmes de vaccination.

5. Heure et dosage

Certains professionnels de santé sont autorisés à modifier uniquement l'heure d'administration et/ou le dosage d'un médicament donné. Qualifiée de prescription dans certains contextes, la gestion de l'heure et du

dosage par les infirmières ne sera pas considérée, dans le présent document d'orientation, comme une forme de prescription (Kroezen *et al.* 2011b).

Informations complémentaires

- Comme il vient d'être montré, la « prescription par les infirmières » est une expression générale recouvrant une variété de modèles. Si chacun de ces modèles est fondé sur des données probantes, il est important de comprendre et de délimiter clairement ces modèles par rapport à la pratique en vigueur dans chaque pays.
- La question des frontières professionnelles et l'acceptation des modèles font généralement l'objet de vifs débats lors de la phase de lancement et de mise en œuvre de la prescription par les infirmières. Il importe d'utiliser une terminologie cohérente afin de limiter la confusion et de clarifier les enjeux.
- Il importe également de garder à l'esprit que ces modèles ne sont pas hiérarchisés. Ils reflètent plutôt le degré de « prise de décision » et de « responsabilité » dont dispose l'infirmière prescriptrice (Nissen *et al.* 2010).
- Il s'avérera peut-être nécessaire d'adapter et de faire évoluer les modèles en fonction des contextes nationaux spécifiques.

2.1 Différences entre modèles de prescription (d'après Nissen *et al.* 2010)

	PRESCRIPTION POUR ADMINISTRER	PROTOCOLE	COMPLÉMENTAIRE / DÉPENDANTE	INDÉPENDANTE
Restrictions à la prescription	Prescription pour administration immédiate uniquement	Prescription selon un protocole ou limitée à une liste de médicaments	Prescription pour un patient envoyé par un prescripteur indépendant ou selon accord de collaboration avec un prescripteur indépendant	Établissement, en toute indépendance, du diagnostic d'une pathologie (plutôt que de ses symptômes)
	Liste très limitée de médicaments d'urgence ou liste convenue	Prescription après établissement d'un diagnostic. Le prescripteur peut initier, modifier ou changer le médicament ou la substance thérapeutique, conformément au protocole	Une fois le diagnostic posé ou le plan de traitement du patient établi, la responsabilité de sa gestion clinique peut être transférée par le clinicien avant procédé à l'évaluation (prescripteur indépendant) à un autre professionnel de santé. Le prescripteur dépendant n'est pas responsable de l'évaluation ou du diagnostic initial, qui relève du clinicien ayant procédé à l'évaluation	Pose le diagnostic initial et prend la décision de lancer un traitement. L'acte de prescrire pour un patient qui se présente pour la première fois à un épisode de soins
	Prescription conformément à un protocole pour maladie émergente	Thérapie limitée à une liste de médicaments ou à une sélection guidée par un protocole	La décision initiale de poser un diagnostic a été prise et le traitement a été lancé	La thérapie est choisie en fonction d'un domaine de pratique défini
	Choix de la thérapie régi par un protocole	Liste de médicaments limitée, validée à l'avance	Prescription selon le plan de prise en charge du patient ou selon l'accord de collaboration	Prescription/gestion d'une thérapie continue sans protocole prédéfini
		Poursuivre, interrompre et initier un traitement selon un protocole validé à l'avance	Liste limitée au domaine de pratique ou à l'accord de collaboration	Liste basée sur le domaine de pratique
	Niveau croissant de compétence, de prise de décision et de responsabilité			
Exemples d'exigences en matière de formation	<ul style="list-style-type: none"> Diplôme de premier cycle 	<ul style="list-style-type: none"> Diplôme de premier cycle 	<ul style="list-style-type: none"> Diplôme de premier cycle +/- études supérieures 	<ul style="list-style-type: none"> Diplôme de premier cycle Diplôme de master ou doctorat
Exemples d'exigences en matière d'enregistrement	<ul style="list-style-type: none"> Professionnel de santé réglementé 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnel de santé réglementé Accréditation 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnel de santé réglementé Accréditation 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnel de santé réglementé Accréditation
Exemples de compétences	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance des signes et symptômes en soins aigus Anamnèse Suivi du protocole Administration de médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance des signes et symptômes Anamnèse Suivi des protocoles Administration de médicaments Exigences de base pour le pouvoir de prescription (suivi de protocole) 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des connaissances sur l'état des patients en fonction du plan de soins Compétences complètes en matière de prescription en collaboration avec un prescripteur indépendant 	<ul style="list-style-type: none"> Compétences de diagnostic relevant du domaine de pratique et/ou du domaine de spécialisation Commande de tests de diagnostic Compétences en matière de prescription à part entière

2.2 Que peuvent prescrire les infirmières ?

Ce que les infirmières sont autorisées à prescrire dépend des pays, des juridictions et des règlements. La portée du pouvoir de prescription est régie par différents niveaux de législation au sein des pays, outre d'éventuelles dispositions supplémentaires édictées par les hôpitaux ou les organismes de santé. D'autre part, les infirmières ne peuvent prescrire que dans leurs domaines de compétence et conformément aux directives en vigueur. Cela étant posé, le pouvoir de prescription des infirmières porte notamment sur :

- des médicaments ;
- des thérapies et des thérapeutiques ;

- des équipements médicaux durables ;
- des appareils et certains pansements ;
- des aliments destinés à des buts thérapeutiques précis ;
- des électrolytes³.

Lorsque les médicaments nécessaires à l'état d'un patient ne figurent pas dans une liste ou ne sont pas couverts par un protocole, l'infirmière prescriptrice peut avoir la capacité de recommander des médicaments et thérapeutiques en vente libre dans le cadre d'un plan de gestion.

2.3 Autres considérations

Conventions de collaboration

On a fréquemment recours à des conventions, ou accords, de collaboration pour répondre à des exigences en matière de supervision de la prescription par des infirmières. Un accord de collaboration précise par écrit la relation professionnelle entre l'infirmière prescriptrice et un prescripteur indépendant collaborateur (le plus souvent un médecin). Le document de collaboration définit les paramètres selon lesquels l'infirmière peut effectuer une prescription déléguée. Cet accord vise fondamentalement à placer le prescripteur indépendant dans un rôle de supervision par rapport à un prescripteur dépendant (Hanson & Cahill 2019).

L'accord de collaboration peut consister en un simple document écrit, définissant en une page des schémas de consultation et d'orientation ; il peut aussi s'agir d'un protocole plus spécifique concernant des fonctions identifiées en fonction d'exigences réglementaires, légales et d'accréditation dans le pays où l'infirmière exerce son pouvoir de prescription. Idéalement, les accords de collaboration devraient être rédigés de la manière la plus large possible pour permettre des variations dans la prescription des infirmières et des changements de politique. Avec l'évolution du pouvoir de prescription des infirmières, et pour assouplir la pratique clinique, certains établissements ont remplacé les protocoles spécifiques par des lignes directrices fondées sur des données probantes dans le cadre

d'un accord de collaboration. Il convient toutefois de noter que la spécificité d'un accord de collaboration repose généralement sur la confiance et le respect entre l'infirmière prescriptrice collaboratrice et sa collègue superviseuse (Hanson & Cahill 2019 ; Nuttall 2018).

Certains pays et juridictions cherchent actuellement à supprimer les accords de collaboration. Les raisons le plus souvent invoquées à cet égard sont les retards et les processus d'approbation induits par ces accords ; le caractère lourd et confus de leurs modalités de gouvernance, alors que des dispositions plus simples pourraient être prises ; et une volonté de dissuader les infirmières et les sages-femmes d'acquiescer un pouvoir de prescription dans le cadre de leur pratique (Nursing & Midwifery Board of Ireland 2019).

Gestion et surveillance cliniques en fonction de l'état clinique (investigations diagnostiques initiées par l'infirmière)

L'introduction de la prescription par les infirmières s'accompagne souvent d'autorisations complémentaires favorisant les pratiques optimales en matière de prescription⁴. Ces autorisations concernent, par exemple, la possibilité d'ordonner des tests de diagnostic, des procédures de diagnostic et d'autres investigations. Ces éléments de décision clinique permettent à l'infirmière prescriptrice de mieux comprendre les besoins cliniques d'une personne et

³ Dans certains pays, les personnels infirmiers peuvent aussi prescrire du sang et des produits sanguins.

⁴ Ces autorisations, qui sont de plus en plus fréquentes dans le domaine des soins infirmiers, ont été introduites pour la première fois au profit des infirmières de pratique avancée.

d'explorer les diagnostics possibles, ce qui favorise une évaluation complète du patient.

Listes de médicaments

De nombreux pays, systèmes de santé et hôpitaux disposent de comités chargés de superviser l'élaboration de listes et la définition des politiques relatives aux médicaments et produits thérapeutiques. Ces comités ont un impact sur tous les prescripteurs et dispensateurs de médicaments, de même que sur les patients.

À l'origine, les listes servaient à identifier et à désigner des médicaments et produits thérapeutiques à utiliser de préférence, le but étant de rationaliser la prescription. Ces listes peuvent être utilisées pour évaluer, enseigner et orienter la prescription vers les choix les plus appropriés de thérapies efficaces, sûres et rentables. Elles peuvent également limiter le risque de conflit d'intérêts, lorsque le prescripteur pourrait être influencé par l'industrie pharmaceutique (Noblet *et al.* 2017 ; Schiff *et al.* 2012).

Si les listes présentent de nombreux avantages perçus, comme la définition des limites d'une pratique, leur utilisation et leur application peuvent aussi avoir des effets négatifs. Il s'agit, notamment, de l'accent mis sur les coûts ; d'obstacles et de complexités inutiles au détriment des prescripteurs et des patients ; et d'obstacles posés à la prescription par les infirmières (Noblet *et al.* 2017 ; Schiff *et al.* 2012).

Les pays qui entendent favoriser et développer la prescription infirmière devraient veiller à ce que les listes optimisent le rôle des infirmières prescriptrices, plutôt que de susciter des barrières artificielles nuisant aux soins prodigués par les infirmières aux individus et aux communautés. Pour ce faire, on adoptera, sur la base des meilleures données disponibles, une politique et des orientations locales claires en matière de prescription. Il importe en outre que des infirmières cheffes de file participent aux comités chargés d'établir les listes de médicaments.

Prescription inappropriée et déprescription

Pour O'Connor, Gallagher & O'Mahony (2012), la prescription inappropriée recouvre :

- la prescription erronée, soit une dose, une fréquence, une modalité d'administration ou une durée de traitement incorrectes. La prescription erronée comprend aussi

l'utilisation de médicaments risquant de provoquer des interactions médicament-médicament ou médicament-maladie cliniquement significatives ;

- la surprescription : prescription de médicaments pour lesquels il n'existe pas d'indication clinique claire ; et
- la sous-prescription : omission de médicaments potentiellement bénéfiques et cliniquement indiqués pour le traitement ou la prévention d'une maladie.

Phénomène d'ampleur mondiale, la prescription inappropriée entraîne des effets indésirables supplémentaires, une diminution de la qualité de vie, ainsi qu'une augmentation des coûts de la santé et des réadmissions à l'hôpital (Gallagher *et al.* 2011)⁵. Il s'agit là de l'un des principaux facteurs de la déprescription.

La déprescription a été définie comme « *un processus systématique consistant à identifier et à arrêter certains médicaments lorsque leurs inconvénients existants ou potentiels l'emportent sur leurs bénéfices existants ou potentiels dans le contexte des objectifs de soins d'un patient individuel, de son niveau actuel de fonctionnement, de son espérance de vie, de ses valeurs et de ses préférences* » (Scott *et al.* 2015). Dans cette conception, la déprescription est un processus de décision complexe dans lequel les risques et les bénéfices sont mis en balance avec les besoins de santé de l'individu, ses préférences et sa qualité de vie. L'arrêt et le lancement de la prise de médicaments font tous deux partie du processus de prescription.

Les raisons principales de la déprescription comprennent l'arrêt d'un médicament en raison d'un événement indésirable, d'un échec thérapeutique et/ou parce que ses avantages futurs ne l'emportent plus sur son potentiel de nuisance (Naughton & Hayes 2017). Cet aspect est important pour toutes les infirmières – et en particulier pour celles qui ont un pouvoir de prescription, car il affectera leurs pratiques dans ce domaine.

Les infirmières prescriptrices doivent justifier d'une compréhension dépassant celle de l'infirmière généraliste concernant la pharmacologie et la capacité de reconnaître les effets des médicaments ; les allergies ; les sensibilisés aux médicaments ; les effets secondaires ;

⁵ Une étude réalisée dans plusieurs hôpitaux d'Europe a conclu qu'entre 35 % et 77 % des patients s'étaient vu prescrire des médicaments inappropriés.

les contre-indications ; les incompatibilités ; les effets indésirables des médicaments ; les erreurs de prescription ; et la polymédication (Wright *et al.* 2019). Tous les éléments de sa

formation en vue de détenir un pouvoir de prescription mettent l'infirmière en mesure de déprescrire en toute sécurité lorsque cela s'avère approprié et nécessaire⁶.

2.4 Vaccination

L'objectif des programmes et campagnes de vaccination est d'enrayer les maladies évitables par la vaccination parmi les individus et groupes identifiés comme vulnérables à la maladie. Dans le monde entier, les infirmières jouent un rôle essentiel en tant que professionnelles de santé dans les campagnes de vaccination. Mais leur rôle stratégique et l'autorité avec laquelle elles exercent cette fonction varient considérablement selon les pays. Aux États-Unis, la prestation de services de vaccination est considérée comme une pratique médicale et relève du contrôle exclusif d'un médecin, y compris pour les infirmières de pratique avancée (Stewart, Lindley & Cox 2016). Dans la plupart des juridictions de l'Australie (mais pas toutes), la loi autorise les infirmières à prescrire et à administrer des vaccins de manière indépendante. Au Royaume-Uni, la vaccination des enfants relève de la compétence des infirmières de pratique générale ; en Irlande, elle est de la compétence des infirmières de pratique générale, des infirmières de santé publique et des infirmières communautaires, entre autres. En Irlande et au Royaume-Uni, les services de vaccination avant un voyage sont dirigés principalement par des infirmières et, depuis peu, par des pharmaciens. Lorsque les médecins prescrivent des vaccinations, celles-ci se limitent généralement aux vaccinations pour adultes – pneumocoque et tétanos, par exemple – à l'occasion d'une consultation. En Espagne, les infirmières peuvent prescrire des vaccins de manière indépendante dans le cadre des campagnes de vaccination et sur la base du calendrier vaccinal approuvé par les autorités sanitaires.

En Afrique sub-saharienne, les médecins ne sont généralement pas concernés par la fourniture des vaccins. La formation à la vaccination fait partie du tronc commun de la formation de base en soins infirmiers, que ce soit au niveau du diplôme ou de la licence (bachelor), avec

évaluation des compétences. L'infirmière n'a pas besoin d'être prescriptrice mais doit suivre des cours de vaccination. Au Nigéria, les services de vaccination de routine en soins primaires sont assurés par des infirmières, des sages-femmes et certaines catégories d'agents de santé communautaire (Brown, Oluwatosin & Ogundeji 2017).

La diversité des personnels pouvant être chargés des vaccinations pose la question de la limite à la vaccination par les infirmières imposée par certaines restrictions importantes. Ces restrictions empêchent l'accès en temps opportun aux vaccins nécessaires. Une solution à ce problème consiste à appliquer des programmes d'ordonnances collectives (*standing orders programmes*, SOP) en matière de vaccination pour favoriser l'adoption des vaccins (Stewart, Lindley & Cox 2016). Ces programmes exigent une base légale autorisant la délégation de services de vaccination à une gamme de prestataires (y compris des infirmières) chargés d'intervenir auprès de vastes populations de patients dans différents contextes. Pour les milieux cliniques soumis à des restrictions interdisant aux prestataires de fournir des services de vaccination préventive, le recours aux ordonnances collectives influence de manière positive qui peut administrer les vaccins ; les vaccins autorisés ; les patients éligibles ; et le niveau de supervision nécessaire. Ainsi, une autorisation de prescrire élargie au titre d'une ordonnance collective pourrait augmenter la capacité de fournir les services recommandés et lever certains obstacles à l'application d'un programme de vaccination. Dans ce système, les infirmières peuvent évaluer la nécessité d'un vaccin, identifier des contre-indications ou des précautions à prendre, et administrer les vaccins sans ordre écrit direct d'un médecin ou d'une infirmière praticienne. Cela peut constituer un moyen efficace d'augmenter les taux d'immunisation.

⁶ Toutes les infirmières ont un rôle important à jouer dans la gestion des médicaments et devraient avoir une voix influente au sein de l'équipe soignante dès lors qu'il est question de déprescrire un médicament. Outre ces responsabilités, il est recommandé que les infirmières prescriptrices jouent un rôle actif dans la gestion des médicaments.

CHAPITRE 3

LES RAISONS D'AGIR

Le pouvoir de prescription des infirmières et des professionnels paramédicaux a été introduit dans toutes les régions du monde. Les raisons le plus souvent citées à cet égard sont les suivantes :

- accès amélioré et continuité des conseils et services de santé ;
- pénurie de personnel médical, en particulier dans les zones rurales et éloignées ;
- efficacité améliorée du système de santé, les infirmières étant en mesure de fournir des épisodes de soins complets et de réduire le nombre de consultations avec plusieurs prestataires de soins de santé ;
- plus grande capacité du système de santé à répondre à la demande et à s'adapter aux nouvelles méthodes de travail ;
- personnel de santé en mesure de travailler à son plein niveau de compétence et de formation – autrement dit, plus grande autonomie des infirmières et, partant, meilleure satisfaction au travail ;
- pour les patients, davantage de choix et meilleures connaissances s'agissant de l'accès aux médicaments et aux services ;
- renforcement de la capacité en soins centrés sur le patient et pour assurer la continuité des soins ;
- réduction des risques pour d'autres professionnels de santé pouvant être amenés à prescrire des médicaments à des patients qu'ils n'ont peut-être jamais vus ;
- amélioration des soins aux patients sans compromettre la qualité du service ;
- meilleure protection juridique des infirmières prescriptrices (Crown 1999 ; Delamaire & Lafortune 2010 ; Maier 2019 ; NHS Wales 2017 ; Nissen, Lynne & Bettenay 2015).

3.1 Couverture sanitaire universelle

L'accès à des médicaments de qualité, acceptables, disponibles et abordables fait partie des objectifs de développement durable (ODD 3.8) des Nations Unies (ONU 2016). La difficulté d'accès à des médicaments de qualité et la prévalence des « faux »⁷ médicaments dans le monde ralentissent les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Il est reconnu qu'il s'agit là d'un problème multidimensionnel

devant être combattu par un ensemble de mesures et stratégies globales et complètes. L'octroi aux infirmières du pouvoir de prescrire de manière sûre est une stratégie essentielle et un moyen positif de surmonter certains problèmes. Fondée sur des données probantes, cette solution a prouvé sa capacité à améliorer l'accès à des services de santé de qualité, sûrs et abordables (OMS 2019).

3.2 Sécurité des médicaments

Dans un rapport de 2017, l'OMS indique que « les pratiques de médication à risque et les erreurs médicamenteuses sont une cause majeure d'effets préjudiciables évitables dans les systèmes de santé partout dans le monde ». On estime que les erreurs médicamenteuses

coûtent 42 milliards de dollars des États-Unis chaque année (Donaldson *et al.* 2017). Il existe donc un besoin réel d'améliorer la sécurité et la qualité des pratiques de médication pour protéger les prestataires de santé, les individus et la communauté.

⁷ Opposition entre médicaments authentiques et produits médicaux falsifiés qui n'ont pas subi de contrôle de qualité.

Pour remédier à ces problèmes, l'OMS a défini un « cadre stratégique du Défi mondial pour la sécurité des patients » (voir Annexe 2). Le cadre est défini à partir de quatre problématiques fondamentales pour réduire les préjudices liés aux médicaments :

- patients et population générale ;
- professionnels de santé ;
- médicaments et systèmes ; et
- pratiques de médication.

Le cadre définit une approche holistique de la sécurité des médicaments. Il s'agit d'un concept important pour les soins infirmiers en général et, en particulier, pour la mise en œuvre et le soutien de la prescription par les infirmières. Dans ce contexte, la sécurité de la prescription n'est pas seulement de la responsabilité de l'infirmière prescriptrice : elle nécessite une approche organisationnelle et une coordination supplémentaires pour garantir la sécurité.



CHAPITRE 4

SOUTIEN DE L'ORGANISATION ET DE L'ÉQUIPE POUR UNE PRESCRIPTION SÛRE

La sécurité de la prescription ne relève pas seulement d'une responsabilité individuelle. Elle exige une approche systémique, intégrant le soutien par une équipe et par toute l'organisation. La section suivante présente les éléments qui peuvent contribuer à une prescription infirmière de qualité, sûre et efficace.

4.1 Systèmes d'aide à la décision

Les systèmes informatisés d'aide à la décision clinique peuvent aider les infirmières dans leur pratique. Bien qu'il existe de nombreuses options dans ce domaine, les fonctions principales de ces systèmes sont le diagnostic, la gestion des maladies, les ordonnances, le contrôle des médicaments, les alertes et rappels, les directives, les ensembles de données relatives aux patients, la documentation et les flux de patients.

Les avantages de ces systèmes sont les suivants :

- recul de l'incidence des erreurs de médication ou de prescription, ainsi que des événements indésirables ;
- respect des directives cliniques, du suivi et des rappels de traitement ;
- collecte d'une gamme d'informations médicales actualisées et fondées sur des preuves ;
- baisse des coûts et plus grande efficacité ;
- amélioration de la documentation et d'autres fonctions administratives ; et
- meilleure communication entre les professionnels de santé, ce qui rationalise le flux de travail (Sutton *et al.* 2020).

4.2 Gouvernance, politiques et procédures cliniques

L'utilisation sûre et efficace des médicaments, y compris leur prescription, exige une gouvernance, un leadership et un engagement à l'échelle de toute l'organisation. Les éléments principaux à l'appui de la prescription par les infirmières sont :

- des systèmes pour surveiller, analyser et améliorer la prescription et la gestion des médicaments ;
 - la mise en place de processus de retour d'information par les infirmières prescriptrices, permettant de faire évoluer la pratique (si nécessaire) et favorisant la recherche et/ou la participation à des activités d'amélioration ;
 - la création de processus permettant aux infirmières prescriptrices de nouer des partenariats avec les consommateurs (Flottorp *et al.* 2010).
- Il est important que les politiques et procédures de gouvernance clinique soient en place avant même la formation d'infirmières prescriptrices. Des approches normalisées garantiront la qualité des soins et la sécurité des patients, les lignes hiérarchiques et la responsabilité. Ces approches devront couvrir, entre autres paramètres, le domaine de pratique et ses limites, les mécanismes de soutien, le financement ainsi que le perfectionnement professionnel continu. Tous ces éléments doivent être documentés de manière claire et facilement accessibles par le personnel de l'organisation (Noblet *et al.* 2017).

4.3 Soutien par les pairs et relations avec les équipes interprofessionnelles

Les relations interprofessionnelles sont essentielles pour la qualité et la sécurité de la prescription par les infirmières. En particulier, il est important que les infirmières prescriptrices entretiennent une relation de collaboration avec les médecins, les infirmières prescriptrices indépendantes et/ou les pharmaciens. Cette collaboration, outre sa dimension de supervision clinique, permet d'évoquer des cas difficiles, d'échanger des connaissances, de collaborer dans la pratique, d'éviter malentendus ou différends, et de renforcer la confiance professionnelle (Brodie, Donaldson & Watt 2014 ; Graham-Clarke *et al.* 2018 ; Hindi *et al.* 2019 ; Stenner & Courtenay 2008).

Dans de nombreux pays, les convictions et les comportements de certains médecins constituent des obstacles majeurs à la prescription par les infirmières. Cette attitude négative tient en bonne part au manque de compréhension des rôles et responsabilités des infirmières prescriptrices : les médecins craignent, de ce fait, une perte de pouvoir ou de contrôle. Les preuves disponibles suggèrent que les médecins connaissent mal le degré d'autonomie, de responsabilité et d'obligation de rendre compte des infirmières prescriptrices (Noblet *et al.* 2017). Cela entraîne un manque de soutien de la part de la profession médicale.

À l'inverse, lorsque les médecins comprennent les rôles et les responsabilités des infirmières prescriptrices et participent activement à l'élaboration des politiques relatives à la prescription par les infirmières, la transition et la mise

en œuvre se passent mieux. Dans ces circonstances, les médecins déclarent que ces modèles présentent des avantages extrêmement utiles pour améliorer l'accès aux soins, le respect des plans de traitement clinique et la continuité des soins (Noblet *et al.* 2018 ; Tatar 2015).

Dans certains cas, les patients ayant des besoins de santé complexes consultent plusieurs professionnels de santé, y compris des consultants, des psychologues ou des pharmaciens. En présence d'une équipe aussi diversifiée de professionnels de santé, il est essentiel de formuler et de communiquer un plan de traitement clair aux intervenants concernés. Les pharmaciens jouent un rôle central au sein de cette équipe multidisciplinaire, en tant que source précieuse d'informations sur les médicaments et leurs interactions, et, en tant que mécanisme de contrôle de la qualité, pour veiller à l'exactitude des ordonnances (Graham-Clarke *et al.* 2018).

Enfin, le soutien par les pairs est d'une importance capitale pour les infirmières prescriptrices. Le fait de collaborer avec d'autres infirmières, ou de pouvoir les consulter, est vital pour obtenir des informations, résoudre des problèmes, encourager et améliorer la confiance. Des preuves montrent que lorsque les infirmières prescriptrices travaillent ensemble, elles élargissent leurs connaissances et prennent leurs décisions de prescription plus rapidement (Jones & Cameron 2017 ; Muzigaba *et al.* 2017 ; Stenner & Courtenay 2008).

CHAPITRE 5

CADRE POUR UNE PRESCRIPTION SÛRE ET COMPÉTENTE PAR LA PROFESSION INFIRMIÈRE

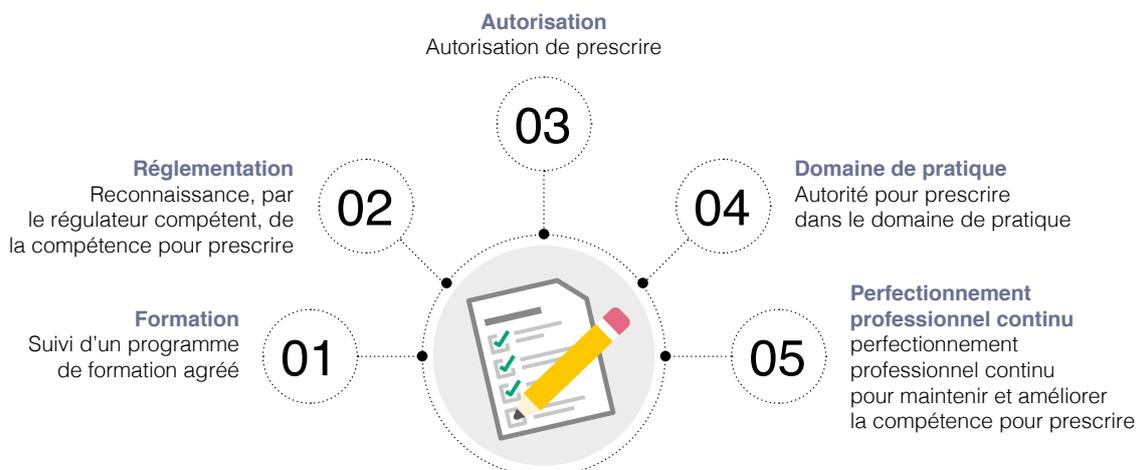
La prescription est un processus complexe, exigeant l'application d'un jugement sûr ainsi que de connaissances, de compétences et d'attitudes spécifiques à une personne unique et à un moment donné. Cette complexité est d'autant plus grande qu'un nombre croissant de médicaments sont à la disposition du prescripteur et que de nombreuses personnes reçoivent plusieurs médicaments ainsi qu'une gamme d'autres traitements et thérapies (y compris des médicaments traditionnels) (NPS MedicineWise 2021).

Le cadre présenté ci-après est destiné à orienter l'octroi aux infirmières du pouvoir de prescrire de manière sûre et compétente. Ce cadre comporte cinq composantes de base. Les exigences relatives à chacune de ces composantes peuvent varier en fonction des besoins du modèle retenu de prescription infirmière. Il est recommandé, dans le cadre de la mise en œuvre d'un tel cadre, d'élaborer un programme de formation permettant d'évaluer de manière adéquate, par rapport à une norme établie, les performances de l'infirmière souhaitant se voir investie du pouvoir de prescription.

1. Suivi d'un programme de formation agréé

La professionnelle de santé qui souhaite pouvoir prescrire des médicaments doit suivre un programme de formation agréé correspondant à son domaine de pratique et attestant qu'elle a atteint le niveau de compétence requis. La formation doit être reconnue par l'ordre infirmier ou par l'instance d'accréditation du pays

concerné. L'agrément garantit que le contenu du cours est approprié et que le programme d'enseignement respecte, ou dépasse, les normes qui ont été élaborées par des experts du domaine afin de protéger la profession infirmière et le public.



Éléments essentiels du programme de formation

Le programme ou cours de formation dépend des exigences du pays, ainsi que du modèle de prescription envisagé. Le programme de formation comprendra des éléments théoriques et pratiques supervisés par une personne autorisée à prescrire.

Afin d'acquérir les connaissances, compétences et comportements nécessaires, il est recommandé que les programmes d'enseignement soient conçus en fonction du niveau visé de pouvoir de prescription et qu'ils contiennent les éléments des domaines de compétence décrits ci-dessous. Les compétences peuvent servir de cadre à un programme pédagogique : elles seront alors divisées en sous-compétences, ou connaissances/compétences/attitudes et objectifs d'apprentissage ; des activités en classe et en laboratoire viendront parfaire l'acquisition de la compétence (CII 2019). Il convient de noter que ces exigences minimales de haut niveau ne tiennent pas compte des besoins spécifiques au niveau d'États fédérés, de territoires ou de pays.

Domaine de compétence 1 : Soins centrés sur la personne

Dans le cadre du pouvoir de prescription, il est essentiel que les infirmières adoptent une approche des soins qui soit centrée sur la personne. L'infirmière doit ainsi adopter consciemment les perspectives des individus, des familles et des communautés, qu'elle doit considérer comme participants et bénéficiaires des soins. L'infirmière doit être en mesure d'obtenir les informations nécessaires et d'élaborer un plan de soins compatible avec les besoins de la personne, laquelle est considérée comme prête, désireuse et capable d'agir (OMS 2007). Cette compétence comprend les connaissances, les aptitudes et les comportements nécessaires pour lancer un partenariat thérapeutique ; pour effectuer une évaluation complète des médicaments ; et pour poser et évaluer des diagnostics possibles.

Une formation et une préparation formelles en physiopathologie (ainsi qu'aux principes pharmacologiques) des systèmes physiologiques concernés par la prescription de l'infirmière sont essentielles. Un certain niveau d'évaluation et de raisonnement diagnostiques est également indispensable. Bien qu'un certain degré d'aptitude soit nécessaire à tous les niveaux, la formation requise pour cette compétence dépend fortement des niveaux d'autonomie

dans la prescription et de pratique clinique. Pour les infirmières exerçant de manière indépendante, des compétences avancées sont requises dans les domaines suivants : anamnèse ; évaluation physique ; interprétation de tests cliniques ; raisonnement diagnostique ; prise de décision clinique ; ainsi que planification et suivi complets des besoins du patient, y compris toutes les options ou considérations appropriées s'agissant du traitement pharmacologique et non pharmacologique.

Compétences

- place l'être humain au centre de toute sa pratique ;
- défend l'autonomie individuelle et communautaire ;
- fournit des soins sensibles à la culture, respectueux et compatissants ;
- intègre une approche systémique de la santé ;
- fait preuve de capacités de raisonnement et de prise de décision cliniques.

Domaine de compétence 2 : Pratique fondée sur les données probantes et informée

Cette compétence concerne la capacité d'identifier et de discuter de traitements appropriés, sûrs, efficaces et fondés sur des preuves. Elle inclut la capacité d'identifier les médicaments les plus appropriés ; d'autres alternatives de traitement, non pharmacologiques ; et la possibilité que la prescription ne soit pas dans le meilleur intérêt du patient.

Compétences

- identifie le traitement le plus approprié en fonction des besoins de l'individu ;
- évite de surutiliser des ressources ou de les utiliser à mauvais escient ;
- entretient sa connaissance des protocoles ou algorithmes de prescription, en fonction du système de santé dans lequel la professionnelle de santé exerce.

Domaine de compétence 3 : Communication et collaboration

Une communication et une collaboration efficaces sont essentielles dans la pratique de toute infirmière prescriptrice. Indépendamment de leur niveau, les infirmières prescriptrices doivent avoir suivi une formation obligatoire les préparant à communiquer et à collaborer

de manière compétente avec les patients et les familles, ainsi qu'avec les autres prestataires de soins. Les compétences nécessaires à une communication et à des relations thérapeutiques claires sont essentielles pour les infirmières prescriptrices : ces compétences les aideront à établir un diagnostic et un traitement précis du patient, depuis les premières étapes de la collecte d'informations jusqu'à la planification des traitements pharmacologiques et autres ; elles les aideront également dans leur démarche d'éducation du patient. Les infirmières autorisées à prescrire doivent aussi savoir communiquer de manière claire avec les personnes qui prodiguent, fournissent ou administrent les médicaments, de même qu'être en mesure de collaborer efficacement à la prise de décision avec d'autres professionnels de santé et avec les membres de la famille qui participent aux soins. Ce domaine de compétence comprend la capacité de documenter de manière appropriée, ainsi que de stocker et sécuriser des informations en toute sécurité.

Compétences

- adapte sa communication aux objectifs, à l'urgence et à la sensibilité de l'interaction ;
- écoute de manière active et attentive ;
- transmet des informations de manière ciblée ;
- gère le partage des informations, y compris s'agissant de la participation du patient à la prise de décision ;
- s'engage dans une pratique collaborative ;
- instaure et entretient des partenariats empreints de confiance.

Domaine de compétence 4 :

Principes essentiels de la pharmacologie

Les infirmières autorisées à prescrire doivent avoir reçu une formation aux principes essentiels de la pharmacologie, formation correspondant à leur niveau de prescription et tenant compte des populations et des domaines de spécialité pour lesquels elles prescriront. Ces principes essentiels comprennent la compétence en matière de principes pharmacologiques de base, notamment la pharmacocinétique, la pharmacodynamique et la pharmacothérapie ; ainsi que les indications, effets indésirables, interactions et contre-indications pour toutes les classes de médicaments prescrits. Les compétences en matière de sélection et de prescription appropriées et rationnelles des médicaments, ainsi que de surveillance et de réévaluation, doivent aussi

être prévues par cette formation et cette préparation fondamentales. En outre, une formation à la documentation et aux mesures, permettant la transmission précise, claire et complète des informations relatives à la prescription, sous forme écrite ou électronique, est une compétence pharmacologique fondamentale. Enfin, les infirmières prescriptrices de tous niveaux doivent être préparées à entretenir leur compétence dans les principes essentiels de la pharmacologie par la connaissance et l'utilisation de ressources pharmacologiques appropriées relatives à la prescription, et par la formation continue obligatoire.

Compétences

- a démontré sa connaissance de l'anatomie et de la physiologie humaines ;
- applique ses connaissances des actions pharmacologiques (y compris s'agissant des interactions médicamenteuses potentielles) à certaines interventions ;
- entretient ses connaissances sur les agents pharmacologiques, en fonction de son domaine de pratique ;
- rédige des ordonnances conformes aux lois et politiques pharmaceutiques locales.

Domaine de compétence 5 :

Surveillance du patient et observation de sa réaction au traitement

Cette compétence est axée sur la nécessité de surveiller et d'examiner la réponse du patient au traitement. La compétence comprend la capacité d'obtenir et d'interpréter des informations afin d'examiner l'efficacité du plan de traitement et/ou des approches alternatives de traitement. L'infirmière prescriptrice doit être capable de communiquer efficacement avec le patient et les autres professionnels de santé. Ce domaine concerne, de plus, la surveillance des effets indésirables du plan de traitement ; la détection et la déclaration des effets indésirables suspectés des médicaments ; et la capacité d'adapter un plan de gestion en fonction des besoins du patient et de sa réaction au traitement.

Compétences

- surveille en permanence la réaction du patient aux agents pharmacologiques ;
- communique les informations sur cette réaction aux autres collègues impliqués dans les soins ;

- démontre son engagement envers l'amélioration constante de la qualité des protocoles de traitement ;
- met en œuvre une pratique centrée sur la personne et fondée sur des preuves ;
- signale les effets indésirables suspectés (pharmacovigilance).
- pratique conformément au code de conduite et aux normes professionnelles et éthiques ;
- démontre son engagement envers l'apprentissage continu et la pratique réflexive (d'après Nursing and Midwifery Council 2018).

*Domaine de compétence 6 :
Pratique professionnelle*

Toute infirmière prescriptrice, quel que soit son niveau, est tenue d'exercer en ayant une compréhension fondamentale de son domaine de pratique. Leur formation et leur préparation doivent permettre aux infirmières prescriptrices, quel que soit le niveau de leur pouvoir de prescription, de devenir compétentes dans chacun des domaines susmentionnés. Outre ces compétences, les infirmières doivent démontrer qu'elles maîtrisent les bases du professionnalisme, y compris les compétences suivantes.

Compétences

- exerce dans le cadre de son domaine de pratique ainsi que des lois et règlements en vigueur ;
- respecte les politiques et procédures ;
- assume la responsabilité de ses propres décisions et de leurs conséquences ;

Ces domaines de compétences et leurs composantes sont les pierres angulaires de la formation et de la préparation des infirmières prescriptrices. Il convient de noter que tous ces éléments sont liés entre eux et interdépendants. Les personnes chargées de créer le rôle d'infirmière prescriptrice doivent envisager d'incorporer, dans une certaine mesure, tous les domaines cités ; elles tiendront aussi compte des exigences supplémentaires induites par le niveau d'autonomie de l'infirmière prescriptrice, de même que par les populations, ou domaines de spécialité spécifiques, pour lesquelles, ou dans le cadre desquels, l'infirmière exerce et prescrit. Pour protéger tant l'infirmière prescriptrice que le patient, il convient de définir et de respecter une norme minimale de formation ainsi que des exigences en matière de formation à la prescription. En outre, des programmes et mécanismes permettant de répondre à ces besoins doivent être proposés : il s'agira non seulement de préparations formelles à la prescription, mais aussi de formations continues.

2. Reconnaissance, par le régulateur compétent, de la compétence pour prescrire

1. Les autorités de réglementation jouent un rôle essentiel dans la conception, la création, la mise en œuvre et la réglementation des rôles infirmiers. L'une des fonctions essentielles du régulateur est de protéger le public en veillant à ce que seules soient accréditées des infirmières ayant suivi une formation appropriée, qualifiées, compétentes et respectueuses de l'éthique dans leur pratique. Dans le cas de la prescription par les infirmières, l'autorité de réglementation a deux fonctions principales : établir les normes de compétence en matière de prescription ; et reconnaître que la professionnelle de santé a acquis la compétence pour prescrire des médicaments dans la limite de son domaine de pratique (Scanlon *et al.* 2020).

Pour soutenir la prescription par les infirmières, il est important que l'autorité de réglementation soit en mesure d'identifier les infirmières autorisées à prescrire, afin :

- de permettre à l'employeur de valider la compétence de l'employée ;
- de valider en permanence la qualité des soins fournis ;
- d'encourager la recherche et le développement sur le pouvoir de prescription des infirmières.

3. Autorisation de prescrire

L'autorisation de prescrire est accordée en vertu de la loi et de ses règlements d'application; des normes professionnelles au niveau des pays, états, régions ou territoires; ainsi que des politiques et procédures édictées par les prestataires de services de santé pour lesquels

l'infirmière travaille. Tous ces instruments auront une incidence sur les médicaments que l'infirmière sera autorisée à prescrire: elle doit donc impérativement comprendre ces instruments et adapter sa pratique en conséquence.

4. Pouvoir de prescription dans le cadre du domaine de pratique

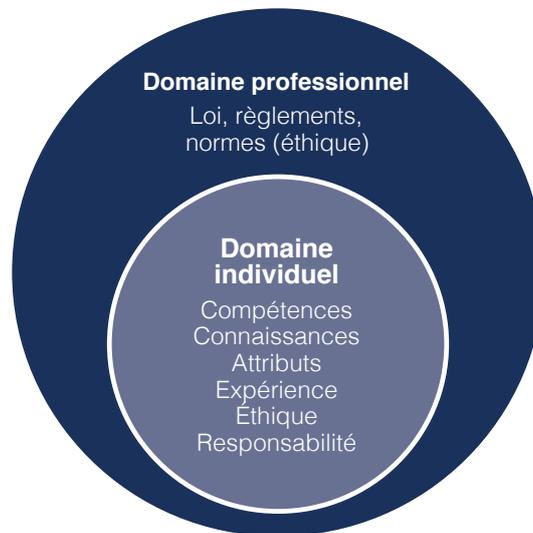
L'infirmière est autorisée à prescrire dans le cadre de son domaine de pratique. Le domaine de pratique des soins infirmiers s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire; il décrit les compétences (connaissances, aptitudes, attitudes et jugement), les responsabilités professionnelles et les obligations de l'infirmière prescriptrice. Il constitue le fondement de l'établissement d'une norme pour la pratique des soins infirmiers, la formation des infirmières, ainsi que leurs rôles et responsabilités. En outre, le domaine de pratique renseigne le public quant aux caractéristiques des personnes qualifiées pour prodiguer tels ou tels services infirmiers. Clairement délimité, le domaine de pratique indique à toutes les autres parties prenantes quelles sont les compétences et les responsabilités de l'infirmière (CII 2013).

La prescription infirmière a été progressivement intégrée dans les définitions et les descriptions du domaine de pratique des soins infirmiers (Ladd & Hoyt 2016; Schoer 2017). Le pouvoir de prescription est généralement associé à la montée en puissance de la pratique infirmière avancée (PIA) ainsi qu'aux domaines de pratique des niveaux avancés de soins infirmiers. Cependant, la prescription par les infirmières n'est pas un phénomène nouveau. La prescription de produits pharmaceutiques et thérapeutiques par les infirmières est une fonction de plus en plus souvent alignée sur les soins infirmiers avancés et généraux, mais le pouvoir de prescription des infirmières n'est pas normalisé au niveau mondial.

Les variations du domaine de pratique s'agissant de la prescription infirmière peuvent être attribuées aux facteurs suivants:

- la formation, l'expertise et l'expérience individuelles;
- le cadre clinique dans lequel les infirmières prescrivent des médicaments;
- la demande ou le besoin de prescription par les infirmières;
- le domaine de pratique des soins infirmiers dans le pays, par exemple: infirmière de pratique avancée, infirmière généraliste, infirmière spécialisée;
- le soutien ou les restrictions apportés par la loi;
- les compétences exigées ou spécifiées;
- les populations concernées par la pratique infirmière: femmes, enfants, personnes âgées, personnes en soins palliatifs ou personnes handicapées;
- le niveau de développement du rôle: le niveau de prescription peut dépendre de la capacité de l'infirmière à effectuer une évaluation et poser un diagnostic différentiel;
- le ou les modèles de prescription infirmière défini(s) par un pays;
- la souplesse et l'étendue du domaine de pratique des infirmières – le soutien ou l'opposition dépend de la situation géographique;
- des différences dans la structure et l'infrastructure des systèmes de santé
- le domaine de pratique de l'ensemble de la profession par rapport à celui de l'individu (d'après Pharmaceutical Society of Australia 2016).

Champ d'exercice de la profession par rapport à celui de l'individu, (Adapté de Pharmaceutical Society of Australia 2016)



5. Perfectionnement professionnel continu pour entretenir et améliorer la compétence pour prescrire

Le perfectionnement professionnel continu est un moyen reconnu d'entretenir les connaissances et les compétences qui influencent la compétence pour prescrire, l'objectif étant de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Une étude de Weglicki *et al.* (2015) a montré que l'anxiété personnelle peut saper la confiance des infirmières dans leur propre capacité à prescrire, pour autant que le pouvoir de prescription figure dans leur domaine de pratique : à cet égard, l'accès au perfectionnement professionnel continu aide les infirmières prescriptrices à prendre confiance en elles en même temps qu'elles améliorent leur expérience clinique.

L'entretien de la compétence professionnelle – qu'il s'agisse de la pratique infirmière générale ou de la prescription par les infirmières – est un processus continu. Certains pays conditionnent l'obtention d'une autorisation d'exercer et d'une accréditation à la présentation de preuves de perfectionnement professionnel continu. Les exigences et la fréquence de vérification de l'entretien des compétences sont généralement fixées par les organismes ou autorités chargés de l'accréditation. On

estime que ce type d'évaluation et de réévaluation garantit la crédibilité et la légitimité des infirmières, y compris des infirmières prescriptrices (Hanson & Cahill 2019 ; Hanson & Hamric 2003 ; Schober 2019).

Il existe différentes modalités de perfectionnement professionnel continu, par exemple :

- apprentissage en ligne ;
- revues professionnelles ;
- forums sur la prescription ;
- études individuelles, cours ou modules ;
- apprentissage sur le lieu de travail ;
- journées formelles de perfectionnement professionnel continu ;
- groupes de formation.

Les modalités de perfectionnement professionnel continu doivent être adaptées au style et aux capacités d'apprentissage de chaque infirmière prescriptrice. En outre, l'accessibilité des modalités d'apprentissage doit correspondre aux exigences en matière de compétences des infirmières prescriptrices.

CHAPITRE 6

RAISONS POUR LESQUELLES LES INFIRMIÈRES DEMANDENT UN POUVOIR DE PRESCRIPTION

Le pouvoir de prescription peut relever d'une exigence nationale ou découler de la volonté d'une infirmière de détenir une telle autorité. Une étude de Zimmerman *et al.* (2020) a montré quels avantages les infirmières escomptent tirer de leur capacité de prescrire :

- plus grande autonomie professionnelle ;
- meilleur statut professionnel ;
- meilleur salaire ;
- plus grande satisfaction au travail, notamment.

Les préoccupations exprimées par les personnes interrogées dans la même étude sont, entre autres :

- une plus grande responsabilité juridique ;
- moins de temps consacrés aux soins ;
- pas de rémunération supplémentaire ;
- augmentation de la charge de travail ;
- formation inadéquate ;
- conflits au sein de l'équipe soignante ;
- manque de soutien suffisant par l'organisation et par les pairs.

Tout pays qui entend soutenir la prescription par les infirmières ainsi que les infirmières prescriptrices doit tenir compte de ces avantages et préoccupations au moment d'élaborer les stratégies et le cadre destinés à orienter son initiative.



CHAPITRE 7

ÉLÉMENTS INDISPENSABLES AU DÉVELOPPEMENT ET AU RENFORCEMENT DE LA PRESCRIPTION INFIRMIÈRE

7.1 Directives cliniques : une norme professionnelle

La prescription infirmière inscrite dans le cadre d'une norme professionnelle garantit que l'infirmière pratique de manière légale, sûre et efficace (Schober 2017). Un certain nombre de directives cliniques sont suggérées à cet égard :

- licence/autorisation/enregistrement en tant que prescripteur par une autorité gouvernementale ;
- mise à disposition de normes et de conseils professionnels par des autorités non gouvernementales, comme les organismes professionnels infirmiers ;
- définition du domaine de pratique de l'infirmière prescriptrice ;
- responsabilité pour toutes les décisions de prescription prises conformément à un niveau déterminé d'expérience et de compétence ;
- évaluation – capacité d'effectuer un bilan de santé complet, y compris l'historique des médicaments ;
- communication avec les autres professionnels de santé et consentement du patient ;
- tenue rigoureuse des dossiers ;
- prescription fondée sur des données probantes ou éclairée par des données probantes ;
- perfectionnement professionnel continu pour rester à jour dans les connaissances nécessaires à la prescription et entretien des compétences ;
- suivi et examen des résultats pour le patient

Bien que ces éléments soient recommandés, il est admis que certains pays ne disposent pas de mécanismes formels d'autorisation ou de réglementation, alors même que des infirmières prescrivent déjà. Dans de tels cas, les recommandations du CII peuvent être considérées comme autant de buts à atteindre : elles pourront donc être alignées sur des stratégies de mise en œuvre répondant à une norme professionnelle et au domaine de pratique de la prescription par les infirmières.

Les directives pour la pratique clinique sont déterminées par le pays et par le contexte dans lesquels l'infirmière exerce. Parmi les exigences définies, citons la capacité à :

- réaliser un examen physique et une anamnèse ;
- évaluer l'état de santé d'un patient en faisant appel au jugement clinique ;
- évaluer l'indication thérapeutique pour le traitement : médicaments, thérapeutiques ;
- évaluer les contre-indications potentielles ou le risque d'interaction médicamenteuse indésirable ;
- donner au patient une éducation à la santé ;
- surveiller l'apparition d'effets secondaires ainsi que la réaction du patient aux plans de gestion.

CHAPITRE 8

CONCLUSION

Le débat sur la prescription infirmière s'est concentré sur la pertinence de conférer aux infirmières un pouvoir de prescription. La discussion est souvent liée au débat plus général sur la pratique infirmière avancée. Cependant, la littérature confirme que la prescription par les infirmières s'est imposée progressivement, qu'elle prend de l'ampleur et qu'elle existe indépendamment du rôle d'infirmière de pratique avancée (IPA). La prescription par les infirmières est l'un des aspects de l'évolution de la pratique infirmière. Ball (CII 2009) a montré que la question n'est pas « les infirmières peuvent-elles prescrire » dans tel ou tel pays, mais bien « dans quelle mesure la prescription par les infirmières est-elle un acquis ? » Le niveau, l'étendue, la portée et la prévalence de la prescription par les infirmières varient d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays.

Notre document d'orientation propose des éléments clefs à prendre en compte dans le processus de réalisation et de soutien à la prescription infirmière. En particulier, des réponses doivent être apportées aux questions suivantes :

- Y a-t-il besoin de services de santé intégrant la prescription par les infirmières ?
- Quels lois et règlements faut-il adopter à l'appui de cette pratique ?
- Existe-t-il des organisations professionnelles favorables à la prescription par les infirmières ?
- Existe-t-il un cadre ou un modèle applicable aux infirmières détentrices du pouvoir de prescription ?

PRISE DE POSITION DU CII SUR LE POUVOIR DE PRESCRIPTION DES INFIRMIÈRES

Le pouvoir de prescription des infirmières peut jouer un rôle important dans l'amélioration des résultats des soins en renforçant l'efficacité et l'efficacité des services de santé. Les infirmières disposant d'un pouvoir de prescription peuvent faciliter la prestation de soins mieux intégrés, ce qui améliore la qualité globale des services de santé. En outre, les infirmières qui ont le droit de prescrire éprouvent une plus grande satisfaction professionnelle.

La prescription est un processus complexe. Pour introduire les améliorations décrites plus haut, il faudra, selon les cas, un environnement réglementaire et politique propice ; des structures de gouvernance ; une culture organisationnelle ; ainsi qu'une formation et des modalités de perfectionnement professionnel appropriées. Les Directives du CII sur le pouvoir de prescription des infirmières sont destinées à soutenir la mise en œuvre et le développement de cette pratique, l'objectif étant de protéger le patient et le professionnel de santé, ainsi que de préserver le système de santé.

La prescription infirmière dépend des contextes nationaux et de la « culture de santé » dans lesquels elle se développe. Par conséquent, l'approche de la définition et de la mise en œuvre de la prescription infirmière suivra un modèle distinct dans chaque pays.

Plusieurs modèles de prescription infirmière existent. Ils se différencient en général par les niveaux de compétence des infirmières ainsi que par l'étendue du processus décisionnel et de la responsabilité. Le pouvoir de prescription doit être envisagé dans un continuum. Plus l'indépendance et la responsabilité liées au pouvoir de prescription de l'infirmière sont étendues, plus les exigences seront élevées en matière de formation, de perfectionnement professionnel continu et de mécanismes réglementaires attestant qu'un niveau de compétence de base est effectivement atteint.

Le CII appelle donc les gouvernements à veiller à l'existence de niveaux appropriés de formation et de réglementation de la profession, pour pouvoir jeter les bases d'un élargissement de la prescription par les infirmières dans le monde entier.



ANNEXES

Annexe 1 : Différences entre prescription dépendante/complémentaire et prescription indépendante

(d'après Stewart *et al.* 2017)

DOMAINE	PRESCRIPTION COMPLÉMENTAIRE/ DÉPENDANTE	PRESCRIPTION INDÉPENDANTE
États cliniques gérés	Tous, dans le cadre de la compétence clinique	Tous, dans le cadre de la compétence clinique
Responsabilités en matière de diagnostic	Le prescripteur indépendant doit diagnostiquer la pathologie avant d'autoriser un prescripteur complémentaire à intervenir	Le prescripteur indépendant peut évaluer et prendre en charge des patients atteints de pathologies diagnostiquées ou non
Nécessité d'un plan de gestion clinique	Un plan de gestion clinique ou un protocole (sous forme écrite ou électronique) spécifique au patient doit être en place avant toute prescription complémentaire	Plan de soins préalable pas nécessaire. Le prescripteur indépendant élabore un plan de gestion
Nécessité d'un accord formel	Le plan de gestion clinique doit être convenu par le prescripteur indépendant et par le patient avant toute prescription complémentaire. Souvent désigné par accord de collaboration	Accord formel pas nécessaire
Médicaments prescrits	Tous, dans le cadre du domaine de pratique et moyennant un accord de supervision et de consultation	Tous, dans le cadre du domaine de pratique

Annexe 2 : Prescription par les infirmières : aperçu du contexte réglementaire mondial – 2020

L'encadrement réglementaire de la prescription infirmière a évolué rapidement ces dernières décennies au niveau mondial. Dans les années 1980 et 1990, la prescription par les infirmières s'est accélérée sous l'effet de l'extension du domaine de pratique des infirmières praticiennes aux États-Unis et de la nécessité de codifier des pratiques cliniques favorisant la prescription de médicaments. Au Royaume-Uni, la prescription par des infirmières de niveau post-élémentaire a été autorisée en 1992 par le *Medicinal Products: Prescription by Nurses Act* (Royal College of Nursing 2014). Au tournant du XXI^e siècle, la prescription par les infirmières a connu une nouvelle progression au Canada, en Europe, en Australie et en Nouvelle-Zélande, avec la bénédiction officielle de gouvernements tant régionaux (provinces ou États) que nationaux. La même tendance s'est affirmée en Afrique avec le déploiement de la thérapie antirétrovirale à faible coût pour le traitement du VIH/sida (Zuber *et al.* 2014). En Espagne, la prescription par les infirmières a été inscrite dans la loi en 2009.

D'une manière générale, l'extension réglementaire du pouvoir de prescription des infirmières est fondée sur la nécessité d'atténuer les pressions induites par la pénurie de personnel de santé ou, dans d'autres cas, sur une volonté d'améliorer l'efficacité financière et organisationnelle du système de prestation de soins.

Si la littérature traitant des dispositions réglementaires relatives à la prescription par les infirmières s'est étoffée ces dernières années, elle reste concentrée sur les pays à revenu élevé. L'objectif de la présente annexe est de fournir un aperçu plus général des dispositions légales et réglementaires régissant actuellement l'autorisation de prescrire des infirmières. L'aperçu suit les régions officielles de l'OMS.

1) Région des Amériques

a. Amérique du Nord

Les États-Unis ont une longue tradition d'autorisation légale de la prescription infirmière, concernant surtout les infirmières praticiennes. Actuellement, les cinquante États et le district de Columbia autorisent, dans une certaine mesure, la prescription indépendante par des infirmières en pratique avancée (infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières sages-femmes). Il existe toutefois des variations entre États en ce qui concerne le domaine de pratique et la surveillance par un médecin (American Nurses Association s.d.). Le Canada accorde un pouvoir étendu de prescription aux infirmières praticiennes, avec une autorisation au niveau fédéral (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2015; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; Gouvernement du Canada 2012). En outre, deux provinces canadiennes – Alberta et Ontario – ont adopté des lois autorisant la prescription par les infirmières de niveau post-élémentaire (infirmière autorisée) (College & Association of Registered Nurses of Alberta 2019). Au Canada, les dispositions (fédérales) relatives aux infirmières praticiennes ont été adoptées en tant que règlements fédéraux, sur la base des lois en vigueur. La prescription au niveau post-élémentaire en Alberta et en Ontario est autorisée par des lois de niveau provincial; elle est actuellement en cours de mise en œuvre.

b. Amérique latine et Caraïbes

En Amérique latine, les infirmières autorisées à prescrire des médicaments exercent essentiellement au niveau post-élémentaire. Le Brésil, la Colombie et le Mexique autorisent les infirmières à prescrire principalement dans le cadre des soins primaires et de la santé publique (Hernandez *et al.* 2015; Martiniano *et al.* 2015; Secretaría de Gobernación 2017). Dans les Caraïbes, les infirmières prescriptrices travaillent au niveau de la pratique avancée, principalement en tant qu'infirmières praticiennes de famille. La majorité d'entre elles sont habilitées à prescrire la plupart des médicaments utilisés dans le cadre des soins primaires (Ministry of Health St. Lucia 2012b). Au Belize, seules les infirmières praticiennes en psychiatrie sont habilitées à prescrire, et uniquement

des médicaments psychotropes. Les infirmières praticiennes de la Jamaïque, pays où se tient pourtant le plus important programme de formation d'infirmières praticiennes des Caraïbes (University of the West Indies), ne sont toujours pas légalement autorisées à prescrire des médicaments.

2) Région Afrique

Dix pays d'Afrique accordent une forme ou une autre d'autorisation légale ou réglementaire à la prescription par les infirmières, concernant en général la prescription au niveau post-élémentaire. Au cours des deux dernières décennies, la thérapie antirétrovirale initiée et gérée par les infirmières (*Nurse Initiated and Managed Anti-Retroviral Therapy*, NIMART) est largement appliquée dans les pays où la charge de morbidité du VIH et du sida est élevée. Cette approche permet à des infirmières de niveau post-élémentaire de prendre en charge des patients atteints du VIH, en particulier dans les régions touchées par une pénurie de personnel de santé (Zuber *et al.* 2014). En général, la plupart des infirmières autorisées par la loi à prescrire des médicaments en Afrique peuvent le faire au niveau post-élémentaire. Seuls le Botswana et l'Afrique du Sud reconnaissent les infirmières en pratique avancée en tant que prescriptrices autorisées par la loi (Dumas & Cariou 2014 ; Monyatsi *et al.* 2011 ; South African Nursing Council 2012a).

3) Région Europe

La prescription par les infirmières est apparue il y a une trentaine d'années au Royaume-Uni ; elle a, par la suite, été instituée par la loi dans quatorze autres pays du continent ainsi qu'en Israël. La majorité des actes de prescription sont effectués par des infirmières de niveau post-élémentaire. De plus en plus de pays ont accordé aux IPA un pouvoir de prescription, ou sont en train de développer ce rôle (Maier, 2019). L'étendue et la portée de la prescription sont limitées à des degrés divers dans la plupart des pays. Seuls trois pays d'Europe occidentale accordent une autorité prescriptive quasiment totale, avec un accent clinique : l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni (Maier 2019). En Espagne, le pouvoir de prescription des infirmières est intégré au programme de formation universitaire de premier cycle depuis 2008. Les règlements d'application de ce processus ont été finalisés en 2009. À partir du moment où ils sont employés en tant qu'infirmières ou infirmiers, les étudiants ayant acquis les compétences et obtenu le diplôme d'un programme de premier cycle en soins infirmiers sont capables de prescrire.

Les infirmières en Islande se sont battues pendant plus de vingt ans pour obtenir le droit de prescrire une contraception hormonale. En décembre 2018, les lois sur les produits pharmaceutiques et les lois régissant la Direction de la santé ont été modifiées par le Parlement islandais pour inclure les infirmières et les sages-femmes parmi les professionnels de santé autorisés à prescrire une contraception hormonale. Le règlement sur les droits de prescription des infirmières et des sages-femmes en Islande est entré en vigueur en janvier 2021. Depuis janvier 2020, l'école d'infirmières de l'Université d'Islande propose des cours destinés aux étudiants de niveau master en soins infirmiers de santé primaire ; aux infirmières diplômées ; aux étudiants suivant une formation de sage-femme ; et aux sages-femmes diplômées.

4) Région Asie du Sud-Est

La Thaïlande a institué un certain niveau de prescription infirmière au cours des deux dernières décennies. En 2002, le gouvernement thaïlandais a promu les infirmières praticiennes en tant que « professionnels stratégiques », notamment dans les cliniques communautaires. L'autorité de ces infirmières pour prescrire les médicaments figurant dans une liste a permis d'élargir leur champ d'exercice (Hanucharumkul 2007 ; OMS 2016). L'Indian Nursing Council (Inde) a créé récemment un rôle d'infirmière praticienne en soins intensifs, lequel autorise la prescription de médicaments dans les services de soins aigus par le biais d'un protocole (Indian Nursing Council 2016). L'Inde a également créé un rôle de prestataire de santé de niveau intermédiaire, intégré au rôle d'infirmier communautaire. Ce rôle prévoit, lui aussi, le pouvoir de prescription des médicaments par le biais de protocoles (Indian Nursing Council 2018),

5) Pacifique occidental

La prescription infirmière a connu une évolution substantielle et rapide dans la région du Pacifique occidental. Tant l'Australie que la Nouvelle-Zélande ont adopté des règlements qui autorisent la prescription par des infirmières de niveau post-élémentaire et par des infirmières praticiennes. L'Australie exige un accord de prescription structuré sous la forme d'ordonnances collectives ou de protocoles. La prescription indépendante a débuté en 2000 dans le cadre du rôle d'infirmière praticienne (Australian Nursing & Midwifery Federation 2018). La Nouvelle-Zélande a initialement autorisé les infirmières de niveau post-élémentaire à prescrire dans le domaine du diabète. Cette autorisation a été étendue à un large éventail de médicaments, sur la base de règlements promulgués en 2016 (Midcentral Health Nursing Department s.d. ; Nursing Council of New Zealand s.d.).

D'autres pays à revenu élevé de la région, comme Singapour et la République de Corée, autorisent uniquement la prescription par les infirmières de pratique avancée (Liew 2018 ; Oita University of Nursing & Health Services 2016 ; Schober & Green 2018). Le Viet Nam, une économie émergente, autorise la prescription par les infirmières praticiennes, dont le rôle a été introduit récemment (The Voice of Vietnam Online 2016). Enfin, les Tonga et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, deux pays à faible revenu et aux ressources limitées, autorisent les infirmières de niveau post-élémentaire à prescrire des médicaments (Gregorio 2017 ; Matangi Tonga Online 2014).

On le voit, de plus en plus d'infirmières sont autorisées à prescrire des médicaments, que ce soit en vertu d'une loi de portée nationale ou régionale, ou sous l'impulsion d'organismes gouvernementaux (ministère de la santé, par exemple). Cette extension du domaine de pratique reflète une évolution constante de la pratique infirmière, essentiellement pour répondre à des besoins exprimés au niveau des pays en vue de gains d'efficacité ou pour atténuer les effets d'une pénurie de médecins.

Notre analyse a permis d'identifier, dans cinq Régions de l'OMS, 44 pays ayant adopté des lois ou des règlements officiels autorisant la prescription par les infirmières (Figure 1). Sur ces 44 pays, 31 (70 %) autorisent officiellement la prescription par les infirmières de niveau post-élémentaire, autrement dit des infirmières ayant achevé leur formation de base en soins infirmiers au niveau soit du diplôme, soit de la licence (bachelor). Treize pays (30 %) autorisent la prescription par les infirmières au niveau de la pratique avancée exclusivement. Un quart des pays identifiés autorisent la prescription par les infirmières de niveau post-élémentaire et de pratique avancée (Figure 1).

Au niveau mondial, le modèle prédominant est celui de la prescription par des infirmières de niveau post-élémentaire. Lorsque l'on considère la raison de cette tendance, il est important de tenir compte de la catégorie économique de chaque pays. Sur la base de la classification économique opérée par la Banque mondiale (Banque mondiale 2019), nos données montrent que 38 % des pays à revenu faible ou intermédiaire autorisent la prescription au niveau post-élémentaire contre 31 % des pays à revenu élevé (Figure 2). Modeste, l'écart entre ces deux niveaux de revenus nationaux suggère que l'objectif de la prescription infirmière est identique, même dans des contextes différents : parvenir à des gains d'efficacité fondamentaux dans des systèmes confrontés à des contraintes dans le système de santé central. L'écart est plus important entre les pays à revenu faible ou intermédiaire et les pays à revenu élevé en ce qui concerne la prescription par des infirmières de pratique avancée : les pays riches autorisent cette prescription plus souvent que les pays à faible revenu (34 % contre 18 %, respectivement) (Figure 2). Cet écart pourrait s'expliquer par le fait que l'infrastructure éducative et sanitaire (y compris s'agissant de l'existence de cadres réglementaires de qualité) de certains pays à faible revenu ne peut soutenir la généralisation de l'enseignement des soins infirmiers au niveau de la pratique avancée ou du master.

Les résultats de cette étude complètent la littérature existante pour mettre en évidence, de manière importante, le fait que l'autorité légale de prescription par les infirmières progresse non seulement dans les pays à revenu élevé, mais aussi dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'expansion de la prescription par les infirmières en Afrique est particulièrement remarquable. Dix pays africains disposent d'une réglementation officielle qui autorise la prescription par les infirmières. Six d'entre eux autorisent une prescription ciblée par des infirmières de niveau post-élémentaire : cinq autorisent la prescription de médicaments antirétroviraux et un autorise la prescription en soins palliatifs. La prescription par les infirmières dans le contexte du VIH/sida est appelée NIMART (Nurse Initiated and Managed Antiretroviral Therapy), une initiative mondiale innovante dont il est largement reconnu qu'elle a permis d'ouvrir l'accès au traitement contre le VIH et de renforcer l'équité des services de santé en Afrique subsaharienne (Holmes *et al.* 2021 ; Zuber *et al.* 2014). Le NIMART consiste en un processus de « partage » ou de « transfert des tâches » en matière de soins des médecins vers des infirmières formées de manière adéquate, dans certains environnements où sévit une pénurie de personnel de santé. Cette initiative a donné des résultats cliniques comparables à ceux des soins dispensés par les médecins, en termes de qualité des soins et de résultats améliorés concernant la fidélisation des clients et leur suivi (Iwu et Holzemer 2014 ; Kredo *et al.* 2014). De manière importante, d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire, comme la Thaïlande, l'Inde, les Tonga et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, ont adopté des règlements qui autorisent la prescription par les infirmières, probablement pour remédier à des pénuries similaires de main-d'œuvre, en particulier dans les milieux communautaires et ruraux (OMS 2016).

Pour d'autres raisons, les pays à revenu élevé ont eux aussi rapidement complété leurs règlements pour tenir compte de la prescription par les infirmières. Dans la région Europe, la prescription infirmière et les règlements y relatifs se sont considérablement développés au cours de la dernière décennie (Maier 2019). Si de nombreuses raisons expliquent l'introduction de la prescription infirmière, l'un des principaux facteurs à cet égard semble être la volonté de ces pays d'appliquer des modèles innovants de prestation des soins pour faire face au double fardeau de la progression des maladies chroniques et du vieillissement de la population.

Conclusion

Bien que l'approbation réglementaire varie considérablement selon les régions et les pays, il est clair que la prescription par les infirmières est un phénomène en pleine expansion. Comme le montre notre étude de manière importante, ce phénomène n'est pas limité aux pays à revenu élevé. L'octroi par les autorités d'un pouvoir de prescription aux infirmières s'est considérablement développé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avec des modèles qui reposent largement sur les soins infirmiers généralistes. Dans tous les pays identifiés dans notre analyse, le modèle prédominant est celui de la prescription par des infirmières de niveau post-élémentaire. D'autres recherches devront porter sur la formation et les qualifications basées sur des compétences des infirmières prescriptrices, ainsi que sur les effets que la prescription entraîne sur la pratique infirmière. Ces modèles de prestation méritent aussi d'être étudiés plus en détail en ce qui concerne leur qualité, la satisfaction des patients, ainsi que leur rapport qualité-prix.

FIGURE 1 : PRESCRIPTION INFIRMIÈRE : LOIS, RÈGLEMENTS ET CATÉGORIES ÉCONOMIQUES					
	Loi ou règlement	Prescription étendue	Prescription ciblée	Niveau	Catégorie Banque mondiale
AMÉRIQUES : AMÉRIQUE DU NORD					
USA (NCSL Scope of Practice Policy 2019)	X	X		APN (IPA)	H
Canada (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2015 ; Gouvernement du Canada 2012)	X	X		Post-élémentaire, pratique infirmière avancée	H
AMÉRIQUES : AMÉRIQUE DU SUD ET CARAÏBES					
Montserrat (Ministry of Health Montserrat 2012)	X	X		IPA	LMI
Belize (PAHO, OMS, Belize Ministry of Health 2009)	X		X Psychotropes seulement	Infirmière praticienne de niveau post-élémentaire	LMI
Brésil (Martiniano <i>et al.</i> 2015)	X	X		Post-élémentaire	LMI
Colombie (Zamora, Londono & Palacios 2010)	X	X		Post-élémentaire	LMI
Mexique (Secretaría de Gobernación 2017)	X*	X		Post-élémentaire	LMI
Sainte-Lucie (St. Lucia Ministry of Health 2012)	X	X		IPA	LMI
Dominique (Commonwealth of Dominica 2014)	X	X		IPA	LMI
AFRIQUE					
Ghana (Ministry of Health Ghana 2004)	X	X		Post-élémentaire, IPA	LMI
Kenya (Nursing Council of Kenya 2019)	X	X		Post-élémentaire	LMI
Afrique du Sud (South African Nursing Council 2012b)	X	X		Post-élémentaire, IPA	LMI
Botswana (Duma <i>et al.</i> 2014)	X	X		Post-élémentaire, IPA	LMI
Zambie (Zuber <i>et al.</i> 2014)	X		X (VIH)	Post-élémentaire	LMI
Namibie (Zuber <i>et al.</i> 2014)	X		X (VIH)	Post-élémentaire	LMI
Zimbabwe (Zuber <i>et al.</i> 2014)	X		X (VIH)	Post-élémentaire	LMI
Eswatini (Zuber <i>et al.</i> 2014)	X		X (VIH)	Post-élémentaire	LMI
Tanzanie (Tanzania Nursing & Midwifery Council 2014)	X	X	X (VIH)	Post-élémentaire	LMI
Cameroun (Ngoasong & Groves 2015)	X	X		Post-élémentaire	LMI
Ouganda (Downing <i>et al.</i> 2017)	X		X (Soins palliatifs)	Post-élémentaire	LMI
EUROPE					
Estonie (Habicht 2017 ; Maier 2019)	X	X		Post-élémentaire	H
Finlande (Maier 2019 ; Merasto 2014)	X	X		Post-élémentaire, IPA	H
Islande	X		X	Post-grade	H

FIGURE 1 : PRESCRIPTION INFIRMIÈRE : LOIS, RÈGLEMENTS ET CATÉGORIES ÉCONOMIQUES					
	Loi ou règlement	Prescription étendue	Prescription ciblée	Niveau	Catégorie Banque mondiale
EUROPE					
Irlande (Nursing & Midwifery Board of Ireland 2017 ; Office on Nursing Services Director: Ireland 2008)	X	X		Post-élémentaire, IPA	H
Pays-Bas (Maier 2019) ; Kroezen <i>et al.</i> 2011a)	X	X		Post-élémentaire, IPA	H
Norvège (Skjeldestad 2012)	X		X (Contraceptifs)	Post-élémentaire	H
Pologne (Zarzeka <i>et al.</i> 2017)	X	X		Post-élémentaire (renouvellements), spécialiste (master)	H
Suède (Maier 2019)	X	X		Post-élémentaire	H
Royaume-Uni (Maier 2019)	X	X		Post-élémentaire, IPA	H
France (Maier 2019)	X**			Post-élémentaire	H
Chypre (Maier 2019)	X**			IPA	H
Espagne (Maier 2019)	X			Post-élémentaire	H
Danemark (Maier 2019)	X	X	X (Renouvellement seulement)	Post-élémentaire	H
Suisse (Maier 2019)				IPA ****	H
Israël (Schober & Green 2018)	X***		X (Soins palliatifs, gériatrie, diabète, néonatalogie, urgences chirurgicales)	IPA	H
ASIE DU SUD-EST					
Thaïlande (Hanucharunkui 2007 ; OMS 2016)	X	X		IPA	LMI
Inde (Indian Nursing Council 2016 & 2018)	X	X		Post-élémentaire, IPA	LMI
PACIFIQUE OCCIDENTAL					
Singapour (Liew 2018)	X	X		IPA	H
République de Corée (Schober & Green 2018)	X	X		IPA	H
Taïwan (<i>ibid.</i>)	X	X		IPA	H
Viet Nam (The Voice of Vietnam Online 2016)	X	X		IPA	LMI
Australie (Australian Nursing and Midwifery Federation 2018)	X	X		Post-élémentaire, IPA	H
Nouvelle-Zélande (Nursing Council of New Zealand s.d.)	X	X		Post-élémentaire, IPA	H

FIGURE 1 : PRESCRIPTION INFIRMIÈRE : LOIS, RÈGLEMENTS ET CATÉGORIES ÉCONOMIQUES					
	Loi ou règlement	Prescription étendue	Prescription ciblée	Niveau	Catégorie Banque mondiale
PACIFIQUE OCCIDENTAL					
Tonga (Matangi Tonga Online 2014)	X	X		Post-élémentaire	LMI
Papouasie-Nouvelle-Guinée (Gregorio 2017 ; Joshua <i>et al.</i> 2014)	X			Post-élémentaire	LMI
<p>* loi promulguée, incertitude quant à l'effectivité de la pratique ** loi promulguée, en attente d'application *** renouvellements d'ordonnances seulement **** infirmière spécialisée titulaire d'un master ***** ajustement d'ordonnances, réhydratation par voie IV, canton de Vaud seulement H : pays à revenu élevé selon la Banque mondiale LMI : pays à revenu faible à intermédiaire selon la Banque mondiale</p> <p>Prescription étendue – Dans la présente étude, « étendue » désigne une prescription ouverte à une gamme complète et étendue de produits pharmaceutiques et de thérapeutiques.</p> <p>Prescription ciblée – Dans la présente étude, « ciblée » désigne une prescription limitée à certaines maladies (VIH, par exemple) ou à certains produits pharmaceutiques.</p>					

Figure 2 : Niveau des infirmières prescriptrices, par classement économique national

	REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE	REVENU ÉLEVÉ
<i>Infirmière de niveau post-élémentaire</i>	38 %	31 %
<i>Infirmière de pratique avancée</i>	18 %	34 %

Annexe 3 : Cadre stratégique mondial de l’OMS du Défi mondial pour la sécurité des patients

(OMS 2018)



© World Health Organization 2018. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.

RÉFÉRENCES

Abuzour, A. S., Lewis, P. J., & Tully, M. P. (2018). Practice makes perfect: A systematic review of the expertise development of pharmacist and nurse independent prescribers in the United Kingdom. *Res Social Adm Pharm*, 14(1), 6-17. doi:10.1016/j.sapharm.2017.02.002

American Nurses Association (s.d.). Scope of Practice [en ligne]. Consulté le 7 juillet 2021. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/>

American Nurses Association. (2010). Credentialing Definitions [en ligne]. <https://www.nursingworld.org/education-events/faculty-resources/research-grants/styles-credentialing-research-grants/credentialing-definitions/>

Australian Nursing and Midwifery Federation. (2018). Registered nurse and midwife prescribing. Prise de position de l'ANMF : http://www.anmf.org.au/documents/policies/P_Registered_Nurse_and_Midwife_Prescribing.pdf

Banque mondiale. (2019). Data for low and middle income, and high income countries. <https://donnees.banquemondiale.org/?locations=XO-XD>

Brodie, L., Donaldson, J., & Watt, S. (2014). Non-medical prescribers and benzodiazepines: A qualitative study. *Nurse Prescribing*, 12(7), 353-359. doi:10.12968/npre.2014.12.7.353

Brown, V. B., Oluwatosin, O. A., & Ogundeji, M. O. (2017). Impact of training intervention on immunization providers knowledge and practice of routine immunization in Ibadan, south-western Nigeria: a primary health care experience. *PAMJ*. doi:10.11604

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada. <https://www.cna-aicc.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr&hash=DA8058119279C867480F649DF2944E3671228975>

Casey, M., Rohde, D., Higgins, A., Buckley, T., Cashin, A., Fong, J., ... McHugh, A. (2020). "Providing a complete episode of care": A survey of registered nurse and registered midwife prescribing behaviours and practices. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 152-162. doi:10.1111/jocn.15073

Clark, C. E., Smith, L. F., Taylor, R. S., & Campbell, J. L. (2011). Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 28(3), 250-261. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.03204.x

College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2019). Registered nurse prescribing schedule 1 drugs and ordering diagnostic tests. https://nurses.ab.ca/docs/default-source/document-library/standards/registered-nurse-prescribing-schedule-1-drugs-and-ordering-diagnostic-tests-requirements-and-standards.pdf?sfvrsn=67eba52b_14

College of Nurses of Ontario. (2020). Journey to prescribing [en ligne]. <https://www.cno.org/en/trending-topics/journey-to-rn-prescribing/>

Commonwealth of Dominica. (2014). 2014 Nurses Act. <https://www.dominicanursingcouncil.dm/index.php/documents>

Conseil international des infirmières. (2006). *Fiche d'information: Accréditation*

Conseil international des infirmières (2009). Implementing Nurse Prescribing: An Updated Review of Current Practice Internationally. Trends and issues in nursing. Par Ball, J., pour le compte du Conseil international des infirmières

Conseil international des infirmières. (2013). Prise de position du CII : Domaine de pratique des soins infirmiers. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Domaine_pratique_soins-Fr.pdf

Conseil international des infirmières. (2019). *Compétences de base pour les soins infirmiers en cas de catastrophe* https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_Disaster-Comp-Report_FR_WEB.pdf

Cooper, R. J., Anderson, C., Avery, T., Bissell, P., Guillaume, L., Hutchinson, A., ... Ward, P. (2008). Nurse and pharmacist supplementary prescribing in the UK--a thematic review of the literature. *Health policy (Amsterdam, Pays-Bas)*, 85(3), 277-292. doi:10.1016/j.healthpol.2007.07.016

Cope, L. C., Abuzour, A. S., & Tully, M. P. (2016). Nonmedical prescribing: where are we now? *The Adv Drug Saf*, 7(4), 165-172. doi:10.1177/2042098616646726

Creedon, R., Byrne, S., Kennedy, J., & McCarthy, S. (2015). The impact of nurse prescribing on the clinical setting. *British journal of nursing*, 24 17, 878-885.

Crown, J. (1999). Review of prescribing, supply & administration of medicines. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105143320/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4077153.pdf

Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en?mlang=fr

Donaldson, L. J., Kelley, E. T., Dhingra-Kumar, N., Kieny, M. P., & Sheikh, A. (2017). Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. *Lancet*, 389(10080), 1680-1681. doi:10.1016/S0140-6736(17)31047-4

Downing, J., Kivumbi, G., Nabirye, E., Ojera, A., Namwanga, R., Katusabe, R., ... Leng, M. (2018). *15 An evaluation of palliative care nurse prescribing: a mixed methods study in Uganda* (Vol. 8).

Duma, S., Dippenaar, J., Bhengu, B., Oosthuizen, A., Middleton, L., Phillips, M., ... Uys, L. (2014). Specialist and Advanced Specialist Nursing and Midwifery Practice. *Trends in Nursing*, 1, 102. doi:10.14804/1-1-28

Dumas, F., & Cariou, A. (2014). [Epidemiology, prognostic data of cardiac arrest in 2014]. *Presse Med*, 43(7-8), 768-774. doi:10.1016/j.lpm.2014.04.009

Flottorp, S., Jamtvedt, G., Gibis, B., & McKee, M. (2010). *Using audit feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care*. <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2010/using-audit-and-feedback-to-health-professionals-to-improve-the-quality-and-safety-of-health-care>

Gallagher, P., Lang, P. O., Cherubini, A., Topinkova, E., Cruz-Jentoft, A., Montero Errasquin, B., ... O'Mahony, D. (2011). Prevalence of potentially inappropriate prescribing in an acutely ill population of older patients admitted to six European hospitals. *Eur J Clin Pharmacol*, 67(11), 1175-1188. doi:10.1007/s00228-011-1061-0

Gebbie, K. (2008). *Competency-To-Curriculum Toolkit*. https://www.phf.org/resourcestools/Documents/Competency_to_Curriculum_Toolkit08.pdf

Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P., & Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1048-1061. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003

Gouvernement du Canada. (2012). Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens. <https://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2012/2012-11-21/html/sor-dors230-fra.html>

Graham-Clarke, E., Rushton, A., Noblet, T., & Marriott, J. (2018). Facilitators and barriers to non-medical prescribing - A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 13(4), e0196471. doi:10.1371/journal.pone.0196471

Gregorio, M. A. (2017). A glimpse of the healthcare workforce in Papua New Guinea. https://www.pfizer.com/files/responsibility/global_health/mark_anthony_gregorio.pdf

Habicht, T. (2017). Family nurses given prescription right for a limited number of medicines. <http://www.hspm.org/countries/estonia05112013/livinghit.aspx?Section=5.3%20Primary%20%20ambulatory%20care&Type=Section#30Familynursesgrantedprescriptionrightforalimitednumberofmedicines>

Hanrahan, B. A., & Williams, A. (2017). Prevention of mother-to-child transmission of HIV guidelines: Nurses' views at four primary healthcare facilities in the Limpopo Province. *South Afr J HIV Med*, 18(1), 690. doi:10.4102/sajhivmed.v18i1.690

Hanson, C. M., & Cahill, M. (2019). Understanding regulatory, legal and credentialing requirements. In M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Eds.), *Advanced practice nursing: An integrative approach* (pp. 563-584). St. Louis: Elsevier.

Hanson, C. M., & Hamric, A. B. (2003). Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 51(5), 203-211.

Hanucharunkul, S. (2007). Nurses in primary care and the nurse practitioner role in Thailand. *Contemp Nurse*, 26(1), 83-93. doi:10.5172/conu.2007.26.1.83

HealthWorkforceAustralia. (2013). *Health professionals prescribing pathway project: Final report*. Adelaide, SA: Health Workforce Australia.

Hernandez, F., Majoul, E., Montes-Palacios, C., Antignac, M., Cherrier, B., Doursounian, L., ... Hindlet, P. (2015). An Observational Study of the Impact of a Computerized Physician Order Entry System on the Rate of Medication Errors in an Orthopaedic Surgery Unit. *PLoS One*, 10(7), e0134101-e0134101. doi:10.1371/journal.pone.0134101

Hindi, A. M. K., Seston, E. M., Bell, D., Steinke, D., Willis, S., & Schafheutle, E. I. (2019). Independent prescribing in primary care: A survey of patients', prescribers' and colleagues' perceptions and experiences. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e459-e470. doi:10.1111/hsc.12746

Holmes, C. B., Blandford, J. M., Sangrujee, N., Stewart, S. R., DuBois, A., Smith, T. R., ... Goosby, E. P. (2012). PEPFAR's past and future efforts to cut costs, improve efficiency, and increase the impact of global HIV programs. *Health Aff (Millwood)*, 31(7), 1553-1560. doi:10.1377/hlthaff.2012.0562

Indian Nursing Council. (2016). Nurse practitioner in critical care (post graduate-residency program). https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/57996154451447054846_0.pdf

- Indian Nursing Council. (2018). Integration of mid-level health provider in basic BSc. Nursing and post basic BSc. nursing curriculum. <https://www.indiannursingcouncil.org/uploads/pdf/160017236610805013415f60b14e8c3d7.pdf>
- Iwu, E. N., & Holzemer, W. L. (2014). Task shifting of HIV management from doctors to nurses in Africa: clinical outcomes and evidence on nurse self-efficacy and job satisfaction. *AIDS Care*, 26(1), 42-52. doi:10.1080/09540121.2013.793278
- Jones, M., & Cameron, D. (2017). Evaluating 5 years' NIMART mentoring in South Africa's HIV treatment programme: Successes, challenges and future needs. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 107(10), 839-842. <http://europepmc.org/abstract/MED/29022525>
- Joshua, I. B., Passmore, P. R., Parsons, R., & Sunderland, V. B. (2014). Appropriateness of prescribing in selected healthcare facilities in Papua New Guinea. *Health Policy Plan*, 29(2), 257-265. doi:10.1093/heapol/czt012
- Kredo, T., Adeniyi, F. B., Bateganya, M., & Pienaar, E. D. (2014). Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev*(7), CD007331. doi:10.1002/14651858.CD007331.pub3
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011a). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC health services research*, 11, 127. doi:10.1186/1472-6963-11-127
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011b). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*, 11, 127. doi:10.1186/1472-6963-11-127
- Ladd, E., & Hoyt, A. (2016). Pharmaceutical Industry Interactions With Nonprescribing Clinicians: A Complex Web of Influence. *JAMA Intern Med*, 176(11), 1720-1721. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5284
- Latter, S., & Courtenay, M. (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 26-32. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00839.x
- Liew, I. (2018). First pharmacists, advanced practice nurses certified to prescribe medicines. The Straits Times Singapore. <https://www.straitstimes.com/singapore/first-pharmacists-advanced-practice-nurses-now-certified-to-prescribe-medicines>
- Ling, D.-L., Lyu, C.-M., Liu, H., Xiao, X., & Yu, H.-J. (2017). The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 72-80. doi:10.1016/j.ijnss.2017.12.011
- Mabelane, T., Marincowitz, G. J. O., Ogunbanjo, G. A., & Govender, I. (2016). Factors affecting the implementation of nurse-initiated antiretroviral treatment in primary health care clinics of Limpopo Province, South Africa. *South African Family Practice*, 58(1), 9-12. doi:10.1080/20786190.2015.1114704
- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health*, 17(1), 95. doi:10.1186/s12960-019-0429-6
- Martiniano, C. S., Andrade, P. S. d., Magalhães, F. C., Souza, F. F. d., Clementino, F. d. S., & Uchôa, S. A. d. C. (2015). Legalization of Nurse Prescribing of Medication in Brazil: History, Trends and Challenges. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24, 809-817.

Matangi Tonga Online. (2014). Parliament Committee passed Bill for nurses to prescribe medication. <https://matangitonga.to/2014/03/26/parliament-committee-passed-bill-nurses-prescribe-medication>

Mathibe, M. D., Hendricks, S. J., & Bergh, A. M. (2015). Clinician perceptions and patient experiences of antiretroviral treatment integration in primary health care clinics, Tshwane, South Africa. *Curationis*, 38(1). doi:10.4102/curationis.v38i1.1489

Mboweni, S. H., & Makhado, L. (2019). Impact of NIMART training on HIV management in Ngaka Modiri Molema District, North West province. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 11, 100170. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100170

McIntosh, T., Stewart, D., Forbes-McKay, K., McCaig, D., & Cunningham, S. (2016). Influences on prescribing decision-making among non-medical prescribers in the United Kingdom: systematic review. *Family practice*, 33(6), 572-579.

Merasto, M. (2014). *Medicinal product prescribing influencing the future: the Finnish experience adopting the Irish approach*. Paper presented at the 2nd Nurse and Midwife Medicinal Product Prescribing Conference. <http://www.hse.ie/eng/about/Who/ONMSD/Practicedevelopment/NursePrescribing/Medicinal%20Product%20Prescribing%20Influencing%20the%20Future%20The%20Finnish%20Experience%20Adopting%20the%20Irish%20Model.pdf>

Midcentral Health Nursing Department (s.d.). Registered nurse prescribing fact sheet. <http://www.midcentralthb.govt.nz/WorkingMDHB/CareerInformation/Nursing/Documents/Registered%20Nurse%20Prescribing%20FAQ.pdf>

Ministry of Health Montserrat. (2012a). Montserrat – Nurses and Midwives Act. <http://agc.gov.ms/wp-content/uploads/2011/10/Nurses-and-Midwives-Act.pdf>

Ministry of Health St. Lucia. (2012b). St. Lucia pharmaceutical country profile. <https://digicollections.net/medicinedocs/#p/home>

Ministry of Health Ghana. (2004). Ghana National Drug Policy. <https://www.moh.gov.gh/wp-content/uploads/2016/02/Ghana-National-Drug-Policy-2nd-edition.pdf>

Ministry of Health St. Lucia. (2012). St. Lucia pharmaceutical country profile. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19745en/s19745en.pdf>

Monyatsi, G., Mullan, P. C., Phelps, B. R., Tolle, M. A., Machine, E. M., Gennari, F. F., ... Anabwani, G. M. (2011). HIV management by nurse prescribers compared with doctors at a paediatric centre in Gaborone, Botswana. *South African Medical Journal, Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 102(1), 34-37.

Muzigaba, M., Mngqibisa, R., Ncama, B., Pillay, S., & Nadesan-Reddy, N. (2017). Upskilling nursing students and nurse practitioners to initiate and manage patients on ART: An outcome evaluation of the UKZN NIMART course. *African Journal of Health Professions Education*, 9, 153-158. doi:10.7196/AJHPE.2017.v9i3.879

Naughton, C., & Hayes, N. (2017). Deprescribing in older adults: a new concept for nurses in administering medicines and as prescribers of medicine. *Eur J Hosp Pharm*, 24(1), 47-50. doi:10.1136/ejhpharm-2016-000908

Ngoasong, M., & Groves, W. (2015). Determinants of personal resilience in the workplace: Nurse prescribing in an African work context. *Human Resource Development International*, 19, 1-16. doi:10.1080/13678868.2015.1128677

NHS Wales. (2017). *Non-Medical prescribing in Wales*. <http://www.awmsg.org/>

Nissen, L., Kyle, G., Stowasser, D., Lum, E., Jones, A., & McLean, C. (2010). *Non-Medical Prescribing: An exploration of likely nature of, and contingencies for, developing a nationally consistent approach to prescribing by non-medical health professionals.*

Nissen, L., Lynne, T., & Bettenay, K. (2015). *Optimising registered nurse and midwife prescriptive authority in medicines, poisons and therapeutic goods regulatory mechanisms in Queensland.* Queensland University of Technology.

Noblet, T., Marriott, J., Graham-Clarke, E., & Rushton, A. (2017). Barriers to and facilitators of independent non-medical prescribing in clinical practice: a mixed-methods systematic review. *J Physiother*, 63(4), 221-234. doi:10.1016/j.jphys.2017.09.001

NPS MedicineWise. (2021). *Prescribing Competencies Framework: embedding quality use of medicines into practice.* Sydney: Department of Health.

Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2017). Advanced practice nursing standards and requirements. <https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/Advanced-Practice-Nursing-Standards-and-Requirements-2017.pdf?ext=.pdf>

Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2019). *The Practice Standards and Guidelines for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority.* https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/NMBI-Practice-Standards-Guidelines-02-03-2020_2.pdf?ext=.pdf

Nursing and Midwifery Council. (2018). Enabling professionalism in nursing and midwifery practice. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/other-publications/enabling-professionalism.pdf>

Nursing Council of Kenya. (2019). Scope of practice for entry level nurses and midwives of Kenya.

Nursing Council of New Zealand (s.d.). Registered nurse prescribing. https://www.nursingcouncil.org.nz/Public/Nursing/Nurse_prescribing/NCNZ/nursing-section/Nurse_Prescribing.aspx

Nuttall, D. (2018). Nurse prescribing in primary care: a metasynthesis of the literature. *Primary health care research & development*, 19(1), 7-22. doi:10.1017/S1463423617000500

O'Connor, M. N., Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2012). Inappropriate prescribing: criteria, detection and prevention. *Drugs Aging*, 29(6), 437-452. doi:10.2165/11632610-000000000-00000

Office of the Nursing & Midwifery Service Director. (2020). *Evaluation of the Impact of Implementing a Draft Policy to Develop Advanced Nurse Practitioners (cANPs/RANPs) to Meet Health Service Needs.* Dublin: Department of Health. <https://www.lenus.ie/handle/10147/629382>

Office on Nursing Services Director: Ireland. (2008). Guiding framework for the implementation of nurse and midwife prescribing in Ireland. http://www.hse.ie/eng/about/Who/ONMSD/Practicedevelopment/NursePrescribing/Guiding_Framework_for_the_Implementation_for_Nurse_and_Midwife_Prescribing_in_Ireland.pdf

Oita University of Nursing and Health Services. (2016). Development of the First Nurse Practitioner Graduate Program in Japan. http://www.oita-nhs.ac.jp/English/nurse_practitioner_project

Organisation des Nations Unies. (2016). Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *People-Centred Health Care: Policy Framework.* http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCI_PolicyFramework.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2009). Glossary. https://www.who.int/medicines/areas/coordination/English_Glossary.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2016). Medicines in Healthcare Delivery: Thailand. https://www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/edm/csa-thailand-situational-assessment-2015.pdf?sfvrsn=5b7590c4_2

Organisation mondiale de la Santé. (2017). Défi mondial pour la sécurité des patients : les médicaments sans les méfaits. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279498/WHO-HIS-SDS-2017.6-fre.pdf?ua=1>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). Troisième Défi mondial pour la sécurité des patients : les médicaments sans les méfaits. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

Organisation mondiale de la Santé. (2019). WHO Medicines, Vaccines and Pharmaceutical Annual Report 2018 - Promoting access to safe, effective, quality and affordable essential medicinal products for all. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324765>

Pan American Organization, Organisation mondiale de la Santé & Belize Ministry of Health. (2009). WHO-AIMS Report on Mental Health System in Belize. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7686>

Park, J., Han, X., & Pittman, P. (2020). Does expanded state scope of practice for nurse practitioners and physician assistants increase primary care utilization in community health centers? *J Am Assoc Nurse Pract*, 32(6), 447-458. doi:10.1097/JXX.0000000000000263

Pharmaceutical Society of Australia. (2016). *National competency standards framework for pharmacists in Australia*. Deakin West: Pharmaceutical Society of Australia. <https://www.psa.org.au/wp-content/uploads/2018/06/National-Competency-Standards-Framework-for-Pharmacists-in-Australia-2016-PDF-2mb.pdf>

Phillips, S. J. (2020). 32nd Annual APRN Legislative Update: Improving access to high-quality, safe, and effective healthcare. *The Nurse practitioner*, 45(1), 28-55. doi:10.1097/01.NPR.0000615560.11798.5f

Royal College of Nursing. (2014). *RCN fact sheet. Nurse prescribing in the UK*. Londres : RCN.

Scanlon, A., Murphy, M., Smolowitz, J., & Lewis, V. (2020). National Nursing Association and Regulatory Authority Websites of Low-Income and Lower-Middle–Income Countries. *Journal of Nursing Regulation*, 11(1), 48-57. doi:10.1016/S2155-8256(20)30061-2

Schiff, G. D., Galanter, W. L., Duhig, J., Koronkowski, M. J., Lodolce, A. E., Pontikes, P., ... Lambert, B. L. (2012). A prescription for improving drug formulary decision making. *PLoS Med*, 9(5), 1-7. doi:10.1371/journal.pmed.1001220

Schober, M. (2017). *Strategic Planning for Advanced Nursing Practice*.

Schober, M. (2019). An international perspective of advanced nursing practice. In P. McGee & C. Inman (Eds.), *Advanced practice in health care: Dynamic developments in nursing and allied professions* (pp. 19-38). Oxford: Wiley Blackwell.

Schober, M., & Green, A. (2018). Global perspectives on advanced nursing practice. In L. Joel (Ed.), *Advanced Practice Nursing: Essentials for the Role Development* (4 ed.). Philadelphia: Davis Company.

Scope of Practice Policy. (2019). Nurse practitioner overview. <http://scopeofpracticepolicy.org/practitioners/nurse-practitioners/>

Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., ... Martin, J. H. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*, 175(5), 827-834. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324

Secretaria de Gobernación (Mexique). (2017). Diario oficial de la Federacion. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017

Skjeldestad, F. (2012). Prescription of contraception to young women. <http://tidsskriftet.no/2012/02/originalartikkel/forskrivning-av-prevensjon-til-unge-kvinner>

South African Nursing Council. (2012a). Advanced practice nursing: SANC's position paper/ statement. <https://www.sanc.co.za/position-advanced-practice-nursing/>

South African Nursing Council. (2012b). Regulations relating to the keeping, supply, administering, prescribing or dispensing of medicine by registered nurses. https://www.sanc.co.za/wp-content/uploads/2020/06/gg34851gon1044_20111214-Keeping_Medicines.pdf

Stenner, K., & Courtenay, M. (2008). The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *J Adv Nurs*, 63(3), 276-283. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04707.x

Stewart, A. M., Lindley, M. C., & Cox, M. A. (2016). State Law and Standing Orders for Immunization Services. *Am J Prev Med*, 50(5), e133-e142. doi:10.1016/j.amepre.2015.10.003

Stewart, D., Jebara, T., Cunningham, S., Awaisu, A., Pallivalapila, A., & MacLure, K. (2017). Future perspectives on nonmedical prescribing. *Ther Adv Drug Saf*, 8(6), 183-197. doi:10.1177/2042098617693546

Sutton, R. T., Pincock, D., Baumgart, D. C., Sadowski, D. C., Fedorak, R. N., & Kroeker, K. I. (2020). An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *NPJ Digit Med*, 3, 17. doi:10.1038/s41746-020-0221-y

Tanzania Nursing and Midwifery Council. (2014). Scope of practice of nurses and midwives in Tanzania. <https://careersdocbox.com/Nursing/66364001-Scope-of-practice-for-nurses-and-midwives-in-tanzania.html>

Tatar, O. (2015). *A mixed methods systematic review of the barriers and facilitators of medication regimen adherence in primary care patients with Alzheimer's dementia and related disorders*. McGill University.

The Voice of Vietnam Online. (2016). Nurse practitioners transforming Vietnam healthcare.

Watson, C. (2020). Prescription for care. *Journal of Prescribing Practice*, 2, 398-403. doi:10.12968/jprp.2020.2.7.398

Weeks, G., George, J., Maclure, K., & Stewart, D. (2016a). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD011227. doi:10.1002/14651858.CD011227.pub2

Weeks, G., George, J., Maclure, K., & Stewart, D. (2016b). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11). doi:10.1002/14651858.CD011227.pub2

Weglicki RS, Reynolds J, Rivers PH. Continuing professional development needs of nursing and allied health professionals with responsibility for prescribing. *Nurse Educ Today*. 2015 Jan;35(1):227-31. doi: 10.1016/j.nedt.2014.08.009. Epub 2014 Aug 27. PMID: 25240679.

Wright, D. J., Scott, S., Buck, J., & Bhattacharya, D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nurs Stand*, 34(3), 44-50. doi:10.7748/ns.2019.e11249

Zamora, L., Londoño, C., & Palacios, M. (2010). Prescription characteristics given by nurses in the city of Cali, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28, 163-170.

Zarzeka, A., Panczyk, M., Zmuda-Trzebiatowska, H., Belowska, J., Samolinski, L., Iwanow, L., & Gotlib, J. (2017). Nurse Prescribing. Knowledge and Attitudes of Polish Nurses in the Eve of Extending Their Professional Competences: Cross-Sectional Study. *Acta Pol Pharm*, 74(3), 1031-1038.

Zimmermann, A., Cieplikiewicz, E., Wąż, P., Gaworska-Krzemińska, A., & Olczyk, P. (2020). The Implementation Process of Nurse Prescribing in Poland-A Descriptive Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2417. doi:10.3390/ijerph17072417

Zuber, A., McCarthy, C. F., Verani, A. R., Msidi, E., & Johnson, C. (2014). A survey of nurse-initiated and -managed antiretroviral therapy (NIMART) in practice, education, policy, and regulation in east, central, and southern Africa. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 25(6), 520-531. doi:10.1016/j.jana.2014.02.003



Conseil International des Infirmières

3, Place Jean Marteau

1201 Genève, Suisse

+41229080100

icn@icn.ch

www.icn.ch