



Association des
infirmières et infirmiers
du Canada

LES SOINS INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE

UN CADRE PANCANADIEN



L'AIIC est la voix professionnelle nationale de plus de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens du Canada. L'AIIC fait progresser la pratique et la profession infirmières afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.

Tous droits réservés. Il est permis de photocopier le document ou de le télécharger à condition de n'apporter aucun changement et à des fins non commerciales.

© Droits d'auteur, 2019

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

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

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

ISBN 978-1-55119-447-9

Table des matières

Remerciements	3
Introduction	5
Évolution des soins infirmiers en pratique avancée	7
Répercussions et résultats des soins infirmiers en pratique avancée	9
But de ce cadre	11
Définition et caractéristiques	13
Définition	13
Caractéristiques	13
Formation	15
Formation préparatoire	15
Perfectionnement professionnel continu	16
Rôles	19
Réglementation	23
Protection du titre	25
Titre ICS	25
Champ d'exercice	27
Compétences	31
Compétences en soins directs complets	32
Compétences en optimisation du système de santé	33
Compétences en éducation	34
Compétences en recherche	35
Compétences en leadership	35
Compétences en consultation et collaboration	36
Compétences uniques	37
Maintien des compétences	38
Protection en matière de responsabilité professionnelle	38
Stratégies pour la mise en œuvre, l'intégration et la viabilité menées à bien	39
Évaluation	43
Regard vers l'avenir	45
Glossaire	47
Annexe A : Chronologie nationale de l'évolution des soins infirmiers en pratique avancée au Canada	49
Annexe B : Échantillon de la recherche quant à l'effet et aux résultats des soins infirmiers en pratique avancée	51
Annexe C : Cadre PEPPA	54
Références	55

Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) exprime sa reconnaissance pour le savoir-faire, le dévouement et la contribution des membres du comité consultatif de révision du Cadre sur la pratique infirmière avancée, qui ont participé à l'élaboration de ce document.

Denise Bowen	Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut and Yukon Registered Nurses Association
Denise Bryant-Lukosius	Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research
David Byres	Federal/provincial/territorial principal nursing advisor task force
Marcia Carr	Association des infirmières et infirmiers cliniciens spécialistes du Canada
Donna Cooke	Saskatchewan Registered Nurses' Association
Robin Cooper, Debra Allen	College and Association of Registered Nurses of Alberta
Faith Donald	Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research
Chelsea Rogerson	College of Registered Nurses of Prince Edward Island
Jodie Lachance	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Lisa Little	Consultante
Ruth Martin-Misener	Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research
Margaret Rauliuk	Membre du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association of Registered Nurses of Manitoba
Josette Roussel	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Katherine Stansfield	Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière
Cathy Walls	Centre de santé IWK

Introduction

La population canadienne ainsi que ses besoins et ses attentes en matière de soins de santé sont en évolution constante. Les parties prenantes, y compris les décideurs politiques et les employeurs, reconnaissent qu'il est nécessaire d'offrir une meilleure santé, de meilleurs soins (soins centrés sur la personne et la famille) et une meilleure valeur pour satisfaire la nouvelle réalité. Ils tentent d'aligner la taille, la composition, la distribution, les *compétences*,¹ le rendement et les responsabilités de leur main-d'œuvre en soins de santé avec les besoins de santé de la population. Ce réalignement est alimenté en partie par une population de plus en plus diversifiée, la maladie mentale et les dépendances, ainsi que par la hausse des taux de maladie chronique. Ce phénomène se produit dans un contexte où de nouvelles technologies et modalités de traitement apparaissent, où les coûts liés aux soins de santé sont à la hausse et où le système de santé accuse un piètre rendement, notamment l'accès aux soins (Maier, Aiken et Busse, 2017).

Les systèmes de santé, entre temps, qui étaient fondé sur le modèle biomédical axé sur le diagnostic et le traitement de la maladie et des blessures passent lentement vers des modèles intégrés plus holistiques enracinés dans les soins de santé primaires. Ces modèles intégrés misent sur la prévention de la maladie en amont, la promotion de la santé et l'autogestion des maladies chroniques.

La demande de praticiens cliniciens innovateurs, spécialisés et concertés qui doivent mener la réforme des soins de santé en vue d'atteindre une couverture universelle en santé n'a jamais été plus forte. « Les rapports préconisent tous un leadership puissant, en tant qu'élément essentiel à une véritable transformation de notre système de santé » (Conseil canadien de la santé, 2013). Les infirmières et infirmiers en pratique avancée (*infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés [ICS]*) et les *infirmières et infirmiers praticiens [IP]* comblent ce besoin. Ils satisfont les besoins de santé complexes des Canadiens dans une diversité de contextes et contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un système de santé viable et efficace. Ils sont bien placés pour informer, influencer et faire accélérer la réforme des soins de santé.

« Au Canada, les soins infirmiers en pratique avancée découlent des efforts des infirmières d'avant-poste qui travaillaient dans des milieux isolés comme les Territoires du Nord-Ouest, le Labrador et Terre-Neuve au début des années 1890. [...] On s'entend sur le fait que c'est ainsi que les soins infirmiers en pratique avancée sont apparus, ce qui n'est pas reconnu à grande échelle dans le système de soins de santé canadien. [...] Depuis les années 1960, les soins infirmiers en pratique avancée sont devenus plus officiels au Canada. » (Kaasalainen et coll., 2010, p. 36)

1 Les termes définis dans le glossaire apparaissent en italiques à leur première occurrence dans le texte.

Évolution des soins infirmiers en pratique avancée

Les *soins infirmiers en pratique avancée (SIPA)* existent depuis les années 1960, lorsque les systèmes de soins de santé et les gouvernements du monde entier ont commencé à les reconnaître comme « un vecteur essentiel de la réforme et de l'innovation dans les soins de santé visant l'adoption de modèles de santé plus efficaces et plus durables. » (Bryant-Lukosius et Martin-Misener, 2015, p. 1). « Le personnel infirmier en pratique avancée est la solution à bon nombre de difficultés et de programmes en soins de santé à l'échelle mondiale » (Judith Shamian, citée dans Schober, 2016). « Plus de 70 pays ont introduit ces rôles ou envisagent de le faire ». (Bryant-Lukosius et Martin-Misener, 2015).

Le momentum sous-jacent aux soins infirmiers en pratique avancée est alimenté par un besoin identifié de services de soins de santé, des difficultés de planification de la main-d'œuvre et la demande du public d'avoir un accès amélioré aux soins de santé, et le perfectionnement professionnel/avancement de carrière en soins infirmiers (Schober, 2016; Hanrahan et Hartley, 2008). La nécessité d'une démarche plus flexible et économique à la prestation de soins de santé continue d'offrir des occasions pour le personnel infirmier d'élargir les rôles actuels et d'en créer de nouveaux. À mesure que les infirmières et infirmiers avancent sur le continuum de leur carrière, ils acquièrent des compétences supplémentaires qu'ils intègrent à leur pratique. Cette évolution leur permet de contribuer au système de santé de nouvelles façons.

Les soins infirmiers en pratique avancée portent avant tout sur le domaine clinique dans un vaste éventail de milieux de travail. La pratique clinique comprend à la fois les soins directs aux *clients* et les activités indirectes, comme la coordination des soins et l'offre d'un savoir-faire clinique dans les consultations sur la situation de santé des clients avec d'autres fournisseurs de soins de santé.

Le Canada reconnaît aujourd'hui deux rôles en soins infirmiers en pratique avancée : l'infirmière et l'infirmier clinicien spécialisé (ICS) et l'infirmière et infirmier praticien (IP). Ces deux rôles ont progressé à partir de différentes sources.

L'ICS a fait son apparition au cours des années 70, à mesure que les soins des clients devenaient plus complexes. Ce rôle consistait à donner des conseils et du leadership cliniques au personnel infirmier chargé de soins aux clients complexes et spécialisés, à améliorer la qualité des soins et à promouvoir la pratique factuelle. Leur pratique misait sur les clients dont les soins étaient complexes et les problèmes systémiques qui nécessitaient des changements et qui pouvaient donner lieu à des résultats positifs mesurables pour les gens desservis. Les compressions imposées au cours des années

80 et 90 ont entraîné l'élimination d'un grand nombre de ces postes, mais comme le programme politique se recentre sur la qualité et la sécurité des clients, il est nécessaire de recourir davantage au rôle de l'ICS.

Au Canada, l'origine de l'IP réside dans le travail d'infirmières et d'infirmiers qui, il y a des décennies, prodiguaient des soins autrement non disponibles dans les régions rurales et éloignées. Les IP ont été reconnus officiellement au cours des années 70, lorsque les responsables des politiques ont recommandé ce rôle comme moyen de fournir des soins de santé aux populations isolées. On a lancé des programmes de formation, mais l'intérêt s'est refroidi car on croyait qu'il y avait un excédent de médecins, qu'il n'y avait pas de législation habilitante et que des problèmes de rémunération sévissaient. La réforme des soins de santé, la demande accrue d'accès aux soins de santé primaires et le besoin de soins intégrés ont ravivé l'intérêt au cours des années 90. La législation et la *réglementation* officielles gouvernant les IP ont fait leur apparition en 1998 et l'ensemble des provinces et territoires s'y soumettent maintenant. L'effectif des IP au Canada a plus que triplé, passant de 1 393 en 2007 à 5 274 en 2017 (Institut canadien d'information sur la santé, 2018). Les IP, qui travaillent dans de nombreux contextes, sont bien placés pour satisfaire les besoins et la complexité croissants du système de soins de santé du Canada.

Consulter l'Annexe A (p. 49) pour connaître la chronologie de l'évolution des soins infirmiers en pratique avancée au Canada.

Répercussions et résultats des soins infirmiers en pratique avancée

De nombreuses analyses systématiques démontrent les avantages des rôles des ICS et des IP en vue d'améliorer les résultats de santé pour les patients, la qualité des soins, le renforcement de l'accès aux soins et la promotion du recours approprié aux services de santé. Les issues positives de ces rôles se manifestent dans divers milieux de pratique, comme :

- ▶ les soins primaires (Maier et coll., 2017; Martin-Misener et coll., 2015a)
- ▶ les soins de longue durée (Donald et coll., 2013; Harrington, 2016)
- ▶ les soins oncologiques (Bryant-Lukosius, Cosby et coll., 2015; Stahlke, Rawson et Pituskin, 2017)
- ▶ au sein des modèles de soins transitionnels qui touchent les milieux de soins actifs, ambulatoires et à domicile (Bryant-Lukosius, Carter et coll., 2015; Donald et coll., 2015).

Les résultats sont uniformes parmi des populations diversifiées, passant des bébés à faible poids à la naissance aux adultes âgés frêles. Un des résultats importants est que les effets positifs des ICS et des IP peuvent être plus proéminents pour les populations de patients à haut risque, à coût élevé et à haut volume nécessitant des soins actifs complexes et la prise en charge de maladies chroniques.

Une méta-synthèse d'un grand nombre d'analyses systématiques et d'évaluations des rôles en soins infirmiers en pratique avancée démontre que les résultats sont aussi bons, sinon meilleurs, que leur homologue de comparaison, habituellement des médecins (Maier et coll., 2017). Les données révèlent également une réduction des admissions et réadmissions à l'hôpital et une plus grande satisfaction des clients.

L'absence d'évaluations économiques réelles du rôle des ICS et des IP signifie que les données sont limitées pour en déterminer le rapport coût-efficacité (Marshall et coll., 2015). Cependant, des analyses systématiques d'études examinant le recours aux services de santé indiquent que des rôles des ICS et des IP bien conçus peuvent donner lieu à une réduction des coûts liés aux soins de santé.

Les évaluations des rôles des ICS et des IP misent sur l'efficacité menant à des résultats favorables pour les clients, le fournisseur et le système de

« Il est essentiel d'aligner les rôles en soins infirmiers en pratique avancée sur les besoins de santé pour améliorer et rendre les soins de santé plus efficaces » (Bryant-Lukosius et Martin-Misener, 2015., p. 3).

santé. Le cadre à trois objectifs de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) illustre l'influence des soins infirmiers en pratique avancée, soit l'atteinte de meilleurs soins aux personnes, une meilleure santé pour les populations et des coûts liés aux soins de santé moins élevés. Consulter l'Annexe B (p. 51) pour obtenir un exemple de la recherche portant sur l'effet des soins infirmiers en pratique avancée présenté selon le cadre à quatre objectifs, qui ajoute une quatrième dimension, soit un meilleur engagement (amélioration de l'expérience de prestation des soins) au cadre original à trois objectifs de l'IHI.

But de ce cadre

En dépit de l'évolution mondiale des soins infirmiers en pratique avancée, la compréhension de ce qui la constitue et de la façon de la mettre en œuvre varie d'un pays à l'autre et même au sein des pays. Bien qu'on constate une progression énorme, le plein potentiel des rôles en soins infirmiers en pratique avancée au Canada n'a pas encore été atteint. Par exemple, comme Naylor et coll. (2015) le mentionnent souvent dans le rapport du Groupe consultatif du gouvernement fédéral, *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*, on a peu recours aux rôles en soins infirmiers en pratique avancée, malgré des données claires sur leurs avantages pour le système de santé et les Canadiens.

L'objectif de ce cadre pancanadien est de promouvoir une compréhension commune des soins infirmiers en pratique avancée au Canada parmi le personnel infirmier, les autres fournisseurs de soins de santé, les employeurs, les décideurs politiques et le public et de promouvoir la contribution de ce type de soins aux systèmes de santé et à la santé des Canadiens. Ce cadre a par conséquent le potentiel de permettre la mise en œuvre, l'intégration et la viabilité des soins infirmiers en pratique avancée en :

- ▶ renforçant l'uniformisation de la définition des rôles et la mise en œuvre;
- ▶ documentant l'élaboration des programmes d'études;
- ▶ décrivant des concepts de recherche;
- ▶ orientant les décisions et les politiques des gouvernements et des organisations.

Un cadre commun appuie une approche pancanadienne coordonnée pour la mise en pratique et l'intégration des rôles, tout en permettant une flexibilité entre les provinces et territoires pour permettre l'apparition de nouveaux rôles. Ce cadre est nécessaire pour garantir au public l'accès aux mêmes services de soins infirmiers en pratique avancée de grande qualité d'un bout à l'autre du Canada. Il est aussi essentiel de faciliter la mobilité du personnel infirmier en pratique avancée pour permettre une planification des ressources humaines en santé pancanadienne efficace.

Le cadre sur les soins infirmiers en pratique avancée contient les éléments clés suivants :

- ▶ définition et caractéristiques
- ▶ formation
- ▶ rôles
- ▶ réglementation
- ▶ stratégies pour la mise en œuvre, l'intégration et la viabilité des soins infirmiers en pratique avancée menées avec succès
- ▶ évaluation

Définition et caractéristiques

DÉFINITION

Le terme générique « soins infirmiers en pratique avancée » englobe les infirmières et infirmiers autorisés (IA) et les infirmières et infirmiers praticiens (IP) qui intègrent la formation préparatoire en sciences infirmières de niveau supérieur aux connaissances et au savoir-faire en soins infirmiers cliniques approfondis et spécialisés pour la prise de décisions complexes dans le but de satisfaire les besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Les infirmières et infirmiers en pratique avancée (ICS et IP) :

- ▶ analysent et synthétisent des connaissances;
- ▶ comprennent, interprètent et appliquent la théorie
- ▶ participent et mènent des recherches en soins infirmiers et dans d'autres disciplines;
- ▶ ont recours à des compétences cliniques avancées;
- ▶ façonnent et font progresser le savoir infirmier et la profession infirmière dans son ensemble.

Par ailleurs, les IP sont autorisés par la réglementation à poser des diagnostics, à prescrire et à commander et interpréter des tests pour leurs clients et ce, de façon *autonome*.

CARACTÉRISTIQUES

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée s'appuient sur leur savoir-faire clinique dans une spécialité, en intégrant la recherche, l'éducation, le leadership, la consultation et la collaboration et une approche quant aux systèmes de santé. Ces infirmières et infirmiers démontrent de façon constante les caractéristiques suivantes :

- ▶ efficacité et efficience dans la prestation de soins de santé prodigués avec un grand degré d'*autonomie* à une population déterminée;
- ▶ supervision d'équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles, ainsi qu'intersectorielles;
- ▶ utilisation de connaissances vastes et approfondies qui s'appuient sur un vaste éventail de stratégies pour répondre aux besoins des clients et améliorer l'accessibilité, la sécurité et la qualité des soins de santé;

- ▶ capacité de lancer la planification, la coordination, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes, ou de participer à ces étapes, visant à répondre aux besoins des clients, à promouvoir la santé des collectivités et à appuyer la pratique infirmière;
- ▶ capacité d'expliquer et d'appliquer les bases théoriques, empiriques, éthiques et expérientielles de la pratique infirmière;
- ▶ démonstration d'aptitudes avancées en matière d'évaluation, de jugement et de prise de décisions;
- ▶ utilisation délibérée, appréciable et généralisée d'un savoir infirmier approfondi, de résultats de recherche et de l'expertise clinique, et intégration de connaissances provenant d'autres disciplines;
- ▶ compréhension des méthodes de recherche et capacité d'examiner de façon critique la qualité, la pertinence pour la pratique et les effets des résultats sur les soins de santé et le système de santé;
- ▶ utilisation de techniques de transmission des connaissances pour promouvoir et mettre en œuvre la pratique fondée sur la recherche;
- ▶ offre de services de consultation à d'autres professionnels de la santé et intervenants dont les services touchent les déterminants sociaux de la santé;
- ▶ connaissances et mise en pratique de la science de l'amélioration pour identifier et superviser des initiatives d'amélioration de la qualité;
- ▶ aptitudes influentes de leadership et de gestion du changement nécessaires pour effectuer des changements afin d'améliorer les issues pour les clients, les organisations et le système;
- ▶ capacité d'analyser de façon critique et d'influencer les politiques en santé et autres qui touchent les déterminants sociaux de la santé;
- ▶ contribution du leadership pour identifier et résoudre des problèmes éthiques.

Formation

FORMATION PRÉPARATOIRE

Une maîtrise en sciences infirmières constitue la formation minimale préparatoire pour exercer en soins infirmiers en pratique avancée. Une infirmière ou un infirmier qui a une telle formation préparatoire a une solide base en théorie des soins infirmiers. Il ou elle peut promouvoir la recherche en soins infirmiers, produire des connaissances nouvelles et s'appuyer sur sa formation théorique et ses techniques de synthèse et d'application des connaissances pour interpréter de nouvelles connaissances et les intégrer dans la pratique clinique.

Même si un diplôme d'études supérieures est essentiel pour prodiguer des soins infirmiers en pratique avancée, les infirmières et infirmiers qui ont terminé un diplôme d'études supérieures ou plus ne peuvent supposer que leur pratique constitue un niveau avancé sur la base de ces *désignations* seulement. **C'est la conjugaison des études supérieures et de l'expérience clinique dans au moins une spécialité (p. ex. soins aux aînés, soins des plaies, santé publique, soins primaires) qui permet aux infirmières et infirmiers d'acquérir les compétences nécessaires aux soins infirmiers en pratique avancée.**

Dans bon nombre de provinces ou territoires au Canada, la formation en soins infirmiers en pratique avancée est passée au fil du temps à un certificat obtenu à la suite de l'obtention du permis d'exercer, à un certificat d'études supérieures, puis à un diplôme d'études supérieures en sciences infirmières. **Les IA et les IP ayant acquis ces désignations dans le passé continuent de pratiquer aujourd'hui et sont reconnus comme étant en pratique avancée puisqu'ils sont en mesure de démontrer les compétences nécessaires.**

Les organismes de réglementation de tout le Canada ont établi des normes quantifiables contre lesquelles les programmes de formation des infirmières et infirmiers praticiens sont évalués aux fins de détermination du statut d'approbation. **Une désignation semblable et l'approbation de programmes de maîtrise particuliers pour les ICS permettraient de mieux éclaircir les rôles, la réglementation et l'intégration.**

L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) a élaboré des ressources pour appuyer la formation en soins infirmiers en pratique avancée. Pour commencer, elle a établi un *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière* (ACESI, 2015) qui souligne les attentes de base pour tous les programmes de maîtrise en sciences infirmières peu importe le domaine ou la spécialisation, et précise comment un diplôme de maîtrise peut ajouter de la valeur et tirer parti de la formation au baccalauréat en sciences infirmières. Le Cadre de l'ACESI fournit aux programmes de sciences infirmières des lignes directrices nationales qui intègrent les attentes professionnelles et universitaires pour les établissements d'études supérieures. Le Cadre offre une orientation aux facultés sur l'élaboration, l'analyse, l'évaluation, ou la modification des programmes en sciences infirmières ou des programmes d'enseignement.

En outre, l'ACESI a élaboré *La formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada : Cadre national de principes directeurs et éléments essentiels* (ACESI, 2012).

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

Aux États-Unis, un doctorat en pratique infirmière clinique a été créé et le nombre de programmes prennent rapidement de l'expansion. L'American Association of Colleges of Nursing (AACN) l'a approuvé comme diplôme d'admission à la pratique pour les infirmières et infirmiers autorisés en pratique avancée, mais n'est pas jugé comme étant l'exigence universitaire d'admission dans la pratique par les organismes de réglementation de la profession infirmière aux États-Unis. Certains infirmiers et infirmières canadiens en pratique avancée sont en voie d'obtenir cette désignation aux États-Unis. Alors que ce niveau de formation est avantageux pour les clients, les systèmes de santé et l'évolution de la profession, le doctorat en pratique avancée n'est pas exigé comme diplôme d'admission dans la pratique au Canada.

PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Bien que les infirmières et infirmiers en pratique avancée contribuent leur savoir-faire à leur poste, ils commencent souvent à pratiquer dans ce nouveau rôle au niveau novice. En acquérant de l'expérience et en saisissant les occasions de perfectionnement professionnel continu, ils deviennent des experts dans leur rôle en pratique avancée. Comme tous les membres du personnel infirmier, les infirmières et infirmiers en pratique avancée sont dévoués envers l'apprentissage continu. Ils s'arrêtent régulièrement pour évaluer leur pratique et leurs compétences individuelles, pour identifier les besoins en matière d'apprentissage et pour chercher des occasions d'appuyer leur croissance professionnelle.

L'apprentissage continu et l'élimination des obstacles à la formation continue en soins infirmiers en pratique avancée « est essentiel compte tenu de l'importance de prodiguer des soins selon la pratique optimale factuelle et l'élaboration et le maintien de connaissances spécialisées » [traduction] (Dicenso et Bryant-Lukosius, 2010, p. 31). Il est important de disposer d'une diversité de méthodologies d'apprentissage, dont en personne, à distance, en ligne, la simulation, etc. en raison des contraintes financières, de déplacement et de distance. Le leadership individuel des infirmières et infirmiers en pratique avancée, de gestionnaires, des organisations et au niveau du système est nécessaire pour appuyer le perfectionnement professionnel continu des infirmières et infirmiers en pratique avancée. « Sans le soutien, le temps protégé et les ressources pour participer à la formation, à la recherche et aux activités de leadership, les infirmières et infirmiers en pratique avancée risquent d'être insatisfaits au travail et

de perdre l'occasion d'acquérir ou de disséminer les nouvelles connaissances en soins infirmiers » [traduction] (Dicenso et Bryant-Lukosius, 2010, p. 25). Le renforcement des occasions de perfectionnement professionnel est essentiel au recrutement et au maintien en poste (Little et Reichert, 2018). Par ailleurs, le perfectionnement professionnel continu et l'appui connexe sont nécessaires pour renforcer tous les domaines de la pratique avancée (soins directs complets, optimisation du système de santé, éducation, recherche, leadership, consultation et collaboration) afin d'optimiser les compétences et la confiance.

De nombreuses occasions s'offrent aux infirmières et infirmiers en pratique avancée pour approfondir leur apprentissage, améliorer leur pratique et, en bout de ligne, améliorer la santé des Canadiens et renforcer le système de soins de santé. Il est nécessaire de garder le rythme face aux demandes changeantes en soins de santé et aux besoins des clients (p. ex. les soins palliatifs et de fin de vie, le vieillissement, les changements dans le *champ d'exercice*). Les occasions de perfectionnement professionnel continu comprennent, mais ne s'y limitent pas :

- ▶ la poursuite d'une éducation officielle, comme dans le cas d'un diplôme de doctorat;)
- ▶ l'obtention de la certification de l'AIC dans une spécialité;
- ▶ la participation à des ateliers, à des webinaires, des congrès ou des journées d'études sur des sujets pertinents à la pratique;
- ▶ la consultation constante des données récentes.

Voici des exemples et des outils liés au perfectionnement professionnel continu :

- ▶ **Le Programme de certification de l'AIC :** Ce programme reconnu à l'échelle nationale est un moyen officiel pour les infirmières et infirmiers en pratique avancée de démontrer leur savoir-faire clinique. La certification dans une spécialité de l'AIC s'est avérée améliorer les résultats pour les clients (p. ex. la réduction des taux d'infections liées à la ligne centrale dans les unités de soins intensifs chirurgicales est en lien avec des taux élevés d'infirmières et d'infirmiers certifiés [Boyle, Cramer, Potter, Gatua et Stobinski, 2014]). La recherche démontre également que les unités comptant deux infirmières ou infirmiers ou plus, certifiés en gériatrie, affichent une réduction considérable des taux de chute (Lange et coll., 2009). Le *Consensus Model for APRN [advanced practice registered nurses] Regulation* aux États-Unis recommande fortement que les infirmières et infirmiers obtiennent leur certification (Aleman et Houle, 2013).
- ▶ **Le mentorat :** Cet outil soutient le perfectionnement professionnel et appuie le maintien en poste du personnel, la planification de la succession, la satisfaction au travail et l'élargissement des rôles. Les programmes de mentorat, y compris le mentorat en ligne, se sont avérés efficaces pour renforcer les compétences en recherche et la capacité des infirmières et infirmiers en pratique avancée. (Bryant-Lukosius, 2015; Harbman, et coll. 2016).

- ▶ **L'encadrement** : « L'encadrement fait partenariat avec les clients dans un processus de réflexion et de création qui les inspire à maximiser leur potentiel personnel et professionnel » (International Coach Federation, s.d.). Dans un modèle d'encadrement, on envisage que la personne encadrée (le client) est en mesure de trouver ses propres réponses à n'importe quelle difficulté qu'elle rencontre. Le travail de la personne qui encadre est de poser des questions puissantes et d'écouter afin de pousser le client à renforcer les aptitudes et la créativité qu'il possède déjà, plutôt que de les instruire ou de les aviser. Les composantes importantes d'un modèle d'encadrement comprennent l'établissement de la relation, la définition du problème, la résolution du problème et la transformation.

Rôles

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée prodiguent des services et soins de santé aux niveaux individuel, familial, communautaire et démographique dans un vaste éventail de milieux de pratique. Les soins infirmiers en pratique avancée misent sur la pratique clinique, soit au moyen d'une relation directe avec les clients, soit par des activités indirectes comme la coordination des soins et l'offre d'un savoir-faire clinique par l'intermédiaire de consultations sur l'état de santé du client avec d'autres fournisseurs de soins de santé. Bien que les rôles en soins infirmiers en pratique avancée visent principalement les soins directs complets, ils peuvent aussi comprendre l'optimisation du système de santé, l'enseignement, la recherche et le leadership.

Les infirmières et infirmiers en enseignement, en recherche et en administration ayant acquis une *formation supérieure* peuvent démontrer des *aptitudes en pratique infirmière avancée* dans leur poste. Toutefois, on ne les considérerait pas comme étant une infirmière ou un infirmier en pratique avancée parce qu'ils ne prennent pas part aux soins directs cliniques complets.

Alors que les deux rôles en pratique avancée (ICS et IP) ont beaucoup de points communs, une différence importante subsiste. Les IP possèdent l'autorité législative, les connaissances et les aptitudes pour poser un diagnostic, commander des tests diagnostiques et les interpréter, ordonner un traitement (y compris les médicaments) et procéder à des interventions particulières (dans le cadre de leur champ d'exercice réglementé) de façon autonome. Les ICS n'ont pas ce pouvoir supplémentaire. Toutefois, les connaissances, les aptitudes et les capacités spécialisées des ICS leur permettent de travailler en consultation avec des fournisseurs de soins primaires sur des clients dont la situation est grandement complexe, et ce de façon autonome, et qui affectera le diagnostic et les traitements prescrits (y compris les médicaments) et de participer au rendement de traitements particuliers dans le cadre de leur champ d'exercice réglementé.

Les IP améliorent l'accès aux soins de santé, réduisent les temps d'attente et atténuent la pression qui pèse sur le système de soins de santé. Ils y parviennent en fournissant aux clients un diagnostic précoce et la prise en charge de conditions aiguës et chroniques, en procédant à des interventions préventives et curatives et en offrant des stratégies de bien-être et la continuité des soins. Ils jouent également un rôle essentiel dans le développement communautaire/organisationnel, l'amélioration de la qualité, le travail d'équipe interprofessionnel (Hurlock-Chorostecki et McCallum, 2016), le renforcement des capacités et l'élaboration des politiques en matière de santé (AIIC, 2016b). Les IP prennent souvent soin de populations vulnérables (chercheurs d'asile, nouveaux immigrants, peuples autochtones, personnes séropositives aux VIH, les personnes dépendantes aux opioïdes et les cas de santé mentale, les personnes ayant un faible statut socio-économique et les aînés, etc.) et les autres qui ne sont pas couverts par des régimes de soins de santé ou le financement gouvernemental.

Tout comme les ICS, les IP prennent en charge des clients aux soins complexes et présentant de multiples comorbidités.

« Les ICS ont pour mission de prodiguer des soins très complexes et spécialisés, de développer la pratique infirmière, de soutenir le personnel infirmier aux points de soins et enfin de mener des initiatives d'amélioration de la qualité et de favoriser une pratique basée sur des éléments probants, en réponse aux progrès de la recherche dans la technologie et les traitements. » (Bryant-Lukosius et Martin-Misener, 2015, p. 2.) Trois domaines de fond de la pratique clinique spécialisée comprennent la prise en charge et le traitement de populations complexes et vulnérables, la formation et le soutien des membres du personnel interdisciplinaire et la facilitation du changement et de l'innovation au sein du système de soins de santé (Lewandowski et Adamle, 2009). Leur rôle clinique au sein de l'organisation de soins de santé leur permet d'identifier les soins et les lacunes en matière de ressources pour améliorer le flux et les résultats pour les clients et améliorer les politiques du système de santé.

Les besoins des clients, de l'organisation et du système aident à orienter et à déterminer le rôle des infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés et des infirmières et infirmiers praticiens sur le plan individuel. On note un plus grand recours à ces fonctions particulières à diverses populations de clients, aux problèmes de santé et aux milieux de pratique. Alors que l'innovation et la souplesse sont avantageuses pour les clients, les organisations et le système de santé, le résultat est un degré élevé de variabilité dans la façon dont ces rôles sont opérationnalisés. Il est donc essentiel de mettre à contribution les ICS et les IP dans le renforcement et la mise en place de ces rôles.

Divers outils méthodologiques existent pour contribuer au processus de mise en œuvre, y compris :

- ▶ **Cadre PEPPA** (voir Annexe C, p. 54) : PEPPA est un cadre d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de rôles en soins infirmiers en pratique avancée fondé sur la participation et les données probantes et axé sur les patients. Le cadre établit neuf étapes à suivre pour déterminer si un nouveau rôle en soins infirmiers en pratique avancée est nécessaire et s'il sera efficace. Ces étapes consistent notamment à définir la population étudiée, à définir de nouveaux modèles de soins et la place que l'infirmière ou l'infirmier en pratique avancée y occupe, à appliquer les nouveaux modèles de soins et à les suivre à long terme (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). « Le Modèle PEPPA est reconnu comme une pratique optimale dans la reconfiguration des soins de santé. Appliqué dans au moins seize pays et traduit en plusieurs langues, le modèle a démontré son applicabilité à de nombreux rôles de prestataires, modèles de soins, contextes de pratique et populations de patients » (Bryant-Lukosius et Martin-Misener, 2015, p.4).

- ▶ **Trousse d'outils de mise en œuvre et d'évaluation pour les infirmières et infirmiers praticiens du Canada** : Élaborée dans le cadre de l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens, cette trousse d'outils « est conçue pour agir comme guide pratique pour les utilisateurs afin d'évaluer le besoin et l'état de préparation en vue de la mise en œuvre du rôle des IP, ainsi que pour identifier les étapes et les facteurs clés qui appuieront la mise en œuvre du rôle des IP et le suivi courant par une approche en matière d'évaluation structurée et tournée vers l'avenir » (AICC, 2006a, p. 1).

On prévoit que les rôles en soins infirmiers en pratique avancée continueront d'évoluer pour répondre aux besoins actuels et nouveaux de la population canadienne en matière de soins de santé.

Réglementation

Les gouvernements provinciaux et territoriaux, par le biais de la législation et de la réglementation et pour le compte du public, ont octroyé à la profession infirmière le privilège et la responsabilité de s'auto-réglementer. Les organismes de réglementation de la profession infirmière ont le mandat de réglementer les infirmières et infirmiers pour assurer la protection du public. Les organismes de réglementation accomplissent ce mandat en veillant à ce que les infirmières et infirmiers, y compris les infirmières et infirmiers en pratique avancée, exercent en toute sécurité, avec compétence et de façon éthique au moyen d'une diversité d'activités réglementaires, notamment :

- ▶ en établissant des exigences d'admission dans la pratique;
- ▶ en articulant, en faisant la promotion et en mettant en application des normes de pratique et de conduite;
- ▶ en approuvant des programmes de formation infirmière;
- ▶ en administrant des programmes de compétences continues/d'assurance de la qualité.

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée doivent satisfaire des exigences d'inscription initiales et courantes établies par leur organisme de réglementation de la profession infirmière.

L'ensemble des provinces et territoires au Canada ont mis en place des lois et des règlements à l'intention des IP. Les ICS sont actuellement réglementés comme des IA.

L'intégration menée à bien du rôle des IP nécessite un cadre réglementaire pancanadien harmonisé qui fasse état des compétences exigées pour prodiguer de soins infirmiers en pratique avancée et qui soit axé sur l'excellence en réglementation de la profession infirmière.

Protection du titre

Plusieurs études sur les soins infirmiers en pratique avancée ont découvert que les pays où les titres et le champ d'exercice sont réglementés en viennent généralement à une meilleure définition des rôles et du champ d'exercice (Maier et coll., 2017; Donald, F. et coll., 2010). Tous les territoires et provinces ont en place une réglementation et une législation sur le rôle des infirmières et infirmiers praticiens, y compris la protection du titre « infirmière et infirmier praticien ». Cependant, l'utilisation d'autres désignations, comme « IA en pratique élargie », sont encore en usage dans certaines provinces ou certains territoires et pourraient causer de la confusion pour les autres fournisseurs, les employeurs et surtout pour le public.

TITRE ICS

Actuellement, les infirmières et infirmiers du Québec disposent de la protection du titre et de règlements pour l'« infirmière et infirmier clinicien spécialisé » (prévention et contrôle des infections) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). L'Alberta, entre-temps, protège le titre « spécialiste » au moyen d'une réglementation et de normes qui précisent lorsqu'un ou une IA peut l'utiliser (College and Association of Registered Nurses of Alberta [CARNA], 2006). Ces deux titres de spécialisation fonctionnent dans les limites d'un IA.

Citant de nombreuses études, Bryant-Lukosius et coll. (2018) ont découvert que le manque de réglementation et de protection du titre est un obstacle aux soins infirmiers en pratique avancée dans le monde, et surtout au rôle des infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés. Le Canada prend place dans ce modèle, expliquent les auteurs, avec sa combinaison d'infirmières et infirmiers en pratique avancée titulaires d'une maîtrise ou non travaillant comme spécialistes sans cheminement de carrière clair en vue du perfectionnement, de la formation ou de l'obtention de titres ou d'autres mécanismes pour définir les infirmières et infirmiers qui exercent en toute sécurité à un niveau de pratique avancé. « Par conséquent, le public, les fournisseurs de soins de santé et les administrateurs sont dans l'incertitude quant aux rôles assumés par les ICS et peuvent avoir des attentes imprécises quant au champ d'exercice des ICS. » Selon les auteurs, le recrutement et le maintien en poste des ICS demeurent fragiles malgré les données appuyant l'effet positif de ce rôle.

Les titres normalisés et la protection du titre pour les IP, ainsi que les politiques normalisées et les mécanismes de reconnaissance des ICS au Canada sont importants pour leur intégration réussie et leur efficacité. Des mécanismes d'attribution des titres sont nécessaires pour renforcer la reconnaissance du rôle et assurer que les titulaires des titres ont la formation et l'expérience nécessaires. Au fur et à mesure que les nouveaux rôles en soins infirmiers en pratique avancée évoluent, il est de mise d'atteindre une législation ou une réglementation définie qui confirme au public que les compétences de l'infirmière ou de l'infirmier en pratique avancée ont été évaluées et jugées satisfaisantes afin de lui conférer ce titre.

Champ d'exercice

Le champ d'exercice fait référence aux activités que peuvent exercer les IA et les IP après avoir acquis l'autorisation, la formation et les compétences. On dénombre quatre niveaux d'activités :

- ▶ législatives/réglementaires (légales) : définies dans la réglementation ou la législation sur la santé ou les soins infirmiers, les lois sur la réglementation ou les restrictions ou d'autres statuts;
- ▶ professionnelles : définies par des normes, des lignes directrices, des énoncés de position et des normes éthiques régis par les organismes de réglementation de la profession infirmière.
- ▶ emploi : définies par les politiques individuelles de l'employeur ou de l'organisation;
- ▶ individuelles : définies par les compétences individuelles, façonnées par l'éducation, l'expérience et les besoins des clients.

Dans certains cas, le champ d'exercice en soins infirmiers en pratique avancée comprend d'autres responsabilités, comme le pouvoir de prescription pour les IP, qui exige un pouvoir réglementaire supplémentaire.

Les Canadiens et le système de soins de santé canadien sont mieux desservis lorsque le champ d'exercice législatif ou professionnel des infirmières et infirmiers en pratique avancée :

- ▶ est assez élargi pour appuyer la flexibilité et la réactivité des rôles pour répondre aux besoins de santé changeants et variés de la population et les systèmes de soins de santé en évolution;
- ▶ est harmonisé partout au Canada pour :
 - promouvoir une compréhension commune du rôle auprès du public, de l'employeur et des autres fournisseurs de soins de santé;
 - satisfaire les modalités de *l'Accord sur le commerce intérieur*, pour appuyer la mobilité de la main-d'œuvre en soins infirmiers en pratique avancée et pour planifier la main-d'œuvre en santé pancanadienne;
- ▶ permet aux infirmières et infirmiers en pratique avancée d'assumer pleinement leurs compétences;
- ▶ est exempt de restrictions qui limitent les aspects autonomes et l'optimisation des rôles en soins infirmiers en pratique avancée en vue de satisfaire les besoins de santé de la population et au sein du système;
- ▶ appuie la collaboration interprofessionnelle sans dédoublement de services par de multiples fournisseurs de soins de santé;

- ▶ englobe une démarche réglementaire relationnelle renfermant une *réglementation adaptée (right-touch regulation)* dans l'intérêt du public et de la *culture juste* (College of Registered Nurses of Nova-Scotia [CRNNS], 2018; College of Registered Nurses of British Columbia, 2018; CARNA, 2018).

Le champ d'exercice des IP a été grandement élargi et harmonisé entre les provinces et territoires. Par exemple, les IP de l'ensemble des provinces et des territoires sont autorisés à exécuter de façon autonome les tâches suivantes :

- ▶ procéder à des bilans de santé complets;
- ▶ formuler et communiquer un diagnostic médical (« impression diagnostique » au Québec);
- ▶ prescrire des tests de laboratoire;
- ▶ prescrire et interpréter des examens d'imagerie diagnostique (à quelques exceptions près pour les tomographies par ordinateur et l'IRM);
- ▶ prescrire certains médicaments et autres substances réglementées (avec certaines restrictions au Yukon et au Québec);
- ▶ recommander un patient à un médecin spécialiste de façon indépendante (seulement les IP spécialisés en soins primaires au Québec);
- ▶ prescrire des soins de massothérapie, d'acupuncture et de physiothérapie (sauf au Québec);
- ▶ prescrire des orthèses, des aides à la mobilité et des bas de contention;
- ▶ prescrire du matériel dispensateur d'oxygène à domicile ainsi que des seringues à insuline et des glucomètres (sauf au Québec);
- ▶ prescrire des articles contre l'incontinence ou de stomie (Spence, Agnew et Fahey-Walsh, 2015).

Pour aborder les difficultés au sein du système de santé, plusieurs provinces et territoires ont optimisé le rôle des IP en élargissant davantage leur champ d'exercice. Par exemple, en Ontario, la *Loi sur les hôpitaux publics* permet aux IP qui sont employés ou qui ont des privilèges hospitaliers à admettre, à traiter et à donner congé aux clients (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2017).

En 2017, le champ d'exercice juridique des IP a été optimisé grâce à des changements à la législation/réglementation fédérale et aux politiques fédérales, leur octroyant le pouvoir :

- ▶ de participer à l'aide médicale à mourir (consulter le *Cadre des infirmières et infirmiers sur l'aide médicale à mourir au Canada*, 2017);
- ▶ de prescrire des médicaments et des substances réglementés conformément à la réglementation provinciale et territoriale;
- ▶ d'attester l'admissibilité d'une personne au crédit d'impôt pour frais médicaux, à la déduction pour frais de garde d'enfants, au crédit d'impôt pour étudiants handicapés et au régime d'épargne-invalidité;

- ▶ d'attester de l'espérance de vie plus courte d'un conjoint ou du conjoint de fait visant à accorder une pension plus élevée sans prestations de survivant;
- ▶ de remplir de façon indépendante les rapports médicaux pour les bénéficiaires de prestations du Régime de pension du Canada (RPC);
- ▶ de signer les certificats médicaux pour les trois types de prestations d'assurance-emploi aux proches aidants (les prestations de compassion et les prestations pour proches aidants d'adultes et d'enfants), en plus de leur pouvoir existant d'attestation de l'admissibilité aux prestations de maladie.

Le champ d'exercice des IP et des ICS est davantage défini par les employeurs et les organisations. Leurs politiques et procédures abordent le contexte des soins et peuvent être plus étroites que le champ d'exercice juridique des soins infirmiers en pratique avancée. Les employeurs ne peuvent élargir le champ d'exercice juridique. Les politiques de l'employeur et des organismes devraient être conformes au champ d'exercice juridique et professionnel pour permettre aux IP et aux ICS de travailler dans la pleine mesure de leur champ d'exercice pour satisfaire les besoins des clients et du système de façon efficace.

Compétences

Les compétences constituent la combinaison des connaissances théoriques et pratiques, du jugement et des caractéristiques personnelles qu'une infirmière ou un infirmier doit posséder pour pratiquer de manière sécuritaire et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés (AICC, 2005) Les compétences de base nécessaires aux soins infirmiers en pratique avancée reposent sur des connaissances, des principes théoriques et des résultats de recherche d'une profondeur, d'une envergure et d'une portée appropriées, le tout appuyé par l'expérience clinique. Elles franchissent les frontières des spécialités et toutes les infirmières et infirmiers en pratique avancée les possèdent. Le présent cadre sépare les compétences en six catégories : soins directs complets, optimisation du système de santé, éducation, recherche, leadership et consultation et collaboration. Ce sont toutefois l'interaction efficace et simultanée, le mélange et l'exécution des connaissances, les compétences, le jugement et les qualités personnelles dans un vaste éventail de milieux de travail qui caractérisent les soins infirmiers en pratique avancée.

Hypothèses sous-jacentes :

- ▶ Les compétences en pratique avancée s'accumulent et s'ajoutent à celles des IA.
- ▶ Les soins infirmiers en pratique avancée sont fondés sur les valeurs, les connaissances, les théories et la pratique de la profession infirmière.
- ▶ Les soins infirmiers en pratique avancée sont fondés sur les *soins centrés sur le client et la famille*.
- ▶ Les principes des soins de santé primaires sont le fondement des soins infirmiers en pratique avancée.
- ▶ Ces compétences forment le fondement de tous les aspects des soins infirmiers en pratique avancée et sont mises en application parmi divers milieux de pratique et populations de clients.
- ▶ Les relations concertées avec d'autres fournisseurs de soins de santé et des intervenants dont les services touchent les déterminants de la santé mettent en jeu à la fois la prise de décisions partagée et indépendante. Toutes les parties sont responsables dans la relation, comme le détermine leur champ d'exercice, leurs antécédents universitaires et leurs compétences.

COMPÉTENCES EN SOINS DIRECTS COMPLETS

Le savoir-faire clinique dans une *spécialité des soins infirmiers* constitue la pierre angulaire sur laquelle repose les soins infirmiers en pratique avancée. Grâce à une démarche holistique et intégrée, l'infirmière ou l'infirmier en pratique avancée prodigue des soins complets axés sur le client et la famille en collaboration avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé et des intervenants.

Une infirmière ou infirmier en pratique avancée intègre une vaste expérience clinique aux principes théoriques, à la recherche, aux connaissances approfondies des soins infirmiers et d'autres connaissances liées afin :

- ▶ d'élaborer de multiples stratégies d'évaluation et d'intervention au niveau avancé dans un cadre axé sur les clients pour des personnes, des communautés et des populations;
- ▶ d'utiliser des données qualitatives et quantitatives provenant de sources multiples, souvent dans des situations ambiguës et complexes, lorsqu'il s'agit de prendre des décisions cliniques et d'instaurer et de gérer le changement;
- ▶ d'analyser l'interaction complexe entre des processus sociologiques, psychologiques et physiologiques, les déterminants de la santé et le vécu des clients;
- ▶ de prévoir et d'expliquer la vaste gamme des réactions des clients à des problèmes de santé réels ou éventuels, et recommander des interventions;
- ▶ de guider la prise de décisions dans des situations cliniques complexes;
- ▶ de dégager et d'évaluer des tendances ou des habitudes qui ont des répercussions sur la santé des clients;
- ▶ de diffuser les connaissances au moyen de méthodes de prestation appropriées (p. ex. des dépliants, des aides visuelles, des présentations et des publications);
- ▶ de reconnaître le besoin de mesures du rendement et les planifier (p. ex. en obtenant les commentaires des clients; en menant des sondages avant et après les interventions; en suivant la durée du séjour, les taux de réadmission, la réduction des complications secondaires et les connaissances du personnel prodiguant les soins);
- ▶ de gérer un vaste éventail de réactions des patients à des problèmes de santé réels et éventuels (p. ex. la prévention des maladies et la promotion de la santé);
- ▶ de minimiser les variations dans les soins et prévenir les issues indésirables.

COMPÉTENCES EN OPTIMISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée contribuent au fonctionnement efficace des systèmes de santé grâce à la représentation, à la promotion de soins innovateurs et à la prestation de soins de santé équitables et axés sur les clients. Ils sont en mesure :

- ▶ de mobiliser les clients et les autres membres de l'équipe pour résoudre des problèmes au niveau du système de santé;
- ▶ de générer et d'incorporer les nouvelles connaissances infirmières pour élaborer des normes relatives aux soins, des directives cliniques, des protocoles de soins, des programmes et des politiques;
- ▶ de défendre les intérêts des clients en ce qui concerne les soins, le système de santé et les décisions stratégiques qui affectent la santé en général (p. ex. les déterminants de la santé) et la qualité de vie;
- ▶ de comprendre et d'intégrer les principes de l'affectation des ressources et de la rentabilité et de les intégrer à la prise de décisions aux niveaux de l'organisation et du système;
- ▶ de contribuer aux changements au niveau systémique par l'élaboration de politiques et de directives cliniques et le recours efficace aux ressources;
- ▶ de participer à la planification stratégique pour leur service, unité ou établissement de soins de santé;
- ▶ de contribuer aux activités de recrutement et de maintien en poste, à la consultation et à la collaboration avec d'autres membres du personnel des soins de santé;
- ▶ d'apporter des améliorations aux soins de santé, y compris aux structures et aux processus de prestation;
- ▶ de comprendre les enjeux législatifs et sociopolitiques qui influencent les politiques en santé et d'utiliser ces connaissances pour élaborer des stratégies afin d'améliorer la santé, l'accès aux soins de santé et des politiques publiques favorables;
- ▶ de repérer les lacunes dans le système de santé et d'élaborer des stratégies pour faciliter et gérer le changement;
- ▶ de préconiser des changements quant aux politiques en matière de santé en participant aux travaux de comités régionaux, provinciaux/territoriaux et fédéraux qui influencent la prise de décisions à ces échelons.

COMPÉTENCES EN ÉDUCATION

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée s'engagent envers l'évolution et l'apprentissage professionnels dans l'intérêt de tous les fournisseurs de soins de santé et les étudiant(e)s, ainsi qu'à transmettre l'apprentissage en matière de santé et de bien-être aux clients et à leur famille. Ils sont en mesure :

- ▶ de planifier, d'entreprendre, de coordonner et de superviser des programmes pédagogiques à l'intention des clients, de la communauté ou de l'équipe de soins de santé, selon les besoins, les priorités et les ressources organisationnelles;
- ▶ de contribuer aux soins infirmiers et au système de soins de santé en diffusant des connaissances nouvelles par des voies officielles et officieuses, notamment en présentant des communications et en les publiant aux échelons municipal, régional, national et international;
- ▶ de déterminer les besoins en apprentissage des infirmières et infirmiers et des autres membres de l'équipe de soins de santé, et de trouver ou créer des programmes et des ressources pour y répondre;
- ▶ d'agir comme *mentor*, précepteur, accompagnateur ou modèle pour les collègues en soins infirmiers, d'autres membres de l'équipe de soins de santé et des étudiants;
- ▶ de créer des occasions d'apprentissage avec d'autres fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'apprendre d'eux et sur eux pour optimiser les soins aux clients;
- ▶ de contribuer aux connaissances, aux aptitudes cliniques et aux soins des clients des membres de l'équipe et d'autres fournisseurs de soins de santé (p. ex. en répondant aux questions cliniques et en partageant des données);
- ▶ de préconiser une culture organisationnelle qui appuie l'évolution professionnelle, l'apprentissage continu et la pratique concertée et d'y contribuer;
- ▶ de renforcer les capacités et de planifier la succession par le mentorat aux IA et aux infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés qui prévoient des études supérieures dans le but d'acquérir des compétences en soins infirmiers en pratique avancée;
- ▶ de participer à des projets concertés avec des établissements d'enseignement et maintenir des nominations conjointes.

COMPÉTENCES EN RECHERCHE

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée s'engagent envers la production, la synthèse, l'analyse et l'utilisation de données de recherche. Ils sont en mesure :

- ▶ de repérer et de mettre en œuvre des innovations issues de la recherche en vue d'améliorer les soins aux clients, les organisations ou les systèmes;
- ▶ d'identifier, d'évaluer et de mettre en pratique les données de recherche, les directives cliniques et les pratiques exemplaires courantes;
- ▶ de définir, de réaliser et d'appuyer, comme chercheur principal ou collaborateur avec d'autres membres de l'équipe ou des milieux des soins de santé, des recherches qui améliorent ou avantagent la pratique infirmière, les résultats pour les clients et la prestation des soins de santé;
- ▶ d'évaluer la pratique courante aux niveaux de la personne et du système compte tenu des résultats de recherche;
- ▶ de recueillir des données sur les soins infirmiers en pratique avancée et d'en évaluer les résultats pour les clients, la profession infirmière et le système de soins de santé ou la prestation des soins de santé;
- ▶ d'évaluer officiellement la recherche en participant à des analyses systématiques et bibliographiques de la littérature pour l'élaboration des pratiques exemplaires ou des directives cliniques;
- ▶ de faciliter la pratique fondée sur les données en agissant comme courtier des connaissances pour les infirmières et infirmiers cliniciens, d'autres fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants dont les services touchent les déterminants de la santé.

COMPÉTENCES EN LEADERSHIP

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée sont des chefs de file des organisations et des collectivités où ils travaillent. Ils sont des agents catalyseurs de changement qui cherchent constamment de nouveaux moyens efficaces de pratiquer, d'améliorer les soins et de promouvoir les soins infirmiers en pratique avancée. Ils sont en mesure :

- ▶ de faire preuve de sensibilisation envers eux-mêmes, en participant au perfectionnement professionnel et en démontrant le caractère et le comportement s'alignant aux valeurs éthiques;
- ▶ d'évaluer les programmes de l'organisation et de la collectivité et de trouver des façons innovatrices d'aborder des problèmes complexes;
- ▶ de mettre en pratique des théories et des principes de gestion de projets et du changement;
- ▶ d'élaborer et d'énoncer clairement une vision de la pratique infirmière, d'influencer la vision de l'organisation et du système de santé et de contribuer à la réaliser, ainsi que de mettre en œuvre des façons de le faire;

- ▶ de cerner des problèmes et d’amorcer des changements pour relever les difficultés aux niveaux clinique, organisationnel ou systémique;
- ▶ de donner des conseils sur des enjeux reliés aux soins infirmiers, à la santé et aux soins de santé à des clients, des collègues, la collectivité, des établissements de soins de santé, des responsables des politiques et d’autres intervenants;
- ▶ de favoriser un accès amélioré aux soins de santé en faisant la promotion des soins infirmiers en pratique avancée auprès du personnel infirmier, d’autres professionnels de la santé, du public, des législateurs et des responsables des politiques;
- ▶ de faire la promotion des rôles en soins infirmiers en pratique avancée par la participation à des projets universitaires, à des associations professionnelles et à des groupes d’intérêts spéciaux.

COMPÉTENCES EN CONSULTATION ET COLLABORATION

La collaboration et la communication efficaces avec des clients, d’autres membres de l’équipe de soins de santé et les intervenants dont les services touchent les déterminants de la santé constituent des aspects importants de toute pratique infirmière. La capacité de consulter des collègues de tous les secteurs, ainsi qu’aux échelons organisationnel, provincial, national et international, et de collaborer avec eux, constitue une caractéristique des infirmières et infirmiers en pratique avancée. Le *Référentiel national de compétences en matière d’interprofessionnalisme* (2010) du Consortium pancanadien pour l’interprofessionnalisme en santé fait état de ces principes.

Une infirmière ou un infirmier en pratique avancée est en mesure :

- ▶ de consulter d’autres fournisseurs de soins de santé, de collaborer avec eux de façon appropriée et en temps opportun ainsi que d’orienter des clients vers eux;
- ▶ de formuler des recommandations ou un traitement pertinent en réponse aux demandes de consultation ou aux clients orientés;
- ▶ de mobiliser les clients et d’autres membres de l’équipe dans la résolution de conflits aux niveaux individuel et organisationnel;
- ▶ de consulter et de collaborer avec des membres de l’équipe de soins de santé et des intervenants dont les services touchent les déterminants de la santé pour élaborer des stratégies de gestion des risques et d’amélioration de la qualité;
- ▶ de collaborer avec d’autres intervenants pour réunir et résumer de l’information qualitative et quantitative sur les déterminants de la santé provenant de différentes sources;

- ▶ de pratiquer en collaboration et de créer des alliances et partenariats efficaces;
- ▶ d'appliquer les principes théoriques liés à la dynamique de groupe, aux rôles et aux organisations;
- ▶ d'avoir recours aux principes théoriques pour démontrer les connaissances et les aptitudes en communication; en négociation, en prévention, en gestion et en résolution des conflits, en établissement de coalitions et en gestion des changements;
- ▶ de coordonner des équipes interprofessionnelles, intra-professionnelles et intersectorielles;
- ▶ de définir clairement la contribution du personnel infirmier en pratique avancée au sein de l'équipe de soins de santé interprofessionnelle et parmi les intervenants intersectoriels.

COMPÉTENCES UNIQUES

Les compétences exigées en soins infirmiers en pratique avancée s'appliquent à la fois aux ICS et aux IP. Toutefois, des compétences particulières ont aussi été élaborées pour chaque rôle afin de fournir plus d'éclaircissements.

ICS :

L'AllC, avec l'aide d'experts en pratique clinique spécialisée, a établi les compétences particulières aux infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés (AllC, 2014b). Ces compétences de base vont au-delà de celles exigées des IA et articulent les exigences particulières auxquelles on s'attend d'un(e) ICS. Par ailleurs, elles s'alignent et se fondent sur les compétences exigées en soins infirmiers en pratique avancée contenue dans le présent Cadre.

IP :

À la demande des organismes de réglementation de la profession infirmière autorisée au Canada, l'AllC a mis à jour les compétences de base des IP, donnant lieu au *Cadre de compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada* (AllC, 2010). En 2016, le Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière (CCORPI) a formulé de nouvelles compétences de niveau débutant exigées des IP au Canada (2016), à la suite de son étude sur l'analyse de la pratique des IP (2015). Cette étude démontre que la pratique des IP est uniforme partout au Canada et les IP démontrent les mêmes compétences dans leur pratique dans toutes les administrations canadiennes et parmi les trois volets de la pratique compris dans cette analyse : soins aux adultes, soins aux familles/à tous âges et soins pédiatriques. Cette analyse indique que la différence dans la pratique des IP repose sur les besoins de la population de clients et sur le contexte de pratique, y compris l'âge, l'étape du développement, l'état de santé et la complexité des cas. Ces compétences ont été adoptées par les organismes de réglementation de la profession infirmière partout au Canada, sauf au Québec (Professional Examination Service, 2015).

MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Tout le personnel infirmier en pratique avancée, dans le cadre de ses exigences d'inscription courantes, doit démontrer son engagement envers le maintien des compétences et l'amélioration continue de la qualité, en conformité avec les soins infirmiers en pratique avancée et son champ d'exercice. Pour parvenir à ces fins, des programmes d'assurance de la qualité et de maintien des compétences définis et supervisés par des organismes de réglementation de la profession infirmière sont nécessaires. Le personnel infirmier en pratique avancée démontre au public qu'il maintient ses compétences par une combinaison d'éléments, notamment, mais ne s'y limitant pas :

- ▶ le respect des exigences des heures de pratique;
- ▶ l'engagement envers la réflexion sur la pratique;
- ▶ la participation à l'apprentissage continu et au perfectionnement professionnel exigés;
- ▶ l'obtention de commentaires de la part des collègues;
- ▶ l'établissement et l'atteinte d'objectifs liés à l'apprentissage continu et au perfectionnement professionnel.

PROTECTION EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Selon la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) et l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), « les nouveaux modèles de prestation des soins de santé, en constante évolution, ont accru les possibilités de pratique collaborative pour les médecins, les infirmières praticiennes (IP) et d'autres professionnels de la santé. La pratique collaborative renforce inévitablement la nécessité pour les professionnels de la santé d'avoir une protection individuelle adéquate en matière de responsabilité professionnelle, et de veiller à ce que les autres professionnels de la santé avec lesquels ils travaillent en collaboration soient aussi adéquatement protégés, afin que nul d'entre eux ne soit tenu financièrement responsable des actes ou des omissions d'autrui. » (ACPM et SPIIC, 2017)

Il est donc important que tous les infirmiers et infirmières en pratique avancée aient une protection ou une assurance en matière de responsabilité professionnelle adéquate, le montant de couverture étant proportionnel à leur rôle, leur champ d'exercice et le niveau de risque. Les infirmières et infirmiers en pratique avancée devraient aussi confirmer la protection ou l'assurance en matière de responsabilité professionnelle appropriée continue des autres membres de l'équipe concertée de soins de santé.

Stratégies pour la mise en œuvre, l'intégration et la viabilité menées à bien

Les rôles en soins infirmiers en pratique avancée doivent être appuyés à de nombreux niveaux pour qu'ils soient efficaces et offrir un éventail complet d'avantages aux clients, aux autres membres de l'équipe de santé, aux organisations et aux collectivités. Ce grand soutien comprend le leadership et la supervision infirmiers efficaces par une infirmière ou un infirmier qui comprend le rôle des soins infirmiers en pratique avancée.

Un récent document de travail de l'Organisation de coopération et de développement économiques note que « les obstacles à la mise en œuvre des soins infirmiers en pratique avancée sont à peu près semblables dans tous les pays. À ce titre, notons l'opposition de certains intervenants (notamment la main-d'œuvre médicale), les obstacles réglementaires (dont les lois désuètes et très restrictives sur le champ d'exercice), les projets de financement et de remboursement (lorsque ces nouveaux rôles ne sont pas reconnus de façon adéquate), ou le lent déploiement au niveau organisationnel (en raison de l'absence d'une direction solide et de mauvaises stratégies de gestion du changement) » [traduction] (Maier et coll., 2017, p. 5).

L'intégration efficace des rôles en soins infirmiers en pratique avancée nécessite deux facteurs éclairés par des données probantes. Le premier facteur a trait à l'élaboration des rôles en soins infirmiers en pratique avancée aux niveaux fédéral, provincial et territorial :

- ▶ l'alignement des rôles en soins infirmiers en pratique avancée accompagné des objectifs d'amélioration de la qualité des soins de santé;
- ▶ des examens réguliers des lois et de la réglementation sur le champ d'exercice partout au Canada, suivis par leur harmonisation;
- ▶ l'alignement continu de la législation fédérale, provinciale et territoriale pour permettre aux infirmières et infirmiers en pratique avancée de travailler dans la pleine mesure de leurs formation, connaissances et compétences;
- ▶ une planification des ressources humaines en santé fondée sur la santé des populations qui suit une approche interprofessionnelle pancanadienne;
- ▶ du leadership de l'AICC et d'autres organisations infirmières et des gouvernements, qui encourage la création de postes en soins infirmiers dans ce type de pratique;
- ▶ du leadership de l'AICC et d'autres organisations infirmières pour repérer les possibilités d'implantation de rôles futurs en soins infirmiers en pratique avancée qui correspondent aux besoins courants et émergents en santé de la population et du système;

- ▶ des outils de communication et de formation pour informer le public, les responsables des politiques, les administrateurs et d'autres professionnels au sujet des rôles et de la contribution des soins infirmiers en pratique avancée;
- ▶ du financement pour que le personnel infirmier mène des recherches sur les soins infirmiers en pratique avancée;
- ▶ une méthodologie normalisée en vue d'analyses économiques des soins infirmiers en pratique avancée;
- ▶ de cheminements flexibles d'accès à la formation supérieure en soins infirmiers;
- ▶ de programmes d'études supérieures conçus spécialement en fonction des caractéristiques et des compétences exigées en soins infirmiers en pratique avancée.

Le deuxième facteur éclairé par des données probantes visant l'intégration efficace des rôles en soins infirmiers en pratique avancée mise sur les milieux de pratique :

- ▶ du leadership et du soutien par les infirmières ou infirmiers en chef et les gestionnaires/administrateurs(rices) des soins infirmiers;
- ▶ une supervision des infirmières et infirmiers en pratique avancée par un(e) administrateur(trice) en soins infirmiers de niveau supérieur qui comprend le rôle et ses répercussions (non applicable pour les professionnels indépendants);
- ▶ du leadership d'infirmières et d'infirmiers en pratique avancée pour cerner les occasions et plaider pour l'introduction des rôles en soins infirmiers en pratique avancée qui s'harmonisent aux objectifs organisationnels/programmatiques et aux besoins de santé de la population;
- ▶ un meilleur éclaircissement des rôles à la fois dans l'élaboration et la mise en œuvre des étapes;
- ▶ favoriser des mécanismes de financement qui soutiennent la mise en œuvre résolue des rôles et qui préconisent la collaboration interprofessionnelle;
- ▶ des niveaux appropriés de rémunération, harmonisés partout au pays;
- ▶ du soutien courant et l'engagement de la gestion à un niveau organisationnel, dont des programmes d'orientation, du mentorat et l'appui des pairs;
- ▶ du soutien organisationnel et administratif et des ressources pour mettre en œuvre, faire avancer et maintenir divers aspects des soins infirmiers en pratique avancée;
- ▶ du financement pour la mobilisation des connaissances et la science de l'application pour faire passer les données de recherche sur les soins infirmiers en pratique avancée en actions;
- ▶ la mise en pratique du cadre PEPPA Plus (voir figure 1, p. 42) et d'autres outils pour appuyer la mise en œuvre et l'évaluation des rôles en pratique avancée;
- ▶ des politiques sur les ressources humaines qui permettent aux infirmières et infirmiers de poursuivre des études supérieures;
- ▶ du soutien pour le perfectionnement professionnel et l'apprentissage continu;

- ▶ des périodes pour que les titulaires de postes en soins infirmiers en pratique avancée assument les six catégories de compétences (soins directs et complets; enseignement; optimisation des systèmes de santé; recherche, leadership, consultation et collaboration);
- ▶ une formation interprofessionnelle et des organisations qui favorisent le travail d'équipe;
- ▶ des ressources pour mettre en place les postes, la technologie, l'infrastructure administrative et la culture qui permettront aux IPA de travailler le plus efficacement possible;
- ▶ des processus politiques qui favorisent les soins infirmiers en pratique avancée et qui sont orientés par l'expertise des IPA.

Les ressources suivantes en soins infirmiers en pratique avancée existent au Canada :

- ▶ des occasions de formation continue et de perfectionnement professionnel, entre autres des webinaires, des congrès, des cours et des ateliers;
- ▶ de l'information et de l'orientation sur la pratique :
 - des organismes de réglementation de la profession infirmière;
 - des associations professionnelles en soins infirmiers provinciales et territoriales;
 - de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada;
 - des associations d'infirmières et infirmiers en pratique avancée provinciales et territoriales (p. ex. l'Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés du Canada);
 - des facultés de sciences infirmières et de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières;
 - des syndicats d'infirmières et d'infirmiers provinciaux et territoriaux et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers;
 - les organismes offrant une protection en matière de responsabilité professionnelle, comme la SPIIC, et les employeurs, les gouvernements, etc.
 - des occasions de réseautage et de mentorat par l'entremise de divers groupes de spécialités infirmières du Réseau canadien des spécialités en soins infirmiers de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada;
- ▶ une orientation clinique sous forme de directives cliniques, des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, etc.;
- ▶ les activités de recherche et les études disponibles au Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research (CCAPNR);
- ▶ les données nationales sur la main-d'œuvre en soins infirmiers en pratique avancée de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Évaluation

Les rôles des ICS et des IP sont présentés dans l'intention d'aborder des problèmes en soins de santé particuliers et d'améliorer les résultats pour la santé (liés aux clients, aux communautés ou aux populations) ou le rendement du service de santé (p. ex. l'accès aux soins, la qualité des soins, la coordination des soins) aux niveaux de l'équipe, de l'organisation ou du système. C'est ce qui en rend l'évaluation complexe.

L'objectif de l'évaluation est de déterminer si l'intégration des infirmières et infirmiers en pratique avancée a atteint les résultats désirés selon les indicateurs. Des outils aux fins d'une évaluation rigoureuse et validée sont nécessaires pour générer des données de haute qualité afin d'éclairer les décisions stratégiques. « Le manque d'évaluations fondées sur la théorie contribue à des rôles mal définis comportant des liens vagues entre les activités et les résultats et pouvant représenter des études ne révélant aucune différence quant aux résultats des soins infirmiers en pratique avancée par rapport aux soins habituels. L'absence d'un cadre théorique donne aussi lieu à des évaluations qui ne réussissent pas à saisir les données sur les raisons pour lesquelles les résultats en pratique infirmière avancée ne sont pas atteints, manquant ainsi des occasions de raffiner les rôles et d'aborder les obstacles pour atteindre de meilleurs résultats. » [traduction] (Bryant-Lukosius et coll., 2016, p. 202).

Plusieurs outils et cadres existent pour évaluer les rôles en soins infirmiers en pratique avancée :

PEPPA Plus

- ▶ fournit des ressources enrichies par rapport au cadre original PEPPA (voir Annexe C, p. 54), y compris plus de détails, d'outils et une orientation pour la conception et la planification de l'évaluation des rôles nouveaux ou existants en soins infirmiers en pratique avancée à trois étapes précises du développement (introduction, mise en œuvre et durabilité à long terme);
- ▶ évalue les besoins à différents niveaux du système de santé (p. ex. national ou régional, organisationnel, milieu de pratique) et envisage différentes perspectives (client, famille ou fournisseur).

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens

Trousse d'outils et de mise en œuvre pour les infirmières et infirmiers praticiens au Canada

- ▶ sert de guide pratique pour évaluer la nécessité de mettre en œuvre le rôle de l'IP et déterminer si l'on est prêt à le faire.
- ▶ définit les étapes clés et les facteurs qui appuient la mise en œuvre du rôle et la surveillance continue de son efficacité grâce à une approche d'évaluation structurée et prospective.
- ▶ repose sur le cadre PEPPA, sur une recherche documentaire détaillée et des recherches expérimentales, sur la consultation d'intervenants clés et sur une étude des pratiques exemplaires (AIIC, 2006a).

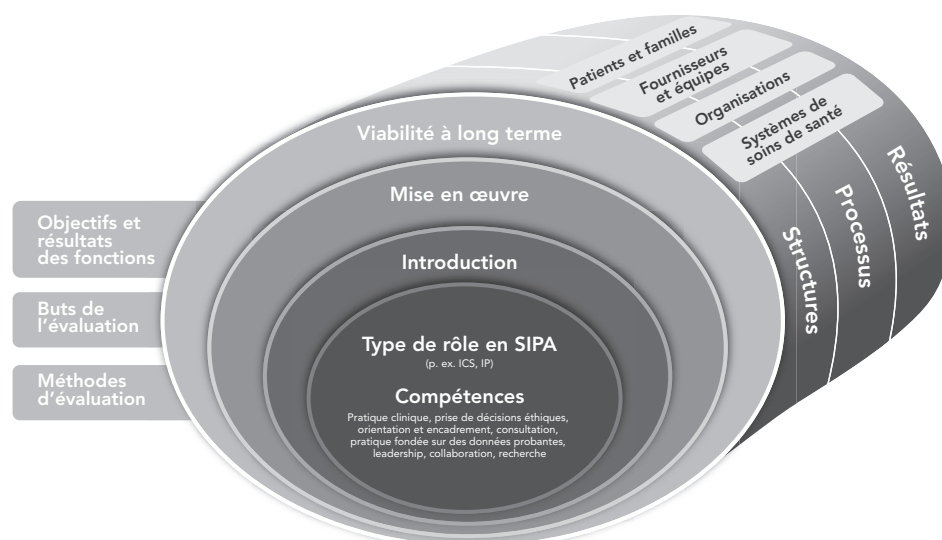
Modèle de simulation fondé sur les besoins pour la planification des ressources humaines en santé

- ▶ Élaboré en collaboration avec l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens;
- ▶ Applicable aux IP en soins de santé primaires dans tous les secteurs de compétence du Canada;
- ▶ Va plus loin que les modèles de planification traditionnels qui reposent sur l'offre et les ratios projetés de fournisseurs par rapport aux habitants, pour tenir compte des besoins de santé de la population et du niveau des services nécessaires pour y répondre (AIIC, 2006b).

Cadre conceptuel pour évaluer le rôle des IP dans des milieux de soins actifs

- ▶ Adapté du Nursing Role Effectiveness Model, qui a été conçu pour faciliter l'identification et la recherche de résultats perceptibles aux infirmières et infirmiers (Sidani, 1999)
- ▶ Représente le système complexe des facteurs interreliés présents en soins infirmiers en pratique avancée et qui influence l'efficacité des rôles.
- ▶ Comprend trois composantes : 1) la structure, englobant le patient, les soins infirmiers en pratique avancée et les variables organisationnelles; 2) le processus, comprenant les composantes des rôles en soins infirmiers en pratique avancée (clinicien, enseignant, chercheur et administrateur) et les moyens par lesquels le rôle est mis en pratique; 3) les résultats, y compris les résultats liés aux patients et aux coûts. Le cadre propose des relations particulières parmi la structure, le processus et les composantes des résultats.

Figure 1 : Matrice du cadre d'évaluation : concepts clés pour l'évaluation des rôles en pratique avancée (Bryant-Lukosius et coll., 2016)



Regard vers l'avenir

Le renforcement des ressources humaines en santé (RHS) attire de plus en plus l'attention mondiale à la suite de la publication de plusieurs rapports politiques proéminents, notamment *S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans les personnels de santé et Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030* de l'Organisation mondiale de la Santé. L'intention globale est d'en arriver à une assurance-santé universelle et d'atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé « Ce niveau sans précédent d'engagement mondial découle de la reconnaissance du rôle essentiel que les professionnels de la santé jouent dans le rendement des systèmes de santé et des multiples difficultés liées à la main-d'œuvre auxquelles se heurte les pays » (Maier et coll., 2017, p. 13). Le Canada n'y fait pas exception. Alors que des progrès notables ont pris forme dans l'intégration des soins infirmiers en pratique avancée au Canada au cours des 40 dernières années (notamment dans l'intérêt des IP), le plein potentiel de ce segment de la main-d'œuvre en soins de santé n'a pas encore été réalisé. L'intégration améliorée de ces rôles peut donner lieu à de meilleurs soins pour les personnes, améliorer la santé des Canadiens et contribuer à une réduction des coûts liés à la prestation des soins de santé.

La population du Canada vieillit, contribuant à une hausse des taux de maladie chronique (dont la démence). De plus en plus de personnes souffrent de maladie mentale. Les peuples autochtones du Canada sont en proie au fardeau disproportionné d'une santé défaillante par rapport aux Canadiens non autochtones. Par ailleurs, de nombreuses personnes ont un accès limité aux soins primaires et tertiaires.

Malgré toutes ces difficultés, le moyen optimal serait de recourir davantage aux services des infirmières et infirmiers en pratique avancée. Cette voie donnerait lieu à la transition vers des soins communautaires, prenant forme sur les soins de santé primaires, la promotion de la santé, la prévention des maladies et les déterminants sociaux de la santé. Tout s'aligne exceptionnellement bien avec le rôle infirmier. Le déploiement et l'optimisation des rôles des IP et des ICS, en plus des autres fournisseurs de soins de santé, collaborant sur le plan interprofessionnel, pourraient engendrer un avenir prometteur pour le Canada.

Imaginons, dans le cadre d'une approche interprofessionnelle :

- ▶ que chaque Canadien ait accès à un ou une IP dans le contexte où il reçoit des soins primaires;
- ▶ que les clients bénéficient d'un dépistage accru et de la prise en charge nécessaires de la démence, du délire et de la dépression par un ou une IP ou ICS en gériatrie, puisque les cas de maladie d'Alzheimer sont sensés doubler au cours des prochaines décennies;
- ▶ que les résidents de chaque établissement de soins de longue durée obtiennent des soins primaires d'un ou une IP;

- ▶ que tous les Canadiens aient un accès ponctuel aux services de santé mentale par l'inclusion d'au moins un ou une IP ou ICS en santé mentale (virtuellement ou en personne) dans tous les modèles de prestation de soins de santé mentale;
- ▶ une augmentation du nombre de centres de soins primaires autonomes concertés et composés d'ICS et d'IP qui comprendrait des soins communautaires en santé publique prodigués à domicile;
- ▶ que les soins de santé et la santé des Autochtones soient transformés par des IP et des ICS autochtones qui prodigueraient des soins compétents et adaptés sur le plan culturel;
- ▶ que les ICS et les IP prodiguent des traitements contre la toxicomanie dans le cadre de programmes (comme le fait le Centre de toxicomanie et de santé mentale), y compris dans les milieux de soins actifs;
- ▶ que toutes les équipes de soins palliatifs du Canada soient composées d'un ou d'une ICS et d'un ou une IP en soins palliatifs;
- ▶ que des ICS/IP prodiguent des soins de suivi aux clients en cardiologie, qui ont obtenu leur congé de l'hôpital, par télésoins et par accès virtuel.

Glossaire

Autonomie

Les IP sont des praticiens autonomes dans le sens qu'ils sont en mesure d'entreprendre des activités, comme la prescription, l'établissement de diagnostics, la demande et l'interprétation de tests diagnostiques au sein de leur champ d'exercice réglementé sans la supervision ou l'orientation d'un médecin.

Champ d'exercice

Les activités que les infirmières et infirmiers peuvent exécuter en fonction de leur formation et de leur autorisation d'exercer, telles qu'établies dans les définitions sur la pratique infirmière réglementée et appuyées par des normes, des lignes directrices et des énoncés de position rédigés par des organismes de réglementation de la profession infirmière (AIIIC, 2010).

Client

Le bénéficiaire des soins : il peut s'agir d'une personne, d'une famille, d'un groupe, d'une population ou d'une collectivité au complet.

Compétences

Combinaison des connaissances, des compétences, du jugement et des caractéristiques personnelles qu'une infirmière ou infirmier doit posséder pour pratiquer de manière sécuritaire et éthique dans un rôle et un milieu donnés (AIIIC, 2005).

Culture juste

Approche de gestion des risques qui fait partie de la philosophie de l'approche relationnelle de la réglementation et qui reconnaît que les erreurs peuvent être causées autant par des humains que par le système, et la meilleure voie à suivre consiste à n'imposer le blâme sur personne; il faut plutôt profiter de ces occasions pour apprendre et apporter des changements. La culture juste appelle à la modification des priorités en insistant

d'avantage sur le bien-être des clients et sur le fait d'éviter les préjudices que sur la conformité stricte aux règles imposées aux prestataires. (Bayne, 2012, cité dans Staples, Ray et Hannon, 2016)

Désignations

Titres ou « sceaux » de qualité et de réalisations qui indiquent aux employeurs, aux payeurs et aux consommateurs à quoi ils doivent s'attendre d'une infirmière ou d'un infirmier titulaire d'une « désignation », d'un cours ou d'un programme d'études spécialisé, d'un établissement d'enseignement supérieur, d'un hôpital ou d'un service de santé, ou d'un produit en soins de santé, d'une technologie ou d'un dispositif de santé.

Formation supérieure

Études au delà du niveau du baccalauréat, soit aux niveaux de la maîtrise, du doctorat et des études postdoctorales.

Infirmière et infirmier clinicien spécialisé (ICS)

Infirmière ou infirmier autorisé ayant des connaissances et des compétences avancées en pratique infirmière pour prendre des décisions complexes, détenant une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières et ayant de l'expertise dans une spécialité des soins infirmiers cliniques. Le rôle des ICS fait état et démontre les caractéristiques et les compétences en soins infirmiers en pratique avancée au sein du champ d'exercice des IA, tel que souligné dans les *Compétences nationales de base de l'infirmière clinicienne spécialisée* (AIIIC, 2014b). L'ICS est un agent du changement qui apporte de la valeur aux clients, aux milieux de pratique et aux organisations en vue de renforcer la sécurité, de promouvoir des résultats de santé positifs et de réduire les coûts (AIIIC, 2016a).

Infirmière et infirmier praticien (IP)

Infirmière ou infirmier autorisé qui a une formation préparatoire et de l'expérience supplémentaires, qui possède et démontre les compétences nécessaires pour poser un diagnostic, prescrire et interpréter des tests diagnostiques, prescrire des ordonnances de médicaments et accomplir certains actes médicaux précis dans son champ d'exercice prévu par la loi, le tout de façon autonome (AIIIC, 2016b).

Mentor(at)

Relation à long terme volontaire et bénéfique pour les deux parties dans le cadre de laquelle un chef de file chevronné et averti (le mentor) appuie l'évolution vers la maturité d'une infirmière ou d'un infirmier moins chevronné qui a du potentiel comme chef de file (le « protégé »).

Pratique infirmière avancée (PIA)

La PIA fait état de l'intégration et de la mise en application d'une vaste gamme de connaissances théoriques et fondées sur des données probantes dans le cadre d'une formation en sciences infirmières de niveau supérieur. La PIA englobe tous les domaines de la pratique infirmière, le champ entier des soins infirmiers et ne fait pas nécessairement référence aux soins cliniques directs seulement. Les infirmières et infirmiers assumant des rôles en PIA peuvent comprendre les titulaires d'une éducation de cycle supérieur et travaillant en élaboration des politiques, en administration, en informatique infirmière, etc. (American Association of Colleges of Nursing, 2004 et 2006).

Réglementation

Tous les moyens légitimes et appropriés – gouvernementaux, professionnels, privés et particuliers – par lesquels l'ordre, l'identité, l'uniformité et le contrôle sont instaurés dans la profession. La réglementation définit la profession et ses membres, circonscrit le champ d'exercice, établit les normes de formation préparatoire et de pratique respectueuses de l'éthique et compétentes, de même que des systèmes redditionnels (Styles et Affara, 1997).

Réglementation adaptée (*right-touch regulation*)

Approche de surveillance réglementaire qui ne met en jeu qu'un minimum de force réglementaire nécessaire pour atteindre des résultats désirés. Des stratégies fondées sur des données probantes sont nécessaires pour cerner les risques tout en misant sur la réglementation de ce risque et l'équilibre de cette surveillance au moyen des ressources nécessaires pour favoriser une pratique sécuritaire et améliorer la qualité des soins infirmiers (CRNNS, 2018).

Soins centrés sur le client et la famille

Les infirmières et infirmiers « cherchent, intègrent et valorisent la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté, lorsqu'ils planifient et dispensent des soins et des services » (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010, p. 13).

Soins infirmiers en pratique avancée (SIPA)

Terme général pour les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers praticiens qui intègrent la formation préparatoire en sciences infirmières de niveau supérieur au moyen de connaissances et du savoir-faire infirmier clinique spécialisé et approfondis dans la prise de décisions complexes pour satisfaire les besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations.

Spécialité des soins infirmiers

Pratique concentrée sur un aspect particulier des soins infirmiers lié à l'âge des clients (p. ex., pédiatrie, gérontologie), à leur problème (p. ex., gestion de la douleur, deuil), au groupe de diagnostic (p. ex., orthopédie, chirurgie vasculaire), au milieu de travail (p. ex., soins à domicile, urgence) ou au type de soins (p. ex., soins primaires, soins palliatifs, soins intensifs).

Annexe A : Chronologie nationale de l'évolution des soins infirmiers en pratique avancée au Canada

Juin 1999 : Le conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) approuve les éléments essentiels d'un cadre national sur la pratique infirmière avancée.

2000 : L'AIIIC publie la première version de *La pratique infirmière avancée : Un cadre national*. Il définit la pratique infirmière avancée, identifie ses caractéristiques et ses compétences, et décrit la formation préparatoire nécessaire, les divers domaines de la pratique et les rôles potentiels, ainsi que sa réglementation. Le cadre est délibérément vaste, en partie pour permettre les variations entre les territoires de compétence et en partie pour permettre l'évolution des rôles en pratique infirmière avancée.

2001-2011 : La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (qui est devenue la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé en 2012) et les Instituts canadiens de recherche en santé financent un programme de chaire de 10 ans en pratique infirmière avancée afin de renforcer la capacité des chercheurs en sciences infirmières pour mener des recherches pertinentes sur les politiques et les organisations.

2002 : Le conseil d'administration de l'AIIIC approuve une révision au cadre qui établit un diplôme d'études supérieures en sciences infirmières comme exigence universitaire minimale pour la pratique infirmière avancée. L'AIIIC publie un énoncé de position sur la pratique infirmière avancée.

2002 : La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, supervisée par Roy Romanow, publie son rapport final qui fait la promotion du rôle de l'infirmière et infirmier praticien, y compris un champ d'exercice élargi pour admettre les clients à l'hôpital.

2004 : L'AIIIC lance l'*Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens* (ICIIP) qui crée un cadre pour l'intégration et la viabilité du rôle d'infirmière ou infirmier praticien dans le système de soins de santé canadien, y compris des recommandations pour la pratique, la formation, la législation et la réglementation, ainsi que pour la planification des ressources humaines en santé.

2005 : L'AIIIC rassemble des intervenants de la pratique infirmière afin de discuter des leçons à tirer des rôles existants en pratique infirmière avancée, d'identifier les autres mesures à prendre pour soutenir l'évolution de la pratique infirmière avancée et de cerner les principes et stratégies qui favoriseraient l'intégration d'autres rôles en pratique infirmière avancée. Les participants qualifient le cadre national sur la pratique infirmière avancée de l'AIIIC de guide utile dans le développement continu de cette forme de pratique au Canada et recommandent qu'il soit mis à jour régulièrement pour répondre aux besoins de ses utilisateurs et pour faire état des changements dans les divers contextes du système de soins de santé.

2005 : L'AIIIC publie le premier *Cadre de compétences de base de l'infirmière praticienne*, rédigé en collaboration avec les territoires de compétence au Canada et par l'entremise du soutien de l'ICIIP.

2006 : L'ICIIP publie son rapport final et des outils qui comprennent le tout premier Examen canadien des infirmières et infirmiers praticiens et les toutes premières compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens.

2006 : L'AIC publie le rapport *Les infirmières et infirmiers praticiens : le temps est arrivé*.

2007 : L'AIC met à jour et publie son énoncé de position sur la pratique infirmière avancée.

2008 : L'AIC publie la 2^e édition de *La pratique infirmière avancée : Un cadre national*.

2009 : L'AIC publie, grâce au concours financier de Santé Canada, *Recommandations de l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens : rapport d'étape* offrant une perspective pancanadienne sur les réussites, les ajustements nécessaires et les priorités mises à jour pour l'intégration du rôle des IP.

2009 : L'AIC publie des énoncés de position sur les ICS et les IP.

2009 : Le comité consultatif de l'Atlantique sur les ressources humaines en santé mandate une étude sur la nature des rôles en soins infirmiers élargis/étendus au Canada.

2010 : Le Bureau de la politique des soins infirmiers (BPSI) de Santé Canada et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé commande une synthèse sur le soutien décisionnel pour les IP et les ICS.

2010 : L'AIC met à jour et publie le *Cadre de compétences de base de l'infirmière praticienne* à la demande des organismes de réglementation de la profession infirmière autorisée au Canada.

2011 : L'AIC, en collaboration avec ses organismes membres provinciaux et territoriaux, lance la campagne de sensibilisation publique *Infirmières praticiennes, c'est grand temps!* dans diverses provinces et divers territoires pour encourager tous les intervenants à reconnaître la valeur des IP et pour continuer de financer l'intégration des IP dans le système de soins de santé.

2011 : L'AIC démontre que l'intégration des IP est sur la bonne voie dans le rapport *Plan d'intégration collaboratif du rôle des infirmières et infirmiers praticiens au Canada*. Une des conclusions importantes du rapport est l'importance d'une collaboration courante entre les intervenants essentiels pour réussir dans ce sens.

2012 : L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières publie *La formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada : Cadre national de principes directeurs et éléments essentiels*.

2014 : L'AIC lance *Compétences nationales de base de l'infirmière clinicienne spécialisée* (ICS).

2015 : Le Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière publie *Practice Analysis Study of Nurse Practitioners* qui révèle que la pratique des IP est uniforme dans tout le Canada et que les IP font preuve des mêmes compétences dans leur pratique dans l'ensemble des provinces et des territoires canadiens et parmi les trois volets de la pratique, soit famille/tout âge, soins aux adultes et soins aux enfants. La différence dans la pratique des IP repose sur les besoins de la population de clients et le contexte de pratique, y compris l'âge, l'étape du développement, l'état de santé et la complexité des clients.

2016 : *L'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens : Analyse rétrospective décennale* indique les nombreuses avancées positives réalisées en vue de l'intégration des IP en soins de santé, dont la protection du titre, la description commune des rôles et l'expansion du champ d'exercice.

2016 : L'AIC met à jour et publie ses énoncés de position sur les ICS et les IP.

2016 : Les organismes de réglementation de la profession infirmière autorisée adoptent de nouvelles compétences d'admission dans la profession pour les IP au Canada, qui proviennent de l'étude *Practice Analysis Study of Nurse Practitioners*.

Annexe B : Échantillon de la recherche quant à l'effet et aux résultats des soins infirmiers en pratique avancée

MEILLEURS SOINS

Un examen systématique de 24 essais comparatifs randomisés a révélé une plus grande satisfaction des clients, une réduction des admissions à l'hôpital et une réduction de la mortalité découlant de soins prodigués par le personnel infirmier en pratique avancée par rapport aux soins pris en charge par les médecins (Martinez-Gonzalez, Djalali et coll., 2014).

Un examen systématique de 41 études, y compris 31 essais comparatifs randomisés, indique que les soins prodigués par des IP et des ICS par rapport aux soins prodigués par des médecins ou d'autres professionnels de la santé donnent lieu à une offre améliorée de renseignements aux patients (durée de la maladie, soulagement des symptômes et options pour la prise en charge autonome) et à une satisfaction accrue des patients (Tsiachristas et coll., 2015).

Un examen systématique de l'influence des infirmières et infirmiers en pratique avancée prodiguant des soins à des personnes âgées a révélé que les IP en soins de longue durée fournissent une évaluation, un diagnostic et un traitement ponctuels pour des conditions aiguës et épisodiques et des blessures qui réduisent les transferts évitables des résidents à l'urgence et améliorent la satisfaction des clients et de leur famille (Morilla-Herrera et coll., 2016).

Un modèle de bien-être post-opératoire créé par une infirmière clinicienne spécialisée de la Colombie-Britannique a amélioré l'accès au service de chirurgie cardiaque de l'hôpital, passant de 300 à 800 clients par année. Ce modèle de soins est basé sur des faits et contribue à l'approche du service de chirurgie cardiaque de la voie accélérée pour la chirurgie et du rétablissement rapide pour aider les clients à se rétablir et à rentrer chez eux plus rapidement (Commission nationale d'experts, 2012).

Des examens systématiques indiquent un taux de satisfaction plus élevé chez les clients par suite des soins prodigués par des infirmières et infirmiers en pratique avancée par rapport aux soins prodigués par des médecins (Martinez-Gonzalez, Djalali et coll., 2014, Swan et coll., 2015, Tsiachristas et coll., 2015, Morilla-Herrera et coll., 2016).

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée prodiguent constamment des soins de qualité équivalente ou supérieure à ceux prodigués par des médecins sur une vaste mesure des résultats cliniques, une vaste gamme de milieux de soins et pour une variété de groupes de clients (Kilpatrick et coll., 2014, Martinez-Gonzalez, Tandjung et coll., 2014, Swan et coll., 2015, Tsiachristas et coll., 2015).

Hurlock-Chorostecki et McCallum (2016) déclarent que diverses études mesurant la valeur du rôle des IP en milieu hospitalier indiquent :

- ▶ des temps d'attente réduits à l'urgence;
- ▶ un séjour à l'hôpital réduit;
- ▶ des taux réduits de réadmission et de complications;
- ▶ une observance améliorée aux directives cliniques factuelles;
- ▶ une grande satisfaction des patients;
- ▶ la perception améliorée de la continuité des soins;
- ▶ des soins interprofessionnels renforcés.

MEILLEURE SANTÉ

Un examen systématique a révélé que les soins prodigués par des IP à des clients souffrant d'hypertension entraînent une diminution considérable de la tension systolique, selon cinq essais menés aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Pour les autres paramètres cliniques chez les clients souffrant de divers états pathologiques (c'est-à-dire la tension diastolique, le cholestérol total et le glucose sanguin), aucune différence importante sur le plan statistique n'a été décelée dans les groupes supervisés par des IP par rapport à ceux supervisés par des médecins, (Martinez-Gonzalez, Tandjung et coll., 2014).

Un examen systématique de 41 études, y compris 31 essais comparatifs randomisés, parmi divers contextes, indique que les soins prodigués par des IP par rapport aux soins prodigués par des médecins ou d'autres professionnels donnent lieu à des résultats cliniques améliorés (Tsiachristas et coll., 2015).

Un examen systématique de 11 essais comparatifs randomisés a révélé que les ICS déployés dans des cliniques de soins ambulatoires pour maladie chronique fournissent des résultats semblables aux autres fournisseurs dans des modèles de fournisseurs de remplacement/de rechange (Kilpatrick et coll., 2014).

Les ICS obtiennent des résultats de santé et un niveau de satisfaction des clients semblables ou améliorés pour ce qui est des soins qu'ils prodiguent, en :

- ▶ retardant les symptômes et la déficience physique pour les clients atteints du cancer des poumons;
- ▶ réduisant les symptômes précoces urinaires ou gastrointestinaux et la fatigue, et en améliorant le fonctionnement physique pour les clients recevant une radiation pelvienne;
- ▶ réduisant les symptômes urinaires et en améliorant la continence pour les clients atteints du cancer de la prostate (Bryant-Lukosius, Cosby et coll., 2015).

Le suivi par téléphone mené par les ICS et les IP pour les clients atteints de cancer du sein et colorectal, respectivement, a été associé à une satisfaction accrue des clients et a atteint des résultats semblables aux suivis effectués par des médecins sur un nombre d'autres facteurs, y compris l'atténuation de l'anxiété, le bien-être psychologique, la qualité de vie, la prise en charge autonome des soins, une diminution des récurrences et le moment de détecter les récurrences (Bryant-Lukosius, Cosby et coll., 2015).

Les soins prodigués par les ICS ont donné lieu à des taux de survie améliorés sur deux ans pour les clients âgés atteints d'un cancer au stade avancé, mais pas au début de la maladie. Par ailleurs, les clients ont présenté une baisse considérable des probabilités d'hospitalisation (Prince-Paul, Burant, Saltzman, Teston et Matthews, 2010).

MEILLEURE VALEUR

Un examen systématique de 11 essais comparatifs randomisés de la rentabilité des modèles de soins prodigués par les IP indique des coûts atténués des services de santé offerts par les IP comme un rôle de remplacement en soins primaires (Martin-Misener et coll., 2015b).

Un examen systématique de 10 études laisse entendre que les services offerts par les infirmières et infirmiers en pratique avancée a pour résultat des coûts équivalents ou réduits, tout en maintenant des résultats équivalents ou meilleurs que ceux des médecins (Swan et coll., 2015).

La réduction des coûts est associée aux rôles des ICS et des IP dans des milieux ambulatoires ou communautaires (Kilpatrick et coll., 2014; Martin-Misener et coll., 2015b).

Dans les hôpitaux, les IP permettent de réduire les coûts grâce à des séjours à l'hôpital plus courts et en prévenant les réadmissions à l'hôpital (Donald et coll., 2015).

MEILLEUR ENGAGEMENT

L'absence d'éclaircissement des rôles, ainsi que les obstacles législatifs et réglementaires, entravent la capacité des IP à travailler dans la pleine mesure de leur champ d'exercice, entraînant ainsi une insatisfaction au travail (Sangster-Gormley, Martin-Misener et Burge, 2013; Maier et coll., 2017; Kleinpell et coll., 2014; Little et Reichert, 2018).

La capacité d'exercer dans un modèle de soins holistique et concerté, avec un salaire adéquat, favorise la satisfaction au travail et le maintien en poste des infirmières et infirmiers en pratique avancée (Steinke, Rogers, Lehwaldt et Lamarche, 2017).

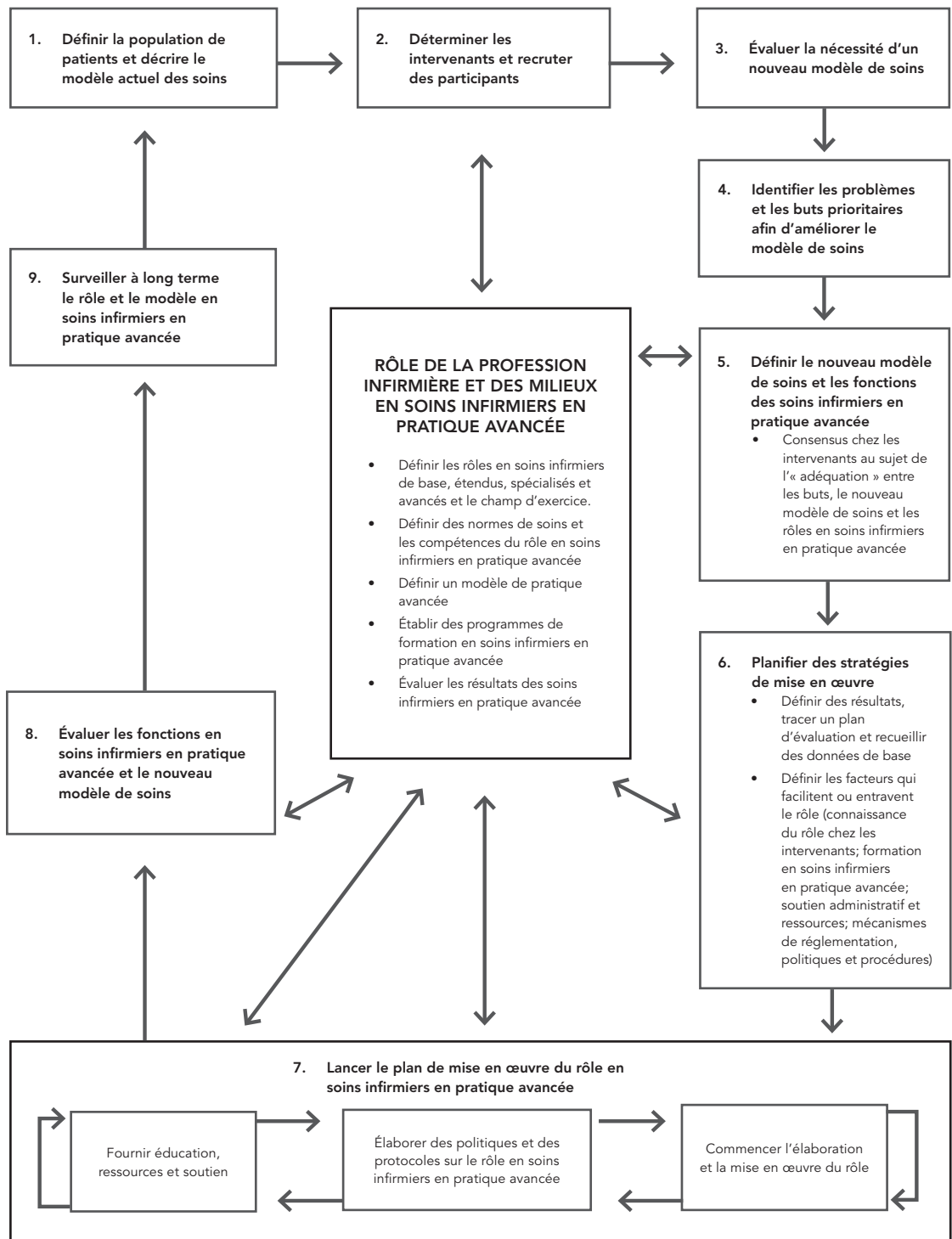
La paie et les structures de paie des infirmières et infirmiers en pratique avancée influencent la satisfaction au travail et les efforts de maintien en poste (Maier et coll., 2017; MacLeod, Stewart et Kulig, 2017; Rhodes, Bechtle, McNett, 2015; Little et Reichert, 2018).

Établir des objectifs clairs et des attentes pour le rôle des IP dans le contexte d'équipe est essentiel pour améliorer la satisfaction au travail (Wranik et coll., 2015; Labrosse, 2016; Sangster-Gormley et coll., 2013; Little et Reichert, 2018).

Les caractéristiques organisationnelles qui favorisent la satisfaction au travail comportent le soutien adéquat du médecin (Sangster-Gormley et coll., 2013), la communication efficace, la délimitation des rôles et des objectifs clairs auxquels la gestion s'attend de l'équipe (Steinke et coll., 2017), et les occasions de perfectionnement professionnel (Little et Reichert, 2018).

Annexe C : Cadre PEPPA

Cadre d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de rôles en soins infirmiers en pratique avancée fondé sur la participation et les données probantes et axé sur les patients (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004)



Références

Alleman, K. et Houle, K. (2013). « Advanced practice registered nurse certification ». *Nephrology Nursing Journal*, 40(3), 219-23, 216. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23923801>

American Association of Colleges of Nursing. (2004). *AACN position statement on the practice doctorate in nursing*. Tiré de <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Position-Statements/DNP.pdf>

American Association of Colleges of Nursing. (2006). *The essentials of doctoral education for advanced nursing practice*. Tiré de <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/Publications/DNPEssentials.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Ottawa : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006a). *Canadian nurse practitioner initiative: Implementation and evaluation toolkit for nurse practitioners in Canada*. Ottawa : Auteur. Tiré de https://nurseone.ca/~media/nurseone/files/en/toolkit_implementation_evaluation_np_e.pdf?la=en

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006b). Health human resources [chapter]. Dans : *Canadian nurse practitioner technical report*. Ottawa : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Ottawa : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Compétences nationales de base de l'infirmière clinicienne spécialisée*. Ottawa : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016a). *Énoncé de position : L'infirmière clinicienne spécialisée*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-clinicienne-specialisee_2016.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016b). *Énoncé de position : L'infirmière praticienne*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-praticienne_2016.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). *Cadre des infirmières et infirmiers sur l'aide médicale à mourir au Canada*. Ottawa : Auteur.

Association canadienne de protection médicale et Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). *Énoncé commun de l'ACPM et de la SPIIC sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative*. Tiré de https://www.cnps.ca/upload-files/pdf_french/CMPSA_CNPS_Joint_Statement_2017_FR.pdf

- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2012). *La formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada : Cadre national de principes directeurs et éléments essentiels*. Tiré de <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINALNPFframeworkFR20130131.pdf>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2015). *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière*. Tiré de <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (s.d.). *L'ACESI et l'agrément*. Tiré de <https://www.casn.ca/fr/accreditation/casn-and-accreditation/>
- Boyle, D. K., Cramer, E., Potter, C., Gatua, M. W. et Stobinski, J. X. (2014). « The relationship between direct-care RN specialty certification and surgical patient outcomes ». *AORN Journal*, 100, 511-528. doi:10.1016/j.aorn.2014.04.018
- Bryant-Lukosius, D. (2015). « Mentorship: A navigation strategy for promoting oncology nurse engagement in research ». *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 23(3), 1-4.
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Kaasalainen, S., Marshall, D. et DiCenso, A. (2015). « The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: A systematic review ». *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 21, 763-781.
- Bryant-Lukosius, D. et DiCenso, A. (2004). « A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles ». *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S.D., Fliedner, M., . . . De Geest, S. (2016). « Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles ». *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 201-209. doi:<http://dx.doi.org.proxy.queensu.ca/10.1111/jnu.12199>
- Bryant-Lukosius D, Cosby R, Bakker D, Earle C, Fitzgerald B, Burkoski V. (2015) *Effective use of advanced practice nurses in the delivery of adult cancer services in Ontario*. [program in Evidence-based Care Guideline, no.: 16-4]. Toronto : Action Cancer Ontario. Tiré de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Pj397eDqU6UJ:https://www.cancercare-ontario.ca/en/file/17451/download%3Ftoken%3DMoJkmL7n+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ca>
- Bryant-Lukosius, D. et Martin-Misener, R. (2015). *La pratique infirmière avancée, une composante essentielle des ressources humaines nationales pour la santé*. Tiré de http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2016/05/Synthese_de_politique_du_CII_6.pdf
- Bryant-Lukosius, D., Jokiniemi, K., Martin-Misener, R., Roussel, J., Carr, M., Kilpatrick, K. et Tramner, J., Y Rietkoetter, S. (2018). *Éclaircissement des contributions des rôles des infirmières et infirmiers spécialisés au Canada : résultats d'une étude nationale* [présentation de groupe]. Congrès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ottawa, le 20 juin.
- College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2018). *Regulatory philosophy*. Tiré de <http://www.nurses.ab.ca/content/carna/home/about/what-is-carna/regulatory-philosophy.html>

College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2006). *Standard for the use of the title "specialist" in registered nurse practice*. Tiré de <http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/Standards/Standard-for-the-Use-of-the-Title-Specialist-in-RN-Practice.pdf>

College of Registered Nurses of British Columbia, (2018). *Regulatory Philosophy*. Tiré de www.crnbc.ca/crnbc/pages/mandatepurpose.aspx

College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2018). *Relational Regulation*. Tiré de <https://crnns.ca/about-crnns/relational-right-touch-regulation/>

Commission nationale d'experts (CNE). (2012). *Un appel à l'action infirmière : La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Ottawa : AIIIC.

Conseil canadien de la santé. (2013). *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada*. Ottawa : Auteur.

Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière. (2016). *Entry-level competencies for NPs in Canada*. Tiré de http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/Standards/EntryLevel_NP_Competerencies_Dec2016.pdf

Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière. (2015). *Practice analysis study of nurse practitioners*. Tiré de <http://www.ccnr.ca/assets/ccnr-practice-analysis-study-of-nurse-practitioners-report---final.pdf>

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Tiré de http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

Dicenso, A. et Bryant-Lukosius, D. (2010). *Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada: A decision support synthesis*. Ottawa: CHSRF. Tiré de <https://www.scribd.com/document/353661532/Dicenso-CNS-and-NP-Practice-in-Canada>

Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Kioke, S., Carter, N., Harbman, P., Bourgeault, I., & DiCenso, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(special edition), 189-210.

Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd M., Akhtar-Danesh N. et Dicenso A. (2013). « A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care ». *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2148-2161. doi: 10.1111/jan.12140

Donald, F., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Harbman, P., Marshall, D., Reid, K. et DiCenso, A. (2015). « Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness ». *International Journal of Nursing Studies*, 52, 436-451. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.01

Hanrahan, N. et Hartley, D. (2008). « Employment of advanced-practice psychiatric nurses to stem rural mental health workforce shortages ». *Psychiatric Services*, 59(1), 109-111. Tiré de <https://search-proquest-com.proxy.queensu.ca/docview/213090304?accountid=6180>

Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Carter, N., Covell, C., Donald, F., Gibbons, S., Kilpatrick, K., McKinlay, J., Rawson, K., Sherifali, D., Tranmer, J. et Valaitis, R. (2016). « Partners in Research: Building Academic-Practice Partnerships to Educate and Mentor Advanced Practice Nurses ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1-9, doi: 10.1111/jep.12630.

Harrington, C. (2016). « Nurse practitioner practice patterns for management of heart failure in long-term care facilities ». *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 9(1), 73-80. doi:http://dx.doi.org.proxy.queensu.ca/10.1891/2380-9418.9.1.73

Hurlock-Chorostecki, C. et McCallum, J. (2016). « Nurse practitioner role, values in hospital; new strategies for hospital leaders ». *Nursing Leadership*, 29 (3), p. 82-92.

Institut canadien d'information sur la santé. (2018). *Le personnel infirmier réglementé, 2017 : tableaux de données sur les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes*. Ottawa : Auteur.

International Coach Federation (s.d.) Tiré de <https://coachfederation.org/code-of-ethics>

Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Carter, N., Kioke, S. et DiCenso, A. (2010). « An historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada ». *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(édition spéciale), 35-60.

Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Harbman, P., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R. et DiCenso, A. (2014). « The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20, 1106-23

Kleinpell, R., Scanlon, A., Hibbert, D., Ganz, F., East, L., Fraser, D., Wong, F. et Beauchesne, M. (2014). « Addressing issues impacting advanced nursing practice worldwide ». *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(2), Manuscript 5.

Labrosse, S. (2016). *Nurse practitioners: Improving access to primary care on Prince Edward Island*. Charlottetown, PEI: University of PEI.

Lange, J., Wallace, M., Gerard, S., Lovanio, K., Fausty, N. et Rychlewicz, S. (2009). « Effect of an acute care geriatric educational program on fall rates and nurse work satisfaction ». *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40,371-379. doi:10.3928/00220124-20090723-03

Lewandowski, W. et Adamle, K. (2009). « Substantive areas of clinical nurse specialist practice: A comprehensive review of the literature ». *Clinical Nurse Specialist*, 23(2), 73-90.

Little, L. et Reichert, C. (2018). *Développer le potentiel inexploité des infirmières et des infirmiers praticiens au sein du système de santé du Canada : Conclusions de l'étude pancanadienne de la FCSII sur la rétention et le recrutement des infirmières et des infirmiers praticiens*. Ottawa : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

MacLeod, M., Stewart, N. et Kulig, J. (2017). *Nursing practice in rural and remote Canada II*. Prince George, British Columbia: University of Northern British Columbia.

- Maier C., L. Aiken L. et Busse R. (2017). « Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No 98, OECD Publishing, Paris <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Marshall, D.A., Donald, F., Lacny, S., Reid, K., Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Charbonneau-Smith, R., Harbman, P., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R. et DiCenso, A. (2015). « Assessing the quality of economic evaluations of clinical nurse specialists and nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness ». *NursingPlus Open*, 11-17 DOI: 10.1016/j.npls.2015.07.001
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D., Charbonneau-Smith, R. et DiCenso, A. (2015a). « A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners in ambulatory care ». *BMJ Open* 5(6), e007167 DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007167.
- Martin-Misener R., Harbman P., Donald, F. et coll. (2015b). « Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review ». *BMJ Open*, 5, e007167
- Martinez-Gonzalez, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., et coll. (2014). « Substitution of physicians by nurses in primary care: A systematic review and meta-analysis ». *BMC Health Services Research*, 14, 214.
- Martinez-Gonzalez, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., et coll. (2014). « Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: a systematic review and meta-analysis ». *PLOS One*, 9, e89181.
- Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martin-Santos, F. J., et coll. (2016). « A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people ». *International Journal of Nursing Studies*, 53, 290-307.
- Naylor, D., Girard, F., Mintz, J., Fraser, N., Jenkins, T. et Power, C. (2015). *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada* (« Rapport Naylor »). Tiré de : <http://canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2017). *Nurse practitioner practice standard: Webcast*. Tiré de <http://www.cno.org/globalassets/4-learnaboutstandardsandguidelines/prac/learn/webcasts/np-standard-webcast.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Infirmière clinicienne spécialisée (ICS) en prévention et contrôle des infections*. Tiré de <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ics-en-prevention-et-contrrole-des-infections>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans les personnels de santé*. Tiré de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250100/9789242511307-fre.pdf?sequence=3>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016b). *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*. Tiré de http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf

Prince-Paul M., Burant C.J., Saltzman J.N., Teston L.J. et Matthews C.R. (2010). « The effects of integrating an advanced practice palliative care nurse in a community oncology center: a pilot study ». *Journal of Supportive Oncology*, 8(1), 21-7.

Professional Examination Service. (2015). *Practice Analysis Study of Nurse Practitioners*. Beaverton, ON : Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière (CCORPI).

Rhodes, C., Bechtel, M. et McNett, M. (2015). « An incentive pay plan for advanced practice registered nurses: Impact on provider and organizational outcomes ». *Nursing Economics*, 33.3, 227 – 230.

Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R. et Burge, F. (2013). A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: What happens when new roles are introduced? *BMC Nursing, London*, 12, 1.

Schober, M. (2016). *Introduction to advanced nursing practice: An international focus*. Cham: Springer.

Sidani, S. (1999), A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 58-66.

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

Stahlke, S., Rawson, K., et Pituskin, E. (2017). « Patient perspectives on nurse practitioner care in oncology in Canada. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 487-494. doi:http://dx.doi.org.proxy.queensu.ca/10.1111/jnu.12313

Staples, E., Ray, S. et Hannon, R. (2016). *Perspectives canadiennes de la pratique infirmière avancée*. Toronto : Canadian Scholars' Press.

Steinke, M., Rogers, M., Lehwaldt, D. et Lamarche, K. (2017). *An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally*. Genève : Conseil international des infirmières.

Styles, M. M. et Affara, F. A. (1997). *Le CII et la réglementation : Vers des modèles pour le 21^e siècle*. Genève : Conseil international des infirmières.

Swan M., Ferguson S., Chang, A. et coll. (2015). « Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review ». *International Journal for Quality in Health Care*, 27, 396-404.

Tsiachristas, A., Wallenburg, I., Bond, C. M. et coll. (2015). « Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review ». *Health Policy*, 119, 1176-87.

Wranik, D., Korchagina, M., Edwards, J., Bower, I., Levy, A. et Katz, A. (2015). *How best to pay interdisciplinary primary care teams*. Ottawa : Instituts de recherche en santé du Canada.

