

Pratique infirmière avancée

Réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

ÉDITION

COORDINATION

Suzanne Durand
Directrice
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

RÉDACTION ET RECHERCHE

Suzanne Durand,
Directrice
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ
France Laflamme
Infirmière-conseil
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

CONSULTATION

Comité des affaires cliniques, OIIQ
Table sectorielle nationale des réseaux universitaires
intégrés de santé (RUIS) en soins infirmiers

SOUTIEN DOCUMENTAIRE

Service, Veille et ressources documentaires
Direction, Communication, OIIQ

PRODUCTION

RÉVISION LINGUISTIQUE

OIIQ

CORRECTION D'ÉPREUVES

Patricia Labelle

CONCEPTION ET RÉALISATION

Uzin3 | communicateurs graphiques

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, rue Molson

Montréal (Québec) H1Y 4V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-3770

ventepublications@oiiq.org

oiiq.org

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

ISBN (978-2-89229-681-5) (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016

Tous droits réservés

NOTE - Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
1 LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE	6
1.1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE LA PRATIQUE AVANCÉE.....	6
1.2 CONTEXTE DE CRÉATION DE LA PIA.....	6
1.3 PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE : LA CONCEPTION AMÉRICAINE.....	7
2 INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE	10
2.1 CONTEXTE DE LA CRÉATION DU RÔLE.....	10
2.1.1 Dimensions du rôle de l'ICS.....	11
2.2 L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE AU CANADA.....	11
2.3 L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE AU QUÉBEC.....	12
2.4 LES RETOMBÉES DU RÔLE DE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE.....	15
Retombées pour la population.....	15
Retombées pour les infirmières.....	16
Retombées sur l'organisation des soins.....	16
Retombées sur la collaboration interprofessionnelle.....	16
2.5 FACTEURS FACILITANTS ET OBSTACLES À L'INSTAURATION DU RÔLE DE L'ICS.....	17
Facteurs facilitateurs.....	17
Disponibilité des outils.....	17
Obstacles à l'instauration du rôle d'ICS.....	17
Planification des ressources humaines.....	18
3 FORMATION DE L'ICS	19
4 POSITIONNER LA PRATIQUE DES ICS AU QUÉBEC	20
4.1 DÉFINITION CLAIRE ET COMMUNE DU RÔLE DE L'ICS.....	20
4.2 FORMATION MENANT AU TITRE D'ICS.....	21
4.3 PROCESSUS RÉGLEMENTAIRES.....	21
4.4 L'ICS ET LA PROTECTION DU PUBLIC : PLANIFICATION, DOCUMENTATION, ÉVALUATION, DIFFUSION ...	21
ANNEXE 1	
FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION	
POUR INSTAURER UN NOUVEAU RÔLE EN PIA	22
ANNEXE 2	
FACTEURS FAVORABLES AU DÉVELOPPEMENT	
DES RÔLES EN PIA SELON DIVERS CHAMPS D'APPLICATION	23
RÉFÉRENCES	24

INTRODUCTION

EN RÉPONSE À LA COMPLEXITÉ GRANDISSANTE DES SOINS ET À L'ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES SPÉCIALISÉES, LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE (PIA) EST EN DEMANDE CROISSANTE PARTOUT DANS LE MONDE, NOTAMMENT DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS COMME LE CANADA, LES ÉTATS-UNIS ET L'ANGLETERRE (OCDE, 2010). AU CANADA, IL EXISTE DEUX RÔLES EN PIA : CELUI D'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE (ICS) ET CELUI D'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE (IPS). LES INFIRMIÈRES EN PRATIQUE AVANCÉE SONT DES EXPERTES CLINIQUES, DES LEADERS ET DES AGENTS DE CHANGEMENT : ELLES SONT LES PRINCIPALES RESSOURCES HUMAINES SUR QUI IL FAUT COMPTER POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET POUR OFFRIR DES SOINS DE QUALITÉ, ÉCONOMIQUES ET VIABLES (DICENSO, BRYANT-LUKOSIUS, BOURGEOULT ET AL., 2010). TOUTEFOIS, BIEN QUE CES RÔLES EN PIA EXISTENT AU CANADA DEPUIS PLUS DE 40 ANS ET QUE LEUR APPORT À LA SÉCURITÉ ET À L'EFFICACITÉ DES SOINS AIT ÉTÉ DÉMONTRÉ (FULTON ET BALDWIN, 2004; HORROCKS, ANDERSON ET SALISBURY, T), FORCE EST DE CONSTATER QUE LEUR INTÉGRATION AUX SERVICES DE SANTÉ N'EST PAS OPTIMALE, SOUVENT EN RAISON DE DÉCISIONS POLITIQUES (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011). AINSI, BIEN QUE LE RÔLE D'IPS SOIT BALISÉ PAR DES RÈGLEMENTS ET AIT ÉTÉ CONÇU POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ, SA MISE EN ŒUVRE RENCONTRE DE MULTIPLES RÉSISTANCES ET TARDE À SE DÉPLOYER À SA PLEINE MESURE, MALGRÉ LES APPUIS FINANCIERS.

De même, l'ICS, l'autre infirmière en pratique avancée, est reconnue pour sa contribution à la qualité des soins et à la sécurité des patients grâce à sa capacité à leur donner des soins experts et à soutenir les équipes dans la dispensation de soins optimaux fondés sur des données probantes. Déployé dans toutes ses dimensions, le rôle d'ICS contribue à diminuer les coûts des soins de santé. Pourtant, ce rôle n'est balisé ni par un règlement ni par un processus de certification et le titre d'ICS n'est pas protégé.

À ce sujet, afin de mieux situer la place qu'occupe l'ICS dans le système de santé, des chercheurs ont réalisé un vaste sondage pancanadien (Kilpatrick et al., 2013). Les résultats font ressortir les principaux obstacles à l'évolution de ce rôle, ainsi que les conditions à mettre en place pour le renforcer. Ils révèlent notamment qu'une large proportion d'ICS ne donnent pas de soins directs, ce qui a pour effet de les fragiliser en cas de compressions budgétaires, leur retrait ne constituant pas d'emblée une coupe dans les services directs à la clientèle.

Or, des recherches ont montré que les ICS sont des chefs de file dans l'adoption des meilleures pratiques. En fait, les ICS jouent un rôle essentiel dans la coordination et la transition des soins, diminuant ainsi les durées de séjour, les réadmissions, les complications liées à l'hospitalisation, et ultimement les coûts du système de santé (National Association of Clinical Nurse Specialists, 2013b). Prenant appui sur ces résultats, l'Ordre estime que la contribution des ICS est essentielle pour répondre aux besoins croissants de la population québécoise en matière de santé.

Contrairement au rôle d'IPS, la variabilité des expériences et des formations exigées pour occuper des postes d'ICS constituent des obstacles majeurs à la pleine contribution des ICS (Donald et al., 2010). Il est donc crucial d'établir un consensus sur les caractéristiques du rôle de l'ICS afin que cette dernière puisse jouer un rôle essentiel dans la protection du public; il faut également élaborer une stratégie pour soutenir ce rôle dans le système de santé québécois. Dans ce sens, l'Ordre est partie prenante du consensus réalisé sur le rôle de l'ICS à la suite de travaux menés par la Table sectorielle nationale des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) en soins infirmiers. Ce consensus porte sur la définition du rôle de l'ICS, sur ses principales caractéristiques incluant une pratique clinique et sur la formation requise pour l'exercer ainsi que sur la création de mécanismes réglementaires.

Le présent document traitera des principaux aspects de la pratique des ICS. En premier lieu, les définitions les plus courantes des rôles en pratique infirmière avancée (ICS et IPS) et leurs principales caractéristiques seront présentées. Suivra la présentation du modèle de PIA adopté aux États-Unis à la suite d'un large consensus. Ensuite, il y aura un bref rappel de l'évolution de la PIA, et plus particulièrement du rôle de l'ICS au Canada et au Québec. Finalement, nous présenterons les recommandations en vue d'assurer la pérennité des rôles d'ICS au Québec. En annexe, des tableaux illustrent les facteurs établis par les chercheurs canadiens dont il faut tenir compte pour instaurer de nouveaux rôles de PIA (Annexe 1), ainsi que les facteurs à considérer à divers niveaux d'intervention pour renforcer le développement des rôles en PIA (Annexe 2).

1

LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE

1.1 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE LA PRATIQUE AVANCÉE

Au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2008) a diffusé un cadre national de la pratique infirmière avancée et en donne la description suivante : « Une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations dans le domaine de la santé. Cette pratique consiste à analyser et combiner des connaissances; comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et les résultats de la recherche infirmière; façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession infirmière dans son ensemble » (p. 10).

De même, le Conseil international des infirmières (2009) affirme que les infirmières en pratique avancée sont celles qui ont acquis des connaissances expertes, qui font preuve d'habiletés d'analyse et de décision pour répondre aux situations de soins complexes et qui possèdent des compétences cliniques pour un exercice approfondi.

Ces définitions concordent avec celles d'auteurs canadiens, experts dans le domaine, qui décrivent les rôles en PIA comme exigeant à la fois l'application de connaissances approfondies en pratique clinique, une pensée critique, des capacités d'analyse, de jugement clinique et de prise de décision, ainsi que l'exercice de fonctions liées à l'encadrement, au soutien professionnel, au mentorat, à la recherche et à l'évolution de la pratique infirmière (DiCenso, Bryant-Lukosius, Bourgeault et al., 2010).

En fait, il est reconnu que les rôles des infirmières exerçant en pratique avancée comportent sept compétences essentielles : les soins directs, la consultation, le leadership, la collaboration, le coaching, la recherche et le raisonnement éthique (Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014). Le temps consacré à chacun de ces aspects variera selon la spécificité du rôle de l'IPS ou celui de l'ICS (Donald et al., 2010).

1.2 CONTEXTE DE CRÉATION DE LA PIA

Pour situer la PIA dans le contexte actuel, il est intéressant de connaître les principaux jalons qui ont ponctué son évolution. En fait, la PIA s'est développée au cours des dernières décennies au fur et à mesure que les systèmes de santé du monde entier ont reconnu que la contribution des effectifs infirmiers aux soins de santé, par l'expansion de leurs rôles, constituait une stratégie efficace pour améliorer les services de santé (AIIC, 2008).

En premier lieu, la PIA s'est amorcée et a pris de l'importance lors de la Seconde Guerre mondiale. Le départ au front de nombreuses infirmières expérimentées a nécessité la formation d'une relève infirmière plus spécialisée possédant des habiletés avancées. Déjà à cette époque, la controverse s'installe sur le devenir de la profession infirmière. D'un côté, des infirmières considèrent que la profession n'est pas en mesure d'exercer des rôles plus avancés et plus autonomes dans le système de santé. Les craintes portent sur le risque de médicaliser les soins infirmiers et de perdre ainsi les fondements des sciences infirmières si les infirmières de pratique avancée occupent des fonctions autrefois assurées par les médecins (Kaasalainen et al., 2010). D'autres, au contraire, y voient une occasion à saisir pour développer la profession, argumentant que les infirmières sont en mesure de répondre aux nouveaux besoins de santé de la population.

Soulignons qu'au départ, la PIA a vu le jour à la fois pour s'adapter à la complexité croissante des connaissances scientifiques et technologiques requises pour exercer la profession et pour remédier aux écarts entre l'offre de soins du système de santé et la croissance de nouveaux besoins de la part de la population (Kaasalainen et al., 2010). C'est ainsi qu'on trouve au Canada deux rôles en PIA : l'infirmière praticienne spécialisée et l'infirmière clinicienne spécialisée.

Toutefois, alors que la formation et les rôles des IPS sont bien circonscrits et que leurs activités réservées sont précisées dans un règlement, les rôles et la formation des ICS de même que leurs appellations d'emploi varient beaucoup et ne s'appuient sur aucun processus de reconnaissance. Cette situation constitue un obstacle à la visibilité de la contribution des ICS en matière de sécurité et de qualité des soins et occulte les résultats positifs sur la santé de la population que leurs interventions apportent.

1.3 PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE : LA CONCEPTION AMÉRICAINE

Les écrits scientifiques indiquent que plusieurs pays réfléchissent actuellement à la situation de la pratique infirmière avancée. Des leaders américains en soins infirmiers ont entrepris une vaste réflexion afin de remédier aux difficultés liées à la grande diversité des rôles en PIA et ont établi un consensus. Au départ, le manque de reconnaissance de l'expertise des infirmières en pratique avancée et la multiplication du nombre d'examens de certification furent prétextes à entreprendre des travaux en vue d'en arriver à une définition commune de la PIA. Débutés en 2007, ces travaux ont permis à 50 organisations et associations professionnelles américaines en soins infirmiers d'établir un consensus sur un modèle (APRN Consensus Work Group et National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee, 2008) : The APRN Consensus Model – Licensure [permis], Accreditation [agrément], Certification [certification] and Education [formation] (LACE). Ce modèle prévoit le cheminement à suivre pour obtenir une certification dans un des quatre rôles en PIA et devrait être appliqué partout aux États-Unis en 2015. L'application de ce modèle permettra d'uniformiser la définition de la PIA, les programmes de formation universitaire, la certification de même que la réglementation.

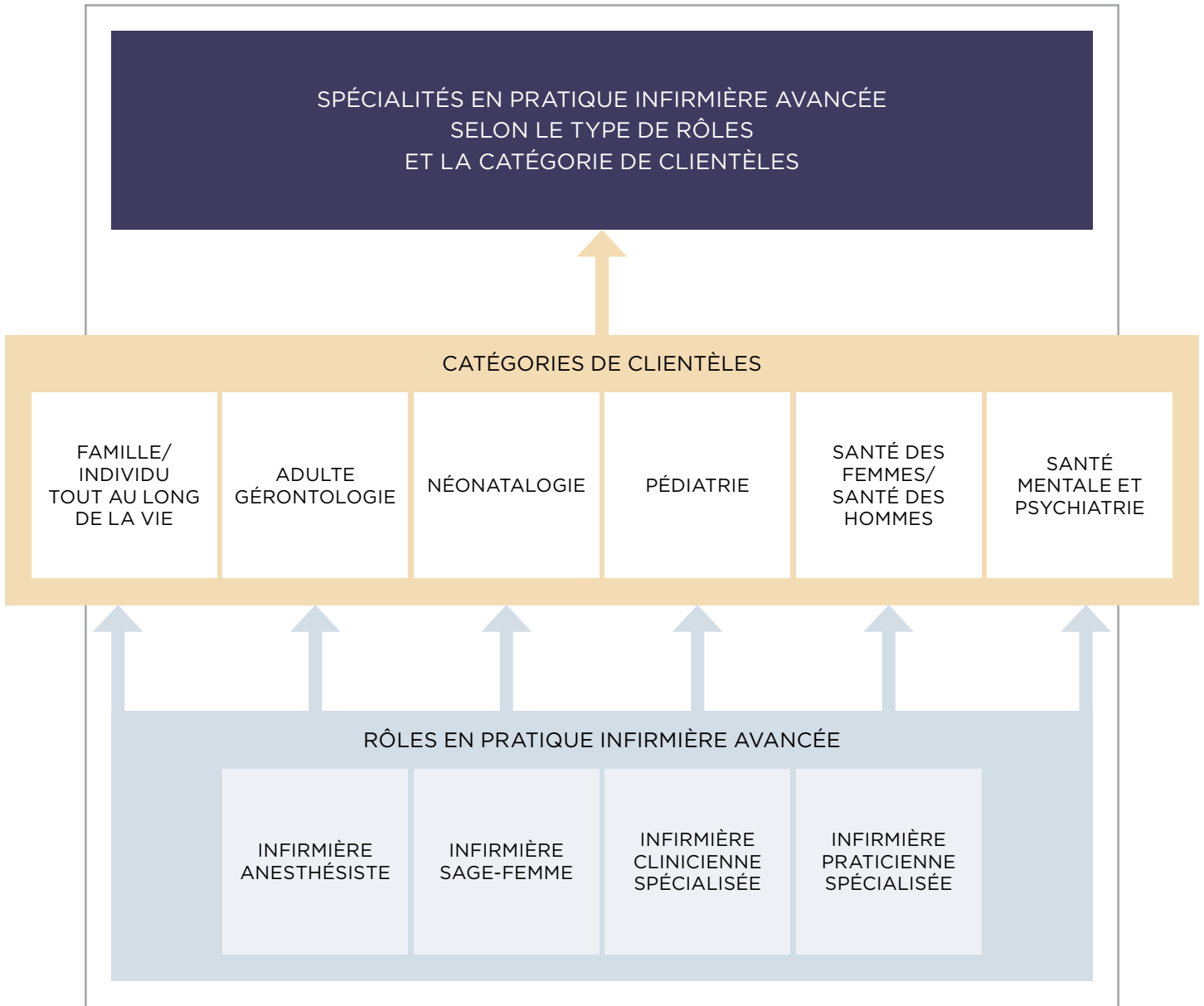
Le « APRN Consensus Model » (voir le Schéma 1) illustre les quatre rôles en PIA reconnus aux États-Unis, soit :

- 1 l'infirmière anesthésiste;
- 2 l'infirmière sage-femme;
- 3 l'infirmière clinicienne spécialiste;
- 4 l'infirmière praticienne.

L'infirmière doit donc obtenir une certification dans l'un des quatre rôles en PIA ainsi que pour l'une des six clientèles suivantes :

- 1 la famille/la personne à tous les âges de la vie;
- 2 l'adulte et la personne âgée;
- 3 la néonatalogie;
- 4 la pédiatrie;
- 5 la santé selon le genre (p. ex. : la santé des femmes);
- 6 la santé mentale et la psychiatrie.

SCHÉMA 1
LE MODÈLE DE PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE



Source : APRN Consensus Work Group et National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee, 2008, p. 10.

Le consensus établit que pour exercer l'un de ces rôles, l'infirmière doit remplir les conditions suivantes (APRN Consensus Work Group et National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee, 2008) :

- Avoir réussi un programme de formation universitaire accrédité la préparant à exercer l'un des quatre rôles en PIA auprès d'une clientèle ciblée;
- Avoir réussi l'examen de certification national mesurant les compétences pour le rôle choisi et la population ciblée et tenir ses compétences à jour en se soumettant à un processus de « recertification »;
- Posséder les connaissances cliniques et les habiletés avancées requises pour donner des soins directs et indirects aux patients; soulignons ici que la pratique clinique auprès de la clientèle est un facteur commun à tous les rôles en PIA;
- Posséder en plus de ses compétences d'infirmière, des connaissances approfondies, une grande capacité de synthèse des données et la capacité de réaliser des interventions complexes de façon autonome;
- Avoir le niveau de formation requis pour assumer les responsabilités relatives à la promotion de la santé, son maintien, aussi bien que l'évaluation, le diagnostic et la gestion des problèmes de santé, y compris l'utilisation et la prescription de traitements médicamenteux et non médicamenteux;
- Avoir acquis une expérience clinique suffisamment importante et approfondie;
- Avoir obtenu une certification pour exercer en PIA dans l'un des quatre rôles de pratique avancée.

Parmi les points importants qui ont fait l'objet du consensus sur la PIA, les soins directs à la personne ont été reconnus comme la compétence centrale et la caractéristique essentielle à la reconnaissance d'un rôle en PIA (Hamric et al., 2014). Autrement dit, si le rôle n'inclut pas une pratique clinique directe auprès de la clientèle, il ne peut pas être considéré comme faisant partie de la pratique infirmière avancée.

De plus, afin de développer un tronc de compétences de base communes à la PIA, ce modèle précise que le contenu de la formation universitaire menant à la PIA doit obligatoirement inclure les trois cours suivants :

- 1 physiologie et physiopathologie avancée;
- 2 évaluation de la santé;
- 3 pharmacologie avancée.

La formation doit aussi intégrer trois autres thèmes :

- 4 les principes de décision dans un rôle en PIA;
- 5 les compétences liées à ce rôle;
- 6 les connaissances requises pour exercer ce rôle auprès d'une population ciblée.

2

INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE

2.1 CONTEXTE DE LA CRÉATION DU RÔLE

Pour connaître l'origine des ICS, il faut remonter au XIX^e siècle en Angleterre, où le concept d'infirmière spécialiste fut créé dans le domaine de la psychiatrie et des soins communautaires, à partir d'une idée de Florence Nightingale. Le but de cette pratique infirmière était de renforcer le système de santé et de favoriser l'accès aux soins pour les personnes pauvres et celles atteintes de maladies chroniques.

Jusqu'en 1960, la formation est indéfinie et se limite souvent à la pratique clinique sur de longues années comprenant des expériences d'apprentissage formelles et informelles. Au cours des années 1970, le rôle de l'ICS combine connaissances et expérience, et se décline en quatre fonctions : pratique clinique, enseignement, consultation et supervision. Les infirmières qui occupent ces rôles ont fait des études avancées et suivi une formation clinique supervisée. La formation sert à développer des habiletés en vue d'envisager différentes hypothèses pour expliquer la situation de santé d'un patient, en prévoir le développement et décider des actions à réaliser : c'est la naissance du terme *clinical specialist in nursing*.

Au cours de la décennie 1980, les hôpitaux se rendent compte qu'il faut créer des rôles d'ICS pour améliorer les résultats de soins, réduire les complications pour les patients, diminuer les durées de séjours hospitaliers, développer de meilleures interventions cliniques et instaurer des stratégies de soins renforcées. Deux associations professionnelles américaines en soins infirmiers, l'American Association of Colleges of Nursing (AACN) et la National Association of Clinical Nurse Specialists (NACNS), s'entendent pour adopter un programme de formation menant à la PIA tenant compte des normes d'accréditation nationales. Ainsi, pour être admissibles à la certification nationale, les infirmières doivent avoir fait des études supérieures comprenant 500 heures cliniques supervisées ou des études post-baccalauréat comprenant 1000 heures cliniques supervisées. Ces normes ont été transmises à toutes les universités américaines.

D'abord conçu pour les soins hospitaliers, le rôle de l'ICS s'exerce aujourd'hui de plus en plus dans la communauté. Cette réalité concorde avec les orientations actuelles dans le domaine de la santé visant le transfert des services de santé vers la communauté. À ce sujet, l'Institute of Medicine (2011) se dit préoccupé de la capacité future du système de santé américain de répondre et de relever les défis liés à la qualité et à la sécurité des soins. En guise de solution, la NACNS met de l'avant l'expertise clinique des ICS. Selon elle, ce rôle est en mesure de répondre aux besoins de santé des patients, de soutenir la prestation de soins de niveau expert intégrant l'évolution des connaissances et des technologies, d'améliorer l'accès aux soins pour les patients et d'utiliser des outils de mesure en vue d'assurer des soins efficaces et sécuritaires. Or, actuellement, selon l'Institute of Medicine (2011) la variabilité dans l'étendue de l'exercice en PIA est surtout liée à des motifs politiques.

2.1.1 Dimensions du rôle de l'ICS

Les ICS font partie de l'équipe de direction des soins infirmiers et leurs compétences sont mises à profit pour assurer la sécurité et la qualité des soins. En effet, les connaissances approfondies appliquées à la pratique clinique constituent la pierre angulaire du rôle de l'ICS (Hamric et al., 2014; NACNS, 2013b). De cette compétence découlent les autres dimensions du rôle de l'ICS en matière de consultation, de leadership, de collaboration, de coaching, de recherche et d'éthique. Lorsqu'il est pleinement actualisé, le rôle de l'ICS exerce son influence sur trois sphères : les soins directs aux patients, la pratique des infirmières et l'organisation des soins dans sa spécialité clinique (Hamric et al., 2014).

En matière de soins directs, l'offre de soins de l'ICS se destine aux personnes vulnérables et à celles présentant des problèmes de santé complexes. Pour ce faire, l'ICS utilise des connaissances théoriques et des habiletés cliniques avancées pour évaluer et gérer les situations de soins complexes et leurs complications, accomplir des interventions thérapeutiques, planifier et coordonner les soins, surveiller et évaluer les résultats et, finalement, préconiser les services les plus adéquats pour répondre aux besoins des patients. L'ICS offre aussi des services de consultation pour faciliter la prise en charge de situations de soins complexes (AIIC, 2013).

Le temps que l'ICS consacre à la pratique clinique directe auprès de la clientèle varie selon le milieu de pratique. Toutefois, on estime qu'un minimum d'heures de pratique clinique directe, soit 20 %, assure à l'ICS qu'elle actualise ses compétences, qu'elle maintient sa crédibilité professionnelle en tant que clinicienne, ajoute à la valeur de ses recommandations, et lui permet d'être au fait des innovations cliniques souhaitables (Hamric et al., 2014).

En exerçant son leadership dans le système de santé, l'ICS favorise une culture organisationnelle d'apprentissage qui vise à assurer la qualité et la sécurité des soins par la formation et l'encadrement des infirmières et des autres membres de l'équipe de soins. Ainsi, l'ICS facilite l'intégration des données probantes à la pratique des infirmières dans le but d'obtenir de meilleurs résultats de soins pour la clientèle. Pour ce faire, les stratégies employées sont notamment l'élaboration de normes et de guides de pratique, l'adoption de diverses stratégies d'éducation, et la conception d'activités de gestion de qualité et de recherche. De plus, l'ICS exerce son leadership en utilisant ses compétences pour analyser et influencer les politiques de santé.

2.2 L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE AU CANADA

Il existe encore trop peu de données de recherches canadiennes pour que la contribution des ICS soit plus visible. Pour remédier à cette lacune, un sondage pancanadien mené par Kilpatrick et al. (2013) visant à mieux comprendre les dimensions liées à l'exercice des rôles d'ICS au Canada a révélé, dans un premier temps, la difficulté pour les ordres et les organismes professionnels de savoir quelles infirmières occupent un poste d'ICS.

Malgré les embûches, ce sondage a permis d'obtenir des réponses concernant la pratique de 804 infirmières sur 2431 ayant fait des études supérieures. Globalement, soulignons ici qu'elles indiquent 500 appellations d'emploi différentes. Parmi celles-ci, environ la moitié (52,9 %) dit être certifiée dans une spécialité clinique sans spécifier le niveau. La majorité travaille en milieu urbain (93 %) et à temps complet (83,5 %). Toutefois, 40 % d'entre elles indiquent que les soins directs ne constituent pas la principale activité de leur pratique. La moitié d'entre elles (50 %) est syndiquée et l'autre moitié relève d'un questionnaire en soins infirmiers.

Le manque de clarté du rôle d'ICS constitue la principale barrière à son déploiement efficace et à son intégration dans le système de santé (Kilpatrick et al., 2013). De fait, les ICS se disent insatisfaites de leur rôle et nombre d'entre elles quittent leur poste entraînant ainsi une perte d'expertises spécialisées.

Selon Kilpatrick, DiCenso et al. (2014), les facteurs influençant les infirmières dans leur décision de quitter leur poste d'ICS sont les suivants :

- le rôle est flou (33,5 %);
- peu de postes d'ICS (28,7 %);
- l'incapacité d'exercer ce rôle dans toutes ses dimensions (20,7 %);
- le manque de soutien de la part des dirigeants (15,2 %);
- les contraintes budgétaires (14 %).

En ce qui concerne la proportion de temps consacré à la pratique clinique, elle varie selon la définition du rôle des ICS et les pays où elles exercent. Selon le sondage canadien, les ICS qui ont une fonction clinique y consacrent environ 22 % de leur temps de travail, tandis que 40 % des participantes indiquent que leur rôle ne comporte pas de soins directs aux patients (Kilpatrick et al., 2013). Dans d'autres pays industrialisés, les ICS consacrent un pourcentage de temps plus élevé à la pratique clinique. Par exemple, aux États-Unis (Mayo et al., 2010) et en Grande-Bretagne (Oliver et Leary, 2012), les ICS passent respectivement 38 % et 67 % de leur temps travaillé à donner des soins directs.

Quant au nombre d'ICS au Canada, il faut souligner qu'il a diminué, passant de 2 624 à 2 222 entre 2000 et 2008, tandis que durant la période entre 2007 et 2011, le nombre d'IPS a doublé, passant de 1 344 à 2 777. Par contre, le sondage révèle que 40 % des ICS exerceraient maintenant dans la communauté (Kilpatrick et al., 2013).

Pour ce qui est du soutien financier, contrairement à ce qui s'est produit pour les IPS, il y a peu d'investissement, à l'échelle nationale et provinciale, pour soutenir le développement des rôles d'ICS. Ce phénomène peut être lié à la fois à l'absence de programmes de formation officiels, de processus d'accréditation et de titre protégé. On remarque une perte importante du nombre de poste d'ICS entre 2003 et 2006, particulièrement en Colombie-Britannique et en Ontario (DiCenso, Bryant-Lukosius, Bourgeault et al., 2010). D'ailleurs, plusieurs auteurs s'inquiètent de la pérennité des ICS au Canada. Selon eux, le manque de clarté du rôle est la principale barrière à l'introduction et à l'utilisation efficace des ICS.

2.3 L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE AU QUÉBEC

Au Québec, l'émergence des rôles en PIA vers les années 1970 a suivi le développement des programmes universitaires de deuxième cycle en sciences infirmières. Leur déploiement fait l'objet de divers enjeux politiques et financiers (Roch et Ouellet, 2010). Au départ, les soins devenus de plus en plus complexes favorisent le déploiement des infirmières en pratique avancée surtout en milieu hospitalier pour les soins de courte durée. De fait, les ICS offrent des soins plus complexes, améliorent les connaissances et les compétences des infirmières par le « coaching » et créent une dynamique d'expertise pour la discipline infirmière qui perfectionne les soins aux patients.

La majorité des ICS travaillent sous la gouverne des directrices de soins infirmiers (DSI) des établissements de santé, notamment ceux devant répondre aux exigences de soins spécialisés découlant d'une mission universitaire. Plusieurs appellations sont utilisées pour désigner une ICS, ce qui rend d'autant plus complexe la reconnaissance de ce rôle : « infirmière clinicienne spécialisée », « conseillère clinique » et « cadre-conseil » sont des exemples d'appellations d'emploi. D'ailleurs, cette situation entretient la confusion par rapport à ce rôle ainsi qu'aux exigences universitaires qui devraient y être associées.

En outre, lors de la dernière convention collective, une modification de l'appellation d'emploi « monitrice clinique » pour « conseillère clinicienne » crée encore plus de confusion. Sans parler de l'ajout de l'appellation d'emploi « infirmière clinicienne » utilisée pour désigner les postes occupés par des infirmières bachelières. C'est ainsi que des infirmières ayant une formation universitaire de premier cycle ont pu obtenir des mandats habituellement réservés à des infirmières ayant une formation universitaire supérieure. Ainsi, selon plusieurs écrits, le rôle est décliné de façon très variable et parfois même confondu avec des appellations d'emplois qui n'ont rien à voir (Roch et Ouellet, 2010).

Soulignons aussi la situation des ICS qui ont des mandats orientés davantage vers des résultats organisationnels au détriment de la clinique. Cette situation contribue à rendre leur position plus fragile en période de compressions budgétaires ou de restructuration des services, leur retrait ne constituant pas d'emblée une diminution de services aux clients.

Au Québec, selon les données tirées du Tableau de l'OIIQ au 31 mars 2015 et illustrées au Tableau 1, 3 337 infirmières déclarent qu'elles sont titulaires d'un diplôme d'études supérieures : 1 760 en sciences infirmières et 1 577 dans un autre domaine. Parmi celles-ci, 341 déclarent qu'elles occupent un poste de « cadre-conseil ». La majorité d'entre elles, soit 255, sont titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières, tandis que les 86 autres possèdent un diplôme dans un autre domaine. Dans le groupe des infirmières affectées à des postes de « conseillère en soins infirmiers », il y en a 73 qui sont titulaires d'une maîtrise : 46 en sciences infirmières et 27 dans un autre domaine.

TABEAU 1
NOMBRE D'INFIRMIÈRES TITULAIRES D'UNE MAÎTRISE¹, SELON LE DOMAINE D'ÉTUDES ET NOMBRE ET PROPORTION SELON LA FONCTION EXERCÉE², AU 31 MARS 2015

FONCTION PRINCIPALE	SCIENCES INFIRMIÈRES ³		AUTRES DOMAINES ⁴		TOTAL	
Infirmière praticienne spécialisée	268	15,2 %			268	8,0 %
Infirmière clinicienne spécialisée (PCI)	8	0,5 %			8	0,2 %
Cadre conseil	255	14,5 %	86	5,5 %	341	10,2 %
Conseillère en soins infirmiers	46	2,6 %	27	1,7 %	73	2,2 %
Infirmière clinicienne	302	17,2 %	199	12,6 %	501	15,0 %
Coordonnatrice de suivi systématique	16	0,9 %	16	1,0 %	32	1,0 %
Infirmière	72	4,1 %	104	6,6 %	176	5,3 %
Assistante infirmière chef	39	2,2 %	55	3,5 %	94	2,8 %
Autre fonction clinique	63	3,6 %	58	3,7 %	121	3,6 %
Psychothérapeute	7	0,4 %	5	0,3 %	12	0,4 %
Gestion	336	19,1 %	776	49,2 %	1 112	33,3 %
Enseignement	277	15,7 %	213	13,5 %	490	14,7 %
Recherche	71	4,0 %	38	2,4 %	109	3,3 %
Total (exercent au Québec)	1 760	100,0 %	1 577	100,0 %	3 337	100,0 %
Exercent à l'extérieur du Québec	37		40		77	

1. Inclut également les infirmières qui ont un doctorat (n=243).

2. Selon la déclaration annuelle lors de l'inscription au Tableau.

3. Ces personnes peuvent également avoir un diplôme d'études supérieures dans d'autres domaines.

4. Ces personnes peuvent également avoir des diplômes universitaires en sciences infirmières, mais de niveau inférieur à la maîtrise.

Source : OIIQ, Tableau des membres.

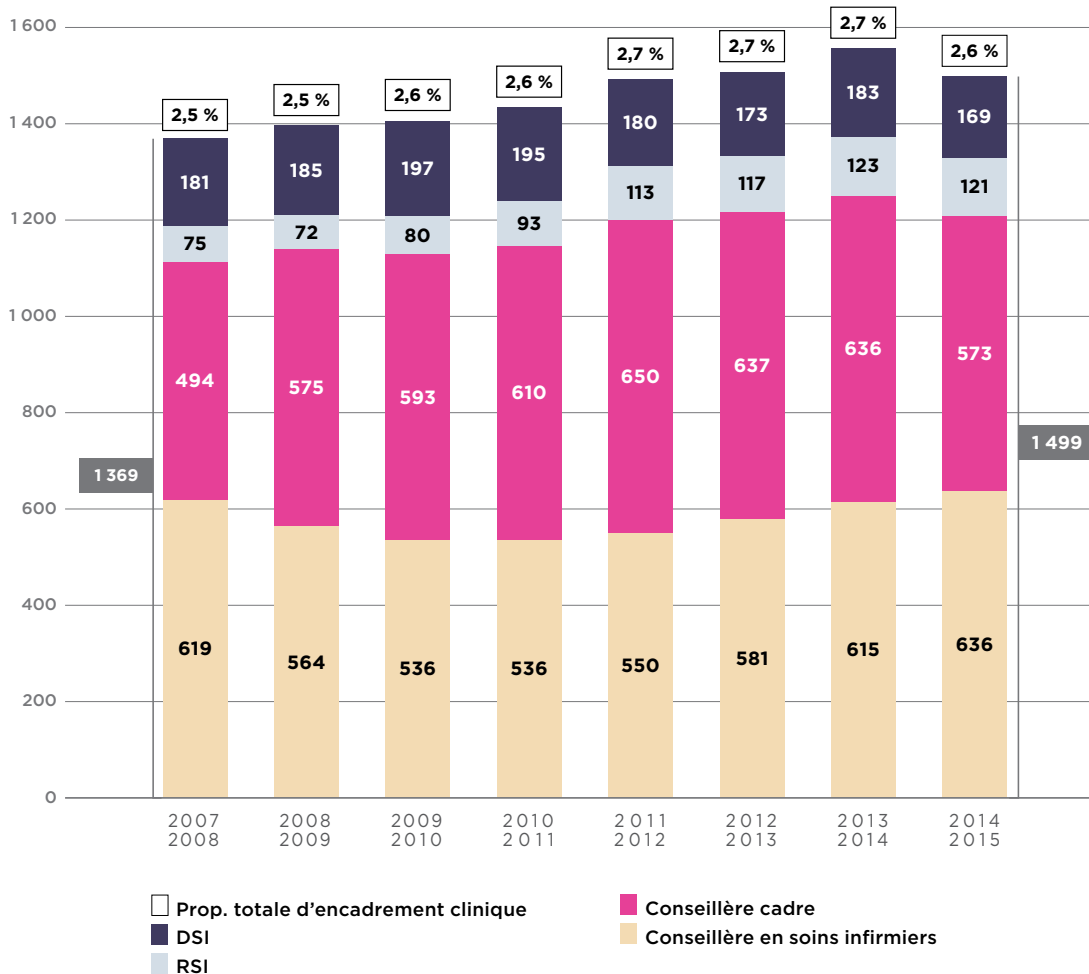
Par ailleurs, il est intéressant de noter que parmi celles qui ont fait des études supérieures, 501 infirmières occupent un poste « d'infirmière clinicienne », 32 un poste de « coordonnatrice de suivi » et 176 un poste « d'infirmière ». Au total, 709 infirmières, soit 21,3 % des infirmières ayant une maîtrise, sont susceptibles d'utiliser leurs connaissances et leurs habiletés avancées auprès de la clientèle sans reconnaissance sur le plan de leur titre ou de leur rémunération.

Également, ces données statistiques indiquent que sur 1 112 infirmières ayant une maîtrise et occupant une fonction de gestion, 19,1 %, soit 336, ont une maîtrise en sciences infirmières et près de 50 %, soit 776, ont une maîtrise dans un autre domaine. Toutefois, les échelles salariales liées aux postes de gestion reconnaissent la formation universitaire de maîtrise.

Par contre, le Tableau 2 indique que le nombre d'infirmières affectées à des postes de « cadre-conseil » et de « conseillère en soins infirmiers » fluctue au fil des années. Ainsi, le nombre de « conseillères cadres » est passé de 494 en 2007-2008 à 637 en 2012-2013, pour ensuite diminuer à 573 en 2014-2015, ce qui constitue pour l'année 2014-2015, une perte de 64 postes de conseillère cadre. De l'autre côté, le nombre de « conseillères en soins infirmiers » est passé de 564 en 2008-2009 à 636 en 2014-2015; une augmentation de 72. Ce tableau indique que pour l'ensemble des rôles en gouvernance clinique, l'effectif infirmier affecté à l'encadrement clinique dans le réseau de la santé et des services sociaux varie entre 2,5 % et 2,7 %.

En ce qui concerne la formation des infirmières occupant une fonction de « cadre-conseil », les données révèlent de larges écarts dans la formation, allant d'un double diplôme de maîtrise à un diplôme d'infirmière formée à l'hôpital. Il est possible que ces différences sur le plan de la formation influent sur la façon d'exercer le rôle. Précisons que dans ce cas, le niveau de rémunération n'est pas nécessairement lié à la formation et à la complexité de la fonction.

TABLEAU 2
NOMBRE D'INFIRMIÈRES EXERÇANT UN RÔLE DE GOUVERNANCE CLINIQUE,
SELON LA FONCTION EXERCÉE, ET PROPORTION SUR L'ENSEMBLE DE L'EFFECTIF
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2008-2009 À 2014-2015



Source : OIIQ, Tableau des membres.

Il est possible que l'augmentation du nombre de postes « d'infirmière-conseil » soit une réponse au fait que la majorité des infirmières exerçant en milieu hospitalier a un diplôme d'études collégiales. De fait, les infirmières dans des rôles de conseils s'occupent particulièrement de former et de coacher des infirmières pour qu'elles répondent à des exigences plus élevées en matière de connaissances scientifiques et d'habiletés technologiques, qu'elles intègrent des données probantes à leur pratique et donnent des soins de qualité et sécuritaires aux personnes présentant des situations de soins complexes. Il est aussi possible que les réorganisations successives des soins de santé au cours des dernières années aient demandé l'implication d'infirmières « cadres-conseils » pour accompagner les nouvelles infirmières dans un environnement de soins en constante mouvance.

Par contre, des milieux de soins confient à des infirmières n'ayant pas fait d'études supérieures, des mandats habituellement réservés à des « cadres-conseils » ou des ICS. Certains attribuent cette situation au manque d'infirmières formées pour ce faire et d'autres à une visée économique. Il est aussi possible que la plus-value des ICS ne soit pas d'emblée visible, étant donné que les ICS occupent le même champ d'exercice que les infirmières. Il s'agit ici d'un autre facteur pouvant rendre la contribution des ICS difficile à discerner.

Finalement, rappelons qu'au Québec, c'est l'Office des professions qui accorde les titres de spécialiste. Pour l'obtenir, l'ordre professionnel doit déposer un dossier de type argumentaire répondant aux critères établis par l'Office démontrant qu'il s'agit d'une pratique clinique dans un domaine professionnel exigeant une formation qui va au-delà de la formation initiale et qu'un programme de formation existe déjà. L'acceptation de la spécialisation par l'Office entraîne l'adoption subséquente de règlements précisant les programmes de formation et le diplôme requis pour porter le titre de spécialiste. À ce jour, des règlements confèrent cinq titres de spécialistes en soins infirmiers, soit quatre titres d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) (cardiologie, néphrologie, néonatalogie et soins de première ligne) et un titre d'ICS en prévention et contrôle des infections (ICS-PCI).

2.4 LES RETOMBÉES DU RÔLE DE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE

Les résultats de recherches et d'expériences cliniques portant sur la sécurité, l'efficacité et l'efficacité des soins concluent que la PIA améliore grandement l'accès à des soins de qualité, notamment pour les soins de santé primaire, le suivi des personnes présentant des problèmes de santé chroniques ainsi que les situations de transition des soins (Institute of Medicine, 2011). Plus précisément, des recherches ont montré les retombées positives du rôle d'ICS pour la population, la pratique des infirmières, les organisations de soins et la collaboration interprofessionnelle.

Retombées pour la population

Des résultats d'études indiquent que l'ICS obtient de meilleurs résultats pour le patient et améliore la sécurité et la qualité des soins aux patients (Brooten et al., 2001; Fulton et Baldwin, 2004; NACNS, 2013b). Par exemple, les données indiquent que l'ICS :

- augmente le taux de survie des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- obtient de meilleurs résultats pour les patients;
- diminue le recours aux urgences en favorisant le développement des capacités du patient à s'occuper de sa santé;
- prévient les complications pour les patients en milieu hospitalier, ce qui augmente la qualité des soins et réduit les coûts;
- diminue les durées des séjours hospitaliers;
- diminue les erreurs dans la prestation de soins.

En effet, les connaissances et les compétences cliniques sont des ingrédients essentiels pour diminuer les risques d'incident chez les patients. À ce sujet, le document de la NACNS (2013b) montre l'impact des ICS sur la diminution des coûts et sur la promotion de la qualité des soins infirmiers en milieu hospitalier et dans la communauté. Leur contribution concerne autant la gestion des problèmes de santé chroniques complexes que la coordination et la transition des soins. Ce document dresse la liste des études montrant l'impact positif du rôle des ICS à titre de cliniciennes, de consultantes et d'agentes de changement dans la prévention des complications en milieu hospitalier et dans la diminution des coûts pour les établissements. Les études indiquent qu'un fort pourcentage d'incidents dans la prestation de soins est lié à l'absence de stages cliniques et de formation universitaire.

Retombées pour les infirmières

Championne pour innover et instaurer des changements qui améliorent la qualité des soins, l'ICS aide les infirmières à voir les possibilités d'améliorer leurs soins et facilite l'intégration de données probantes à leur pratique. Ceci encourage les infirmières à acquérir les connaissances nécessaires pour assurer le suivi des patients, augmentant ainsi la qualité des soins. Qu'elle dispense de la formation de façon formelle ou informelle, qu'elle agisse à titre de guide ou modèle de rôle, l'ICS exerce une influence positive sur la pratique des infirmières. Les auteurs Byrne, Schroeter et Mower (2010), Kaplow (2011) et Wade (2009) soulignent son influence positive sur les infirmières et notent une augmentation de :

- leur capacité à reconnaître les symptômes chez les patients et à intervenir plus rapidement et adéquatement;
- leur capacité à prendre des décisions;
- leur engagement professionnel;
- l'application de données probantes dans leur pratique clinique;
- leur crédibilité professionnelle;
- leur sentiment d'appropriation.

Retombées sur l'organisation des soins

Considérée comme un acteur clé de la performance organisationnelle, l'ICS joue un rôle essentiel dans les organisations de soins (Lefebvre, 2014). En effet, l'ICS a un impact sur la qualité, les coûts et la satisfaction de la clientèle lorsqu'elle est en mesure d'utiliser ses compétences et de s'impliquer dans la coordination et la transition des soins, la gestion des soins aux personnes atteintes de maladies chroniques complexes, notamment en soins de première ligne. Ce faisant, elle a un impact sur la diminution des durées des séjours hospitaliers, des réhospitalisations et des complications liées à l'hospitalisation. Bref, si elle est en mesure d'exercer à plein son rôle, l'ICS renforce l'accès aux services et la qualité des soins pour des milliers de personnes qui en ont besoin et améliore le rapport coût-efficacité.

Par rapport à la mission des organisations de santé, des études (NACNS, 2013b) ont révélé que l'ICS :

- réduit les coûts relatifs aux maladies chroniques par la promotion des autosoins; elle réduit ainsi les coûts des soins et le nombre de réadmissions (infarctus, asthme, épilepsie);
- diminue les durées des séjours à l'hôpital et la mortalité des personnes ayant subi un infarctus, en mettant en pratique des lignes directrices et en développant des outils de suivi;
- diminue les coûts de 15 % à 28 % en réduisant les durées des séjours à l'hôpital et la mortalité chez les personnes âgées ayant subi une fracture de la hanche;
- diminue les durées des séjours à l'hôpital et transforme les soins aux patients atteints de diabète par la coordination et l'accompagnement des équipes.

De par son rôle d'experte dans l'application des données probantes à la pratique clinique des infirmières, l'ICS joue un rôle important dans la réduction des coûts de santé en diminuant les durées des hospitalisations, en évitant les événements indésirables et en réduisant les complications (AIIC, 2014). En fait, les ICS favorisent l'excellence dans la pratique des soins infirmiers en :

- dirigeant des initiatives d'amélioration de la qualité;
- concevant et appliquant des politiques et des pratiques fondées sur des données probantes;
- aidant les infirmières et d'autres professionnels de la santé à utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Retombées sur la collaboration interprofessionnelle

Concernant la collaboration interprofessionnelle, des résultats de recherche indiquent un lien significatif entre la formation de deuxième cycle universitaire et l'augmentation des aptitudes à collaborer. En pratique clinique, ces aptitudes se manifestent par de meilleures capacités à coordonner les soins et à obtenir, au final, de meilleurs résultats pour le patient (DiCenso, Bryant-Lukosius, Bourgeault et al., 2010).

Par ailleurs, il importe de considérer le niveau de formation des professionnels avec qui l'ICS collabore; il y va de la crédibilité de ses recommandations. Ainsi, soulignons la hausse des exigences de formation pour l'entrée dans plusieurs professions de la santé. Un diplôme de maîtrise est maintenant requis pour obtenir un permis de pratique dans le cas des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des thérapeutes conjugaux et familiaux, des psychoéducateurs, des audiologistes et orthophonistes tandis que les psychologues doivent maintenant avoir un doctorat professionnel.

2.5 FACTEURS FACILITANTS ET OBSTACLES À L'INSTAURATION DU RÔLE DE L'ICS

Facteurs facilitants

Une revue des écrits, des interviews et des groupes de discussion réalisés auprès de 81 personnes clés ont permis à des auteurs canadiens de dresser une liste de facteurs importants à considérer pour instaurer et renforcer les rôles en PIA (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misener, Donald et al., 2010). De plus, ces facteurs favorisent l'utilisation des rôles en PIA selon leur plein potentiel, et ce, tout au long du continuum de soins.

Des tableaux en annexe énoncent les principaux facteurs à prendre en considération pour créer un nouveau rôle en PIA (Annexe 1) et ceux qui sont favorables selon divers champs d'application pour renforcer le développement des rôles en PIA (Annexe 2). Ces tableaux concernent les rôles de pratique infirmière avancée comme l'IPS en soins de première ligne, les IPS en milieu hospitalier et l'ICS.

En résumé, le facteur primordial dont il faut tenir compte lorsqu'on veut créer un nouveau poste d'ICS est sa capacité à combler des lacunes dans la prestation de soins aux clients et dans le système de santé. Également, il faut que le rôle de l'ICS soit clairement défini et se distingue de celui de l'IPS et des autres rôles infirmiers. Un autre facteur important consiste à utiliser un processus de planification systématique qui intègre dès le départ des personnes influentes, des décideurs ou des gestionnaires. Ces personnes s'assureront que le nouveau rôle répondra aux besoins des patients et en feront la promotion auprès du public et des autres professionnels de la santé. L'influence des « leaders seniors » et des « champions » sur le plan organisationnel a aussi un impact sur le développement de nouveaux rôles d'ICS (O'Connor et Ritchie, 2010) de même que les ICS elles-mêmes, de par leur contribution à la qualité des soins (Kilpatrick et al., 2013).

Disponibilité des outils

Des recherches ont permis de créer des outils pour faciliter le développement et la mise en œuvre de nouveaux rôles. À ce sujet, nous portons à votre attention les deux modèles suivants :

- Le cadre PEPPA (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004) : propose un processus systématique en neuf étapes pour planifier et instaurer un nouveau rôle en PIA dans un contexte particulier.
- Le modèle du Winnipeg Regional Health Authority (2012), fondé sur le Strong Model of Advanced Practice de l'University of Rochester Medical Center : comporte différents aspects liés au rôle de l'ICS comme la culture organisationnelle, le leadership, la réceptivité (équipe, organisation, patient), le recrutement et la rétention, la communication, l'infrastructure, la syndicalisation, le cadre réglementaire, l'orientation et le soutien.

Obstacles à l'instauration du rôle d'ICS

Plusieurs obstacles à l'instauration du rôle d'ICS sont soulignés dans les écrits. Les principaux concernent 1) l'absence d'une compréhension claire du rôle de l'ICS; 2) l'absence d'une vision claire et commune du rôle de l'ICS au Canada; 3) l'accès limité à une formation particulière menant au rôle d'ICS; 4) l'absence de titre protégé et de certification; 5) le chevauchement de fonctions avec d'autres professionnels. En définitive, l'invisibilité des rôles d'ICS, ou le fait de ne pas avoir une voix commune forte, peut aussi constituer une barrière.

En effet, l'absence de définition claire du rôle de l'ICS et de la formation requise, ainsi que le fait que le titre d'ICS ne soit pas protégé, constituent les principaux facteurs qui entretiennent la confusion sur ce rôle et qui peuvent expliquer la difficulté à rendre visible la contribution de l'ICS dans le système de santé. Ces facteurs contribuent au fait que les compétences des ICS ne sont pas exploitées à leur pleine mesure. Pourtant les données indiquent que les besoins des Québécois ne sont pas satisfaits en matière d'accès et de continuité de services.

Les pressions économiques peuvent à la fois constituer une contrainte à la mise en œuvre de nouveaux rôles d'ICS et une opportunité. Dans ce dernier cas, il y a lieu de démontrer la capacité de l'ICS de donner des services efficaces tout en réduisant les coûts du système de santé et en améliorant les résultats pour le patient. Il y a aussi lieu de renforcer la composante clinique du rôle de l'ICS, y compris les soins directs aux patients, la consultation concernant des problèmes de santé complexes et le soutien clinique. La diminution de la portion clinique du rôle de l'ICS au profit du mandat organisationnel comporte des conséquences sur d'autres aspects. Sans cet apport clinique, il devient plus difficile pour l'ICS de maintenir son expertise clinique et de conserver sa crédibilité auprès des autres professionnels (Hamric et al., 2014). Finalement, la population ne profite pas de sa contribution directe aux soins.

Planification des ressources humaines

On remarque que les postes d'ICS sont bien souvent créés pour répondre à des crises. Cette absence de planification de ressources fait en sorte que des ICS formées ne trouvent pas de postes ou que des postes d'ICS demeurent vacants. Le manque de clarification du rôle de l'ICS peut aussi conduire à recruter des infirmières qui ne sont pas formées et outillées adéquatement pour remplir ce rôle.

3

FORMATION DE L'ICS

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008), en plus d'un permis d'exercice, l'infirmière clinicienne spécialisée possède un diplôme de maîtrise ou de doctorat en soins infirmiers, ainsi qu'une expertise clinique dans un domaine de soins spécialisés.

Actuellement, le niveau de formation et les contenus des programmes de formation menant à des fonctions en pratique avancée ne sont pas uniformes d'une province à l'autre. Ainsi, une formation universitaire de niveau maîtrise en sciences infirmières ne permet pas nécessairement de développer les compétences nécessaires pour exercer la fonction d'ICS. En fait, des infirmières occupent des postes d'ICS sans avoir de formation dans ce domaine et utilisent le titre d'ICS puisqu'il n'est pas protégé. Cette situation contribue à entretenir la confusion liée au rôle d'ICS tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la profession. C'est pourquoi des améliorations devraient viser la description détaillée du rôle d'ICS et la protection du titre (Bryant-Lukosius et al., 2010).

En effet, plusieurs voix s'élèvent pour réclamer une normalisation nationale des programmes de formation menant au rôle d'ICS avec un processus d'accréditation des programmes (Martin-Misener et al., 2010). Selon ces auteurs, l'amélioration de la cohérence des programmes de formation menant aux rôles de l'IPS et de l'ICS contribuerait à augmenter la visibilité et la crédibilité de ces rôles, à favoriser leur intégration au réseau de la santé, à faciliter l'utilisation optimale des compétences et à améliorer la mobilité des spécialistes en PIA. Toutefois, certains craignent un processus trop rigide et préfèrent des standards de formation à une formation normalisée.

Ces propositions feront immédiatement ressortir des préoccupations financières. Disposera-t-on des fonds nécessaires pour développer les programmes de formation et aurons-nous les ressources humaines requises? D'autres noteront les difficultés d'accès aux milieux de stages cliniques. Pour y remédier, certains recommandent la mise en commun des professeurs et l'accès à distance des programmes de formation en PIA, y compris pour la formation continue.

Les discussions à propos de la normalisation possible des programmes de formation menant aux rôles d'ICS doivent aussi tenir compte du fait que plusieurs professions exigent que leurs membres aient une formation universitaire de niveau maîtrise. Soulignons qu'aux États-Unis, le doctorat professionnel est devenu, en 2015, le niveau de formation requis pour l'accréditation à des rôles en pratique avancée. Il faut distinguer ici le doctorat professionnel qui vise la formation clinique avancée du doctorat (Ph. D.) qui prépare à la recherche. En fait, le programme de formation menant aux rôles d'ICS doit préparer les étudiants à répondre aux besoins des patients et des organisations (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). Par contre, il y aura toujours une tension entre la durée du programme de formation, les contenus de formation nécessaires et les coûts liés à la création et au maintien du programme de formation, ainsi qu'à l'investissement de la part des étudiants.

La nécessité d'une plus grande harmonisation des programmes de formation pour les infirmières en pratique avancée constitue un objectif qui rallie tous les membres de la Global Alliance for Leadership in Nursing Education and Science (www.ganes.info). Cette dernière organisation est composée, entre autres, de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), de l'American Association of Colleges of Nursing (AACN), de l'Association of Latin American Schools and Faculties of Nursing (ALADEFE) et du Forum of University Nursing Deans in South Africa (FUNDISA).

4

POSITIONNER LA PRATIQUE DES ICS AU QUÉBEC

Pour que les ICS soient en mesure d'exercer leur rôle et ainsi répondre aux besoins croissants de santé de la population québécoise et assurer la protection du public, certaines conditions doivent être remplies. Selon le rapport de DiCenso, Bryant-Lukosius, Bourgeault et al. (2010), il y a lieu d'établir un consensus sur la définition du rôle de l'ICS, la formation requise pour l'exercer et les processus réglementaires pour reconnaître ce rôle.

4.1 DÉFINITION CLAIRE ET COMMUNE DU RÔLE DE L'ICS

Comme l'indiquent différents rapports, l'intégration des infirmières de pratique avancée, notamment les ICS, constitue une importante avenue pour remédier aux difficultés d'accès, de qualité et de continuité des soins et services de santé pour la population québécoise. Cependant, pour apporter leur pleine contribution en matière de protection du public, les ICS doivent être en mesure d'exercer selon l'étendue de leur champ d'exercice et leur plein potentiel. L'atteinte de cet objectif exige que le rôle de l'ICS soit clairement défini et reconnu par un consensus des leaders en soins infirmiers.

Dans un premier temps, il importe de s'entendre sur la définition du rôle de l'ICS. Pour ce faire, en plus de se référer aux définitions retenues pour définir le rôle, il y a lieu de s'inspirer des travaux réalisés par Hamric et al. (2014). Ils précisent sept domaines de compétences essentielles de l'infirmière en PIA et les caractéristiques particulières du rôle d'ICS. De ces auteurs, nous retenons aussi que donner des soins directs à la clientèle constitue la compétence essentielle et centrale de la pratique infirmière avancée. Selon eux, la pratique clinique directe de la PIA s'adresse principalement à une population vulnérable ou présentant des problèmes de santé complexes ou rares. La pratique clinique directe de l'ICS peut être exercée en continu ou de façon épisodique, mais elle devrait **minimalement occuper 20 % de son temps**.

La pratique clinique directe de l'ICS se caractérise par une évaluation experte et approfondie de l'état de santé d'une personne, comprenant l'utilisation d'outils de mesure, des soins tenant compte des données probantes, l'enseignement au patient et à la famille, le développement de méthodes pour reconnaître les risques, l'utilisation de pratiques cliniques préventives pour promouvoir la santé et le bien-être, la prescription et le suivi des médicaments, la prescription de mesures diagnostiques, l'interprétation des résultats et l'utilisation d'interventions avancées. De plus, la pratique clinique comprend des activités favorisant la coordination des soins et la collaboration avec les partenaires de soins, ainsi que la défense de l'intérêt du patient.

Cette pratique clinique directe est essentielle pour réaliser les activités suivantes : évaluer la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins; faire preuve de compétence clinique et être un modèle de rôle; établir les besoins d'apprentissage chez les infirmières : raffiner sa propre expertise et sa pratique réflexive.

4.2 FORMATION MENANT AU TITRE D'ICS

En accord avec les définitions des rôles en pratique avancée de l'AIIC (2008) et l'adéquation entre la formation et les compétences à développer pour exercer le rôle d'ICS, **une formation universitaire de niveau maîtrise en sciences infirmières est requise** (AIIC, 2008; Conseil international des infirmières, 2008). Cependant, tout comme les programmes de formation créés spécialement pour développer les compétences des IPS, il y a lieu de créer un programme de formation universitaire propre au rôle d'ICS, ainsi qu'un processus pour certifier ces programmes.

Ce programme de formation certifié devrait viser le développement d'un tronc de compétences propres à la PIA, et notamment au rôle d'ICS. Puisque les rôles de l'ICS et de l'IPS partagent des compétences cliniques, le programme de formation ICS aurait avantage à comporter certains cours en commun avec les IPS. À titre d'exemple, le modèle de PIA américain propose trois cours communs pour les rôles en PIA : 1) l'examen clinique avancé; 2) la physiologie et la pathophysiologie avancées; 3) la pharmacologie avancée.

Également, le programme de formation des ICS devrait aussi comprendre des formations pertinentes au développement de compétences liées aux autres dimensions du rôle (formation et coaching, consultation, raisonnement clinique éthique, intégration des données probantes, leadership...). De même, le programme de formation des ICS devra comporter un stage clinique supervisé d'une durée de 500 heures dans un domaine particulier de soin, et dans un milieu de stage choisi pour sa capacité à assurer un apprentissage optimal des futurs rôles d'ICS. Un tel modèle de formation permettrait de développer un tronc de compétences propres à la PIA au bénéfice des patients, des partenaires de soins et du public en général.

4.3 PROCESSUS RÉGLEMENTAIRES

La création de processus réglementaires propres au rôle de l'ICS permettrait d'harmoniser la formation requise pour exercer ce rôle et de réserver ce titre. Dans une perspective de protection du public, ces processus ou mécanismes assureraient que les infirmières qui ont le titre d'ICS ont la formation requise pour assumer toutes les dimensions du rôle et sont en mesure d'utiliser leur plein potentiel.

4.4 L'ICS ET LA PROTECTION DU PUBLIC : PLANIFICATION, DOCUMENTATION, ÉVALUATION, DIFFUSION

Il importe de planifier les effectifs d'ICS afin que les directions de soins infirmiers des établissements de santé puissent compter sur leurs compétences pour offrir des soins de qualité et sécuritaires. Pour ce faire, il y a lieu que le Ministère décrive les fonctions des ICS conformément au consensus concernant leurs compétences. De plus, il leur faudra soutenir la mise en œuvre des rôles d'ICS en favorisant leur utilisation adéquate et en obtenant les moyens financiers pour les déployer.

Pour les chercheurs, l'harmonisation de la définition des rôles d'ICS et de leur formation permettra de documenter les retombées de ces rôles par rapport à la satisfaction des besoins de santé des patients et à la protection du public. Pour ce faire, il faudra poursuivre les recherches en ce sens, établir un programme de recherche afin d'évaluer les retombées de ces rôles et diffuser les résultats pour informer les décideurs, le public, les gestionnaires, les infirmières et les autres partenaires de soins (Kilpatrick, Carter, Bryant-Lukosius, Charbonneau-Smith et DiCenso, 2015).

ANNEXE 1

FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR INSTAURER UN NOUVEAU RÔLE EN PIA

FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR INSTAURER UN NOUVEAU RÔLE EN PIA	CHAMP D'APPLICATION FÉDÉRAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL	IPS SOINS DE PREMIÈRE LIGNE	IPS EN MILIEU HOSPITALIER	ICS
Recrutement et rétention	F/P/T	x	x	x
Financement	F/P/T			
• Rôle en pratique avancée		x	x	x
• Rémunération		x	x	x
Relations interprofessionnelles entre l'ICS et l'IPS	F/P/T	x	x	x
Perceptions du public	F/P/T	x	x	x
Leadership national	F/P/T			
• Invisibilité du rôle de l'ICS		na	na	x
• Appellation d'emploi		x	x	x
Évaluation du rôle	F/P/T	x	x	x
Clarté du rôle	Organisation des soins	x	x	x
Soutien du milieu de soins	Organisation des soins			
• Leadership soutenu		x	x	x
• Réseautage au travail		x	x	x
Mise en œuvre du rôle dans toutes ses dimensions	Organisation des soins	x	x	x
Formation continue	Organisation des soins	x	x	x
Relations interprofessionnelles	F/P/T et organisation des soins			
• Relations de travail avec les médecins		x	x	x
• Collaboration interprofessionnelle		x	x	x
• Acceptation de l'équipe de soins		x	x	x

Source : DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misener, Donald et al., 2010, p. 219-220.

ANNEXE 2

FACTEURS FAVORABLES AU DÉVELOPPEMENT DES RÔLES EN PIA SELON DIVERS CHAMPS D'APPLICATION

FACTEURS FAVORABLES AU DÉVELOPPEMENT DES RÔLES EN PIA	CHAMP D'APPLICATION FÉDÉRAL/PROVINCIAL/ TERRITORIAL	IPS SOINS DE PREMIÈRE LIGNE	IPS EN MILIEU HOSPITALIER	ICS
Approche pancanadienne	F/P/T	x	x	x
Formation	F/P/T			
• Normaliser la formation requise		x	x	x
• Adapter la formation à la pratique		x	x	x
• Utiliser des ressources adéquates		x	x	x
• Formation interprofessionnelle		x	x	x
Lois et règlements	F/P/T	x	x	
Planification	F/P/T et organisation des soins			
• Évaluation et compréhension du rôle		x	x	x
• Engagement et implication des personnes clés		x	x	x

Source : DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misener, Donald et al., 2010, p. 214.

RÉFÉRENCES

- APRN Consensus Work Group, et National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee. (2008). *Consensus model for APRN regulation: Licensure, accreditation, certification & education*. Repéré à https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Pratique infirmière avancée : un cadre national*. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf?la=fr
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *L'infirmière clinicienne spécialisée : énoncé de position*. Repéré à http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps104_clinical_nurse_specialist_f.pdf?la=fr
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012). *Renforcer le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée au Canada : document d'information*. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/strengthening_the_cns_role_background_paper_f.pdf?la=fr
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Renforcer le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée : table ronde pancanadienne : rapport sommaire*. Repéré à http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/clinical_nurse_specialist_role_roundtable_summary_f.pdf?la=fr
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Compétences nationales de base de l'infirmière clinicienne spécialisée*. Repéré à http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/clinical_nurse_specialists_convention_handout_f.pdf?la=fr
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Brown, L., Finkler, S. A., Neff, D. F., et Madigan, E. (2001). A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: Outcomes and costs. *American Journal of Managed Care*, 7(8), 793-803.
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., Donald, F., Kaasalainen, S., ... DiCenso, A. (2010). The clinical nurse specialist role in Canada. *Nursing Leadership*, 23(n° spéc.), 140-166.
- 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.
- Byrne, M., Schroeter, K., et Mower, J. (2010). Perioperative specialty certification: The CNOR as evidence for Magnet excellence. *AORN Journal*, 91(5), 618-622.
- Conseil international des infirmières. (2008). *Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée*. Genève, Suisse : CII.
- Conseil international des infirmières. (2009). *Infirmière spécialiste et infirmière experte : définition et caractéristiques*. Repéré à http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-Infirmiere_specialiste_experte-Fr.pdf
- DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., ... Harbman, P. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Repéré à <http://www.fcass-cfhi.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/ArticleView/10-06-01/b9cb9576-6140-4954-aa57-2b81c1350936.aspx>
- DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I., ... Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nursing Leadership*, 23(n° spéc.), 211-238.
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., ... DiCenso, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity. *Nursing Leadership*, 23(n° spéc.), 189-210.
- Fulton, J. S., et Baldwin, K. (2004). An annotated bibliography reflecting CNS practice and outcomes. *Clinical Nurse Specialist*, 18(1), 21-39.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., et O'Grady, E. T. (dir). (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5^e éd.). St. Louis, MO : Saunders Elsevier.
- Horrocks, S., Anderson, E., et Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324(7341), 819-823.
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC : National Academies Press.
- Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., ... DiCenso, A. (2010). A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nursing Leadership*, 23(n° spéc.), 35-60.
- Kaplow, R. (2011). The value of certification. *AACN Advanced Critical Care*, 22(1), 25-32.
- Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Charbonneau-Smith, R., et DiCenso, A. (2015). The development of evidence briefs to transfer knowledge about advanced practice nursing roles to providers, policymakers and administrators. *Nursing Leadership*, 28(1), 11-23.

- Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R., et Carter, N. (2013). Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1524-1536.
- Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R., et Carter, N. (2014). Clinical nurse specialists in Canada: Why are some not working in the role? *Nursing Leadership*, 27(1), 62-75.
- Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., ... 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(6), 1106-1123.
- Lace Network. (2014). *Statement on the overlap of graduate clinical hours for students in combined nurse practitioner/clinical nurse specialist programs*. Repéré à <http://login.icohere.com/public/topics.cfm?cseq=935&mkey=public935>
- Lefebvre, H. (2014). L'infirmière cadre intermédiaire, un rôle stratégique dans l'évolution des pratiques cliniques. *Soins*, 790, 19-21.
- 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.
- Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Harbman, P., Donald, F., Kaasalainen, S., Carter, N., ... DiCenso, A. (2010). Education of advanced practice nurses in Canada. *Nursing Leadership*, 23(n° spéc.), 61-84.
- Mayo, A. M., Omery, A., Agocs-Scott, L. M., Khaghani, F., Meckes, P. G., Moti, N., ... Cuenca, E. (2010). Clinical nurse specialist practice patterns. *Clinical Nurse Specialist*, 24(2), 60-68.
- McClelland, M., McCoy, M. A., et Burson, R. (2013). Clinical nurse specialists: Then, now, and the future of the profession. *Clinical Nurse Specialist*, 27(2), 96-102.
- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2004). *Statement on clinical nurse specialist practice and education* (2^e éd.). Repéré à <http://www.nacns.org/docs/NACNS-Statement.pdf>
- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2013a). *Achieving specialty competency for clinical nurse specialists*. Repéré à <http://www.nacns.org/docs/NACNS-SpecialtyPaper.pdf>
- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2013b). *Impact of the clinical nurse specialist role on the costs and quality of health care*. Repéré à <http://www.nacns.org/docs/CNSOutcomes131204.pdf>
- OCDE. (2010). *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. Repéré à http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
- O'Connor, P., et Ritchie, J. A. (2010). The clinical nurse specialist role in Canada: Forecasting the future through research [Commentaire]. *Canadian Journal of Nursing Research / Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 42(2), 26-28.
- Oliver, S., et Leary, A. (2012). Return on investment: Workload, complexity and value of the CNS. *British Journal of Nursing*, 21(1), 32-37.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014a). *La mobilité canadienne des IP : un défi d'harmonisation pour le Québec*. Document inédit. Montréal, QC : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014b). *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts : mémoire*. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/optimiser-la-contribution-des-infirmieres-et-infirmiers-pour-ameliorer-lacce>
- Roch, G., et Ouellet, N. (2010). Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 7(2), 7-17.
- Thompson, C. J., et Nelson-Marten, P. (2011). Clinical nurse specialist education: Actualizing the systems leadership competency. *Clinical Nurse Specialist*, 25(3), 133-139.
- Wade, C. H. (2009). Perceived effects of specialty nurse certification: A review of the literature. *AORN Journal*, 89(1), 183-192.
- Winnipeg Regional Health Authority. (2012). *A guide for successful integration of a clinical nurse specialist*. Repéré à <http://www.wrha.mb.ca/professionals/nursing/files/cns-toolkit.pdf>