



Synthèse de politique du CII

La pratique infirmière avancée, une composante essentielle des ressources humaines nationales pour la santé

Auteurs

Denise Bryant-Lukosius (RN, CON(C), PhD) et Ruth Martin-Misener (NP, PhD)

But

Les rôles de pratique infirmière avancée (PIA) suscitent une forte demande et un grand intérêt au niveau mondial : ces rôles sont en effet 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.¹ Le présent document décrit un certain nombre d'implications importantes de l'intégration des rôles de PIA dans les ressources humaines pour la santé (RHS) des pays. Il recense, pour ce faire, des éléments probants concernant : 1) un ensemble de facilitateurs et de stratégies fondés sur des preuves, facilitant l'application des rôles de PIA ; 2) la contribution des rôles de PIA à l'amélioration des résultats de santé et au renforcement des systèmes de santé ; et 3) l'alignement des rôles de PIA sur la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé² et sur les objectifs du développement durable des Nations Unies.³

Le présent document fait référence au « projet zéro » de Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.²

Contexte

Définition de l'infirmière de pratique avancée et types de rôles de PIA. Selon le Conseil international des infirmières (CII), une infirmière de pratique avancée est « une infirmière qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (master) est recommandée ». ⁴ La pratique clinique est une caractéristique déterminante des rôles de PIA. Cependant, *le caractère avancé des rôles et les moyens de réussir la réforme des soins de santé et d'innover* dépendent de l'intégration, dans la pratique clinique, de responsabilités en matière d'éducation, de leadership organisationnel, de perfectionnement professionnel, de pratique et de recherche fondés sur les preuves. ^{5,6,7}

Notre étude est consacrée aux deux rôles les plus courants de pratique infirmière avancée : l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS, *clinical nurse specialist*) et l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*).^{8,9} La manière dont les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes assument leurs rôles est très variable et dépend des besoins de santé de la population et des contextes de pratique. Cette fluidité constitue un avantage quand il s'agit de répondre de manière dynamique aux besoins du système de soins de santé. Mais elle risque aussi de créer une certaine confusion entre les rôles. Les infirmières cliniciennes spécialisées assument souvent des responsabilités étendues dans certaines activités non cliniques, comme par exemple l'enseignement ou l'amélioration de la qualité. Les infirmières praticiennes, quant à elles, participent en principe davantage aux soins cliniques. Leur domaine de pratique clinique étendu leur confère, de plus, l'autorité nécessaire pour commander de manière autonome des tests de diagnostic, pour poser des diagnostics et pour prescrire des traitements et des médicaments. Par contre, les ICS ont le même domaine de pratique que les infirmières. Ces différences entre les rôles ont des conséquences importantes en termes de législation, de réglementation et d'éducation. Pour optimiser le déploiement des rôles de PIA, on déterminera quels types de rôles correspondent le mieux aux besoins d'un pays en ce qui concerne l'amélioration des résultats de santé et le renforcement du système de santé.⁵ Les ICS et les infirmières praticiennes exercent dans des contextes variés : hôpitaux (soins aigus et ambulatoires), institutions de soins de santé primaires (généraux et spécialisés), domicile des patients, institutions et programmes communautaires, soins à long terme.

Déploiement du rôle de PIA. Tous les pays n'ont pas atteint le même stade d'intégration des rôles de PIA dans leur main-d'œuvre infirmière. Plus de 70 pays ont introduit ces rôles ou envisagent de le faire.¹⁰ Si les rôles de PIA sont relativement courants dans les pays riches, il existe encore un besoin identifié de nouveaux rôles de PIA dans les pays à revenu bas et moyen, où l'on assiste de fait à leur adoption progressive.^{1,11,12} Le rôle d'infirmière praticienne a été introduit surtout pour améliorer l'accès aux soins primaires essentiels dans les communautés rurales et isolées mal desservies ; et pour remédier aux disparités dans l'accès aux soins qui opèrent au détriment des populations vulnérables qui, du fait des conditions économiques, sociales, culturelles, éducationnelles ou sanitaires prévalant dans les villes, ont d'importants besoins de santé. De leur côté, 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 conduire 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. Plus récemment, l'introduction des rôles de PIA a été motivée par la volonté de réformer les soins de santé et par la nécessité d'améliorer la qualité de soins et d'adopter des modèles de prestation plus durables. Le vieillissement des populations et la demande de soins croissante – soins aux personnes âgées, prévention et gestion des maladies chroniques, promotion de la santé – ainsi que la pénurie de prestataires expliquent le recours à des solutions faisant appel à des rôles de PIA. L'introduction des rôles de PIA est enfin perçue comme une stratégie de ressources humaines propice au recrutement et à la fidélisation des infirmières de même qu'à la création, à leur intention, de nouvelles perspectives de carrière.

Intégration du rôle de pratique infirmière avancée dans les systèmes de soins de santé. Nous disposons d'une quantité limitée de données internationales actualisées concernant l'intégration du rôle de PIA dans les systèmes de santé. Les éléments disponibles montrent que cette

intégration est assez lacunaire, y compris dans certains pays où les rôles de PIA existent pourtant depuis plus de soixante ans. On ne connaît pas le ratio idéal entre le nombre d'infirmières de pratique avancée et le nombre d'infirmières générales dans un pays donné. Les chiffres disponibles donnent cependant une idée de la mesure dans laquelle les rôles de PIA sont intégrés à la main-d'œuvre infirmière et contribuent à la prestation des soins de santé. C'est sans doute aux États-Unis que cette intégration est la plus poussée : les infirmières praticiennes y représentent 6,5 % de la main-d'œuvre infirmière, les ICS 2,5 %. Vient ensuite l'Irlande, où les infirmières praticiennes représentent 2 % de toutes les infirmières.⁸ Dans la plupart des autres États membres de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) ayant adopté les rôles de PIA, les ICS et les infirmières praticiennes représentent moins de 1 % de la main-d'œuvre infirmière. Il existe donc, au niveau mondial, un fort potentiel inexploité d'amélioration des résultats de santé et de renforcement des systèmes de santé par les rôles de PIA.

L'intégration des rôles de pratique infirmière avancée dans les organisations et systèmes de soins de santé est une opération difficile, très liée au contexte ; elle évolue de manière itérative dans le temps. Dans la plupart des pays, l'introduction des rôles de PIA se fait au coup par coup. C'est pourquoi les politiques et pratiques formelles nécessaires à l'application optimale de la pratique infirmière avancée – appareil législatif et réglementaire, compétences et formation – accusent un important retard par rapport à l'adoption informelle de ces rôles. Les difficultés tiennent en grande partie au fait que l'introduction du rôle de PIA met en évidence la nécessité de procéder à d'autres changements aux niveaux macro, meso et micro. L'Irlande est un exemple de pays ayant appliqué avec succès une approche systématique du déploiement des rôles de PIA¹³ : mais il s'avérera probablement difficile d'étendre son expérience à des pays plus grands ou dotés de modèles moins centralisés de réglementation des soins infirmiers et de gouvernance du système de santé.

Au niveau des pays et des organisations, l'introduction réussie d'un rôle de PIA est facilitée par une approche orientée sur les objectifs et sur les résultats, supposant une évaluation préalable des besoins des patients et des communautés ainsi qu'un engagement très en amont des parties concernées – médecins et autres prestataires de soins de santé, gestionnaires et patients. Il est important de détecter les lacunes du modèle de soins de santé en vigueur, de définir les changements nécessaires et d'identifier quel rôle de PIA pourra atteindre les buts identifiés, ainsi que les modalités d'interaction et de collaboration du rôle avec les autres membres de l'équipe soignante. Le succès dépendra dans une très grande mesure de l'alignement des rôles de PIA sur les objectifs nationaux d'amélioration de la qualité des soins. Au niveau national, les catalyseurs du développement du rôle de PIA sont notamment les programmes de formation de haute qualité soumis à des exigences normalisées, ainsi qu'une réglementation et une législation adaptées aux attentes de pratique pour le rôle.

Une fois la décision prise de créer des rôles de pratique infirmière avancée, la mise en œuvre sera facilitée par des stratégies de recrutement et de fidélisation, par la sensibilisation du public et par le soutien au leadership infirmier au niveau national et dans les institutions de santé. Il conviendra en outre d'adopter les mécanismes de financement capables d'assurer la pérennité des rôles. Les pays qui créent un rôle spécifiquement consacré au financement ou qui adoptent des mécanismes de financement répondant aux priorités de santé et aux besoins confirmés, auront plus de facilité à introduire des rôles de PIA et à les généraliser au sein du système de

santé.^{8,11,13,14,15} Pour assurer une bonne collaboration entre les infirmières de pratique avancée et les médecins, l'introduction des rôles de PIA ne doit pas avoir de répercussion négative sur le revenu des médecins ; les préoccupations de ces derniers concernant la responsabilité devront également être prises en compte. La clarté du rôle joue un rôle déterminant aux stades de la conception et de l'application. Cette notion est étroitement liée aux relations intraprofessionnelles et interprofessionnelles. Pour les infirmières praticiennes, surtout au niveau des soins communautaires, les problèmes liés à la confusion des rôles pourront se poser avec les médecins ; pour les ICS, les conflits se situeront plutôt du côté des autres infirmières et des infirmières praticiennes.

Résultats de rôles de PIA. Les rôles de pratique infirmière avancée contribuent à l'obtention de meilleurs soins pour les personnes, d'une meilleure santé pour les populations et d'une baisse des coûts de la santé. L'alignement des rôles de PIA sur les besoins sanitaires des patients et des populations est essentiel pour améliorer les soins de santé et réaliser des gains d'efficacité.⁵ Les évaluations des rôles de PIA démontrent leurs résultats positifs pour les patients, pour les prestataires et pour les systèmes de santé ; les revues systématiques montrent que les résultats des rôles de PIA sont aussi bons ou meilleurs que ceux des groupes professionnels utilisés pour la comparaison, en général les médecins.^{16,17,18,19,20} Enfin, et ce n'est pas le moins important, les patients se disent généralement très satisfaits des soins prodigués par les infirmières de pratique avancée.

Voici quelques exemples de résultats obtenus par les infirmières cliniciennes spécialisées : 1) accès amélioré aux soins de support grâce à une gestion des cas facilitant l'évaluation et la gestion des risques et des complications, la planification et la coordination des soins, la surveillance et l'évaluation, et permettant de plaider pour les services sanitaires et sociaux qui répondent le mieux aux besoins des patients/clients ; 2) amélioration de la qualité de vie et du taux de survie, baisse du taux de complications et amélioration du bien-être physique, fonctionnel et psychologique des patients atteints de maladies aiguës ou chroniques ; 3) adoption de pratiques plus efficaces de promotion de la santé : taux de vaccination, gestion du poids et participation au dépistage des cancers ; 4) meilleurs recrutement et fidélisation grâce au tutorat, à l'éducation et au soutien aux infirmières en première ligne des soins ; et 5) baisse du nombre des admissions à l'hôpital et des consultations aux urgences, raccourcissement des hospitalisations et diminution des tests de diagnostic inutiles grâce à une gestion plus rationnelle des patients à risque ou atteints de maladies complexes.^{21,22,23,24,25}

Voici quelques exemples de résultats obtenus par les infirmières praticiennes : 1) accès facilité aux soins de santé primaires par les groupes à risque, par les personnes vivant à la campagne et dans les régions isolées et par les peuples autochtones ; 2) accès amélioré aux soins de haute qualité prodigués dans des dispensaires de soins primaires, réduction du temps d'attente dans les services d'urgence et soins prodigués plus rapidement dans les foyers de soins infirmiers ; 3) amélioration des résultats pour les populations à risque sanitaire élevé dans certaines unités (maternités, cardiologie, neurochirurgie et soins intensifs) ; 4) gestion plus efficace des maladies et résultats améliorés pour les personnes atteintes d'affections chroniques telles que le diabète et l'hypertension ; et 5) baisse du coût des soins prodigués aux patients pris en charge par des praticiens généraux et à certaines populations spécifiques de patients (diabète, eczéma et personnes rurales).^{22,24,26,27,28}

Corrélations avec la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé

Les contributions des rôles de pratique infirmière avancée aux objectifs de la Stratégie mondiale de l'OMS, et leurs implications politiques pour la Stratégie, sont résumées ci-après :

Objectif 1 : Appliquer des politiques de ressources humaines pour la santé basées sur des éléments probants afin d'optimiser l'impact de la main-d'œuvre en santé existante, pour garantir des vies en bonne santé, une couverture sanitaire universelle effective et pour contribuer à la sécurité sanitaire mondiale. La réalisation de la couverture sanitaire universelle dépend en grande partie du financement : celui-ci est un problème pour tous les pays, compte tenu de l'inflation des coûts de la santé. L'OMS²⁹ estime qu'entre 20 % et 40 % de toutes les dépenses de santé sont aujourd'hui gaspillées du fait de pratiques inefficaces. L'OMS recense dix domaines dans lesquels il serait possible de réduire les dépenses grâce à des politiques et pratiques plus rationnelles. La synthèse des résultats esquissée plus haut montre que les rôles de PIA sont particulièrement efficaces dans au moins cinq des dix domaines : surutilisation des services de santé, mélanges de compétences inadaptés et trop coûteux, démotivation du personnel, hospitalisation injustifiée ou trop longue, erreurs médicales, qualité des soins insuffisante et interventions mal conçues ou insuffisamment intégrées. L'extension des rôles de PIA et leur intégration plus poussée dans les systèmes de santé en vue d'obtenir des gains d'efficacité entraîneront des économies qui pourront être réinvesties dans la réalisation des objectifs nationaux de couverture sanitaire universelle. De même, l'alignement des rôles de PIA sur les besoins de santé prioritaires mais non couverts et sur l'accès aux soins entraînera de meilleurs résultats de santé et une meilleure qualité de vie, surtout pour les populations vulnérables, complexes, à risque et difficiles à atteindre.

Objectif 2 : Assurer la compatibilité avec les cadres nationaux et internationaux d'investissement dans les ressources humaines pour la santé. Nous disposons maintenant de preuves sans équivoque du fait que la manière d'introduire les rôles de PIA affecte dans une grande mesure l'efficacité de leur mise en œuvre, laquelle détermine à son tour la capacité des rôles de PIA d'atteindre les objectifs et résultats escomptés. L'une des conditions fondamentales du succès de la conception, de l'introduction et de l'application des rôles de PIA réside dans leur alignement sur les besoins existants et prévisibles du système de santé dans lesquels ils se situent. À cet égard, le Modèle PEPPA – un processus participatif centré sur les patients, basé sur des éléments probants, destiné à la conception, à l'application et à l'évaluation des rôles infirmiers avancés – est conçu pour guider l'introduction, la mise en œuvre et la pérennisation du rôle de PIA (Bryant-Lukosius et DiCenso 2004). Un peu plus de dix ans après son introduction, 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.^{30,31}

Le succès des rôles de PIA dépend très largement de la qualité de la formation supérieure, un investissement qui a pour rendement le recrutement et la fidélisation d'infirmières hautement compétentes désireuses de se perfectionner et de progresser dans leur carrière tout en restant dans la pratique clinique. Faute de telles opportunités, les infirmières chercheront des possibilités d'avancement hors de la pratique clinique, par exemple dans des postes administratifs ou de gestion où elles ne pourront donner la pleine mesure de leurs

connaissances et compétences d'expertes des soins, au détriment de la santé des personnes et des populations.

Objectif 3 : Renforcer les capacités des institutions nationales et internationales pour garantir un leadership et une gouvernance efficaces des ressources humaines mondiales et nationales. Le leadership est une compétence de base des infirmières de pratique avancée, qui sont formées pour appliquer le concept de leadership participatif et transformationnel à la facilitation et à la gestion du changement. Les infirmières de pratique avancée exercent leur capacité de leadership au niveau des organisations et des institutions de santé pour élaborer, avec les équipes soignantes, des processus collaboratifs efficaces au profit des patients. Ces infirmières comprennent l'importance de disposer des compétences nécessaires – et elles disposent de ces compétences – pour nouer des partenariats et des alliances stratégiques au sein du secteur de la santé et au-delà, afin d'améliorer la santé des communautés et des populations. Les infirmières de pratique avancée sont formées pour évaluer des éléments probants avant de les appliquer à leurs contextes locaux, et pour permettre à leurs collègues d'acquérir ces compétences. Leur orientation sur l'amélioration de la qualité, sur la collaboration intersectorielle et sur la participation communautaire leur permet de créer des synergies propices à l'innovation dans les soins de santé et d'obtenir des résultats qui ne seraient pas possibles autrement. L'évolution de leurs rôles permet aux infirmières de pratique avancée d'assumer également des fonctions de leadership au sein des organisations de santé et des gouvernements.

Objectif 4 : Faire en sorte que le contrôle des initiatives nationales et mondiales en matière de ressources humaines pour la santé, et la reddition de comptes dans ce domaine, reposent sur des données, preuves et connaissances fiables, harmonisées et actualisées. Grâce à leur expertise et à leur pratique clinique basées sur des éléments probants, grâce également à leur collaboration avec les parties concernées (patients et autres prestataires, par exemple) et avec les décideurs (administrateurs, responsables politiques, financeurs et régulateurs) à différents niveaux du système de santé, les infirmières de pratique avancée informent et orientent l'élaboration de politiques et pratiques pertinentes en matière de ressources humaines pour la santé. Elles contribuent au succès des initiatives de ressources humaines pour la santé grâce à leurs recherches qui leur permettent de collecter des données et de générer de nouvelles connaissances, puis de synthétiser leurs résultats de recherche pour les traduire en politiques et pratiques de santé. Des infirmières de pratique avancée sont également à la tête d'initiatives d'amélioration de la qualité et de formation destinées à créer des contextes de travail sains pour les infirmières et pour les autres prestataires de soins de santé.

En dépit de la disponibilité de synthèses d'éléments prouvant la sécurité et l'efficacité des rôles de PIA, la planification des ressources humaines pour la santé bute sur un obstacle important : les responsables de la santé méconnaissent souvent ces preuves, ne savent pas les traduire dans leurs propres contextes et, d'une manière générale, ne comprennent pas très bien la relation entre les rôles de PIA et les autres agents de soins de santé et infirmiers.^{32,33} Au niveau international et au niveau des pays, il faut disposer d'outils (par exemple : notes d'information, « boîtes à outils », algorithmes, déclarations politiques) permettant de traduire en actes les preuves issues de la recherche portant sur les rôles de PIA et sur la planification des RHS. Une évaluation permanente de l'intégration du rôle de PIA s'impose également pour adapter la planification des ressources humaines aux besoins en termes de fournitures, de

déploiement et de soutien à l'exercice du rôle. Un cadre d'évaluation générique a été élaboré récemment pour orienter les pays dans la collecte de données répondant à leurs besoins spécifiques concernant l'utilisation judicieuse des rôles de PIA.³⁴

Contributions à la réalisation des objectifs du développement durable

Les infirmières de pratique avancée peuvent contribuer à la réalisation de six objectifs du développement durable.

Objectif 1 : Éradication de la pauvreté. Grâce aux infirmières de pratique avancée, les populations difficiles à atteindre, vivant au cœur des villes ou dans les communautés rurales et isolées, accèdent plus facilement aux soins de santé. L'accès à des dispositifs de promotion de la santé et de santé préventive, de même qu'à des services de traitement des maladies et des blessures, permet aux personnes de tirer parti des opportunités d'emploi salarié ou indépendant.

Objectif 3 : Bonne santé et bien-être. Grâce aux infirmières de pratique avancée, les populations difficiles à atteindre, vivant au cœur des villes ou dans les communautés rurales et isolées, accèdent plus facilement aux soins de santé. L'accès à des dispositifs de promotion de la santé et de santé préventive, de même qu'à des services de traitement des maladies et des blessures, permet aux personnes d'être en bonne santé ou de recouvrer la santé : elles sont ainsi en mesure de contribuer aux systèmes sociaux et économiques.

Objectif 4 : Accès à une éducation de qualité. La possibilité de suivre une formation de troisième cycle est particulièrement importante pour les femmes qui, dans de nombreux pays, n'ont pas eu accès à l'enseignement supérieur. Les infirmières de pratique avancée contribuent à la formation des autres infirmières non seulement en tant qu'enseignantes et tutrices dans les écoles d'infirmières, mais également en participant à des activités d'éducation, de coaching et de tutorat au profit des infirmières sur leurs lieux de travail.

Objectif 5 : Égalité entre les sexes. Les possibilités de formation et d'emploi en pratique infirmière avancée sont autant d'occasions pour les infirmières d'acquérir les connaissances, les compétences, la confiance et les capacités nécessaires pour assumer des postes de leadership clinique dans les systèmes nationaux de santé. Ces possibilités améliorent la sécurité et le bien-être économiques et sociaux des femmes, réduisant ainsi les écarts entre les sexes.

Objectif 8 : Emploi décent et croissance économique. Pour les femmes, le rôle de PIA représente une opportunité de carrière gratifiante et satisfaisante. Le rôle leur permet d'appliquer leurs compétences et connaissances avancées dans de nouveaux contextes intéressants et stimulants. Les infirmières de pratique avancée, à leur tour, sont utiles aux populations et communautés de leurs pays. La croissance économique a tout à gagner d'une population en meilleure santé.

Objectif 10 : Réduction des inégalités. La création de rôles de PIA contribue à la réduction des inégalités au plan national en améliorant le bien-être et le statut économiques et sociaux des femmes, en ouvrant l'accès aux soins de santé et en donnant aux populations les plus vulnérables davantage de chances de mener une vie en meilleure santé.

Objectif 17 : Création de partenariats. Les rôles de PIA sont actuellement introduits dans des pays appartenant à toutes les catégories de revenu, pour répondre à des besoins et objectifs sanitaires spécifiques. Les infirmières de pratique avancée sont bien placées pour créer des partenariats intersectoriels destinés à atteindre les objectifs éducatifs, sanitaires et économiques nationaux.

Messages pour les décideurs politiques

Les rôles de pratique infirmière avancée, en particulier les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes, sont des outils très puissants au service de l'innovation et de la réforme des soins de santé dans la mesure où ils répondent à un certain nombre de priorités politiques :

- Améliorer les résultats de santé au profit des populations défavorisées, ayant des besoins complexes et difficiles à atteindre (par exemple : peuples autochtones, personnes sans abri, immigrés, personnes âgées, patients atteints de troubles mentaux, jeunes à risque et habitants des régions rurales, arctiques et isolées) en améliorant l'accès aux services de soins de santé spécialisés, aigus et primaires généraux.
- Alléger le fardeau de la maladie chronique en favorisant un meilleur équilibre entre la promotion de la santé et la prévention de la maladie.
- Obtenir des gains d'efficacité grâce à un mélange judicieux de compétences, à la baisse du taux de complications, au recours moins fréquent aux services de soins aigus et à l'utilisation plus rationnelle des services communautaires et à domicile qui répondent le mieux aux besoins des patients.
- Améliorer la qualité des services de santé grâce à l'élaboration puis à l'adoption, par les patients et par les prestataires, de pratiques optimales.
- Améliorer l'expérience et la satisfaction des patients s'agissant des soins de santé par l'optimisation du fonctionnement des équipes de santé, de la continuité et de la coordination des soins et de l'orientation des patients au sein du système de santé.
- Renforcer la profession infirmière par un meilleur accès aux possibilités de suivre une formation supérieure, d'exercer le leadership et de faire carrière.
- Recruter et fidéliser des infirmières grâce aux services d'éducation, de tutorat et de mentorat qui leur sont offerts directement sur les lieux de travail.

Recommandations à l'intention des associations nationales d'infirmières

Les directions des associations nationales d'infirmières (ANI) jouent un rôle essentiel dans la conception, l'application et la pérennisation des rôles de pratique infirmière avancée. À cet égard, le défi pour les ANI à tous les niveaux consiste à instaurer, au sein des organisations et des systèmes de santé, les conditions qui permettront aux rôles de PIA d'améliorer effectivement l'état de santé des personnes. Si les rôles de PIA peuvent assumer des fonctions traditionnellement remplies par des médecins, le fait de mettre en avant la contribution de ces rôles aux aspects relevant des soins infirmiers proprement dits augmentera la probabilité de succès des initiatives de mise en œuvre et suscitera moins de résistance qu'une focalisation sur la substitution des rôles. Il importe aussi de tenir compte du fait que l'autonomie – un trait caractéristique des rôles de PIA – exigera, pour être pleinement effective, l'adoption

d'amendements à la réglementation et à la législation : ces changements ne sont pas faciles à obtenir et exigent beaucoup de temps, d'efforts et de ressources. Le changement est un processus lent, progressif et ardu : il est facilité dès lors que les ANI et les autres parties concernées alignent leurs objectifs pour identifier des fenêtres d'opportunité. La collaboration avec les parties prenantes intersectorielles aux niveaux national et international est ici essentielle.

Au niveau international, les directions des associations nationales d'infirmières peuvent collaborer pour :

- Tirer parti des ressources existantes en matière de formation, de pratique et de politiques relatives à la pratique infirmière avancée.
- Explorer les possibilités de partage de ressources entre pays.
- Trouver un consensus sur la terminologie et sur les définitions pour expliquer clairement en quoi consistent les rôles de pratique infirmière avancée.
- Prendre des mesures afin d'empêcher la « fuite des cerveaux » (infirmières cadres, chercheuses, enseignantes et de pratique avancée) dans les pays qui viennent d'introduire des rôles de PIA.
- Ouvrir l'accès aux ressources nécessaires au développement du rôle de PIA.

Au niveau des pays, les directions d'ANI peuvent collaborer avec d'autres secteurs pour :

- Plaider en faveur d'approches systématiques, basées sur des éléments probants, de la conception, de l'application et de l'évaluation du rôle de PIA.
- Tisser des liens avec des partenaires ayant les mêmes objectifs stratégiques pour instaurer les conditions d'un changement authentique au sein des organisations et du système de santé.
- Développer les compétences de leadership et obtenir le consensus des acteurs concernés au sujet des solutions de santé tirant parti des rôles de PIA.
- Plaider pour des financements spécifiquement consacrés au soutien à la formation des infirmières de pratique avancée et à l'exercice de leur rôle.
- Créer des rôles de PIA clairement définis sur la base de normes consensuelles de soins et de compétence.
- Élaborer un plan national de traduction des connaissances pour faire mieux connaître les rôles de PIA, supprimer les obstacles à l'adoption de ces rôles et éduquer les parties prenantes et les décideurs aux avantages de ces rôles.
- Plaider pour un recours accru aux technologies de l'information afin d'ouvrir l'accès à l'éducation grâce à l'apprentissage à distance.
- Créer des réseaux de communautés de pratique pour soutenir les infirmières de pratique avancée.

Note sur le CII

Le **Conseil international des infirmières (CII)** est la fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières, représentant les millions d'infirmières dans le monde. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à la promotion de soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé partout dans le monde.

Note sur les auteurs

Denise Bryant-Lukosius est professeur associé à l'école de sciences infirmières et au département d'oncologie de l'Université McMaster et codirectrice du Centre canadien de recherche sur la pratique infirmière avancée (CCAPNR). Clinicienne-chercheuse, Mme Bryant-Lukosius dirige également le Centre canadien d'excellence dans la pratique infirmière avancée en oncologie, au centre de cancérologie de l'hôpital Juravinski (Hamilton, Ontario, Canada).

Ruth Martin-Misener est professeur à l'école des sciences infirmières de l'Université Dalhousie et codirectrice du CCAPNR à l'Université McMaster. Elle est également codirectrice du département de la recherche collaborative en soins de santé primaires de l'Université Dalhousie et membre du réseau des innovations en soins de santé primaires et intégrés de la Nouvelle-Écosse.

Références

1. Bryant-Lukosius, D. (2014). *Back to the Future: Advancing the Global Evolution of Advanced Practice Nursing*. Keynote address. Conseil International des Infirmières, Conférence du Réseau des infirmières spécialistes/infirmières expertes. Helsinki.
2. Assemblée Générale Nations Unies (2015) *Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. Récupéré à partir de: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&referer=/english/&Lang=F
3. Organisation mondiale de la santé. (2015). *La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*. Genève: OMS. Récupéré à partir de: http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh_workforce2030.pdf?ua=1
4. Conseil international des infirmières. (2008). *Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée*. Série du CII sur la réglementation. Genève: CII.
5. Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.
6. Mantzoukas, S., & Watkinson, S. (2007). Review of advanced nursing practice: The international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 28-37.
7. Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., & Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 131-140.
8. Delamaire, M.L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: Description and Evaluation of Practices in 13 Developed Countries*. Genève: OECD.
9. Schober, M. (2013). Global perspectives on advanced nursing practice. In L. Joel (Ed), *Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development*, 3rd Edition (p 71-104). Philadelphia: F.A. Davis.
10. Conseil international des infirmières. (2015). *The Most Frequently Asked Questions of the ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network*. Genève: CII. Récupéré à partir de: <http://international.aanp.org/Home/FAQ>
11. National Nursing Centres Consortium. (2014). *International Advanced Practice Nursing Symposium*. Philadelphia: NNCC. Récupéré à partir de: http://www.nccc.us/images_specific/pdf/GlobalAPNSymposiumFINAL.pdf
12. Pan American Health Organization (PAHO) et School of Nursing, McMaster University. (2015). *Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Advanced Practice Nursing Summit*. Hamilton: McMaster. Récupéré à partir de: https://www.salud.gob.sv/archivos/enfermeria/PAHO_Advanced_Practice_Nursing_Summit_Hamilton_CA.pdf
13. Begley, C., Murphy, K., Higgins, A., Elliott, N., Lalor, J., Sheerin, F., Coyne, I., MacNeela, P. (2010). *Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE) Final Report*. Dublin: National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. Récupéré à partir de: https://nursing-midwifery.tcd.ie/assets/research/pdf/SCAPE_Final_Report_13th_May.pdf

14. DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(special edition), 211-338.
15. Seymour, J., Clark, D., Hughes, P., Bath, P., Beech, N., Corner, J., Douglas, H.R., Webb, T. (2002). Clinical nurse specialists in palliative care. Part 3. Issues for the MacMillan Nurse caseload. *Palliative Medicine*, 16(5), 386-96.
16. Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., 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. Récupéré à partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12140/pdf>
17. Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Harbman, P., DiCenso, A. (2014). A systematic review of the cost-effectiveness of clinical nurse specialists and nurse practitioners: What is the quality of the evidence? *Nursing Research & Practice*. vol. 2014, Article ID 896587, 28 pages, doi:10.1155/2014/896587
18. Horrocks S, Anderson E, & Salisbury C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324 (7341), 819-823.
19. Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martín-Santos, F.J., Kaknani Uttumchandani, S., Leon Campos, Á., Caro Bautista, J., & Morales-Asencio, J. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010. [Epub ahead of print]
20. Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., et al. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurse Economics*, 29 (5), 230-250.
21. Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., DiCenso, A. (2015a). 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.
22. Bryant-Lukosius, D. Cosby, R., Bakker, D., Earle, C., & Burkoski, V. (2015b). *Practice Guideline on the Effective Use of Advanced Practice Nurses in the Delivery of Adult Cancer Services in Ontario*. Toronto: Cancer Care Ontario. Récupéré à partir de: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=340702>
23. Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research (CCAPNR), (2012a). *The Clinical Nurse Specialist: Getting a good return on healthcare investment*. McMaster University, Hamilton, ON: Author. Récupéré à partir de: http://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/onp_project/CNS_Brief_final.pdf
24. Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Marshall, D.A., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (In-press). A systematic review of the cost effectiveness of clinical nurse specialists and nurse practitioners in inpatient roles. *Canadian Journal of Nursing Leadership*.

25. Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., DiCenso, A. (2014). The effectiveness and cost effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. July 5, doi: 10.1111/jep.12219.
26. Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research (CCAPNR), (2012b). The Nurse Practitioner: A strategy for healthcare system improvement. McMaster University, Hamilton, ON: Author. Récupéré à partir de:
http://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/onp_project/NP_Brief_final.pdf
27. Donald, F., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Harbman, P., Marshall, D., Reid, K., & DiCenso, A. (2015). Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *International Journal of Nursing Studies*. Jan;52(1):436-451. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.011.
28. Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in ambulatory care: systematic review. *BMJ Open* 5:e007167 doi:10.1136/bmjopen-2014-007167 Récupéré à partir de:
<http://bmjopen.bmj.com/cgi/content/full/bmjopen-2014-007167?ijkey=uzaooKlc7IMSWrv&keytype=ref>
29. Chisholm, D., & Evans, D.B. (2010). *Improving Health System Efficiency As A Means of Moving Towards Universal Coverage. World Health Report*. Background Paper, 28. Genève: OMS. Récupéré à partir de: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28UCefficiency.pdf>
30. Boyko, J., Carter, N., & Bryant-Lukosius, D. (submitted). Assessing the spread and uptake of a framework for introducing and evaluating advanced practice nursing roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Manuscript ID WVN-15-142.
31. Bryant-Lukosius, D., Israr, S., & DiCenso, A. (2013). Resources to facilitate APN outcome research. Chapter in R. Kleinpell (ed.). *Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing, (3rd ed)*. New York: Springer Publishing Company
32. Carter, N., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Harbman, P., & DiCenso, A. (2010). The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(special issue), 167-188.
33. Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (2015). Development of evidence briefs to transfer knowledge about advanced practice nursing roles in providers, policy-makers and administrators. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 28(1), 11-23.
34. Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Degen Kellerhals, S., Fliedner, M., Grossman, F., De Geest, S. (submitted). Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *Journal of Nursing Scholarship*.