



SIDIIEF

SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIERES  
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

# La pratique infirmière avancée

VERS UN CONSENSUS  
AU SEIN DE LA FRANCOPHONIE

Étude réalisée pour le SIDIIEF  
par Diane Morin, infirmière, Ph. D.



SIDIIEF

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

# La pratique infirmière avancée

VERS UN CONSENSUS  
AU SEIN DE LA FRANCOPHONIE

Étude réalisée pour le SIDIIEF  
par Diane Morin, infirmière, Ph. D.

**Droits d'auteur, 2018**

Diane Morin, infirmière, Ph. D.

**Distribution**

Secrétariat international des infirmières et infirmiers  
de l'espace francophone (SIDIIEF)

4200, rue Molson, bureau 142, Montréal (Québec) H1Y 4V4 Canada

Téléphone : + 1 514 849-6060

Télécopieur : + 1 514 849-7870

info@sidiief.org

www.sidiief.org

Conception graphique : Passerelle bleue

Impression : Imprimerie Maska

**Dépôt légal**

Bibliothèques et Archives Canada, 2018

Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2018

ISBN 978-2-9815143-7-0

*Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés. Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie, microfilm ou fichier numérique, est strictement interdite sans l'autorisation de l'éditeur.*

## RÉDACTION

**Diane MORIN**, infirmière, Ph. D.  
Professeure émérite  
Faculté des sciences infirmières  
Université Laval  
CANADA

Professeure invitée  
Faculté de biologie et de médecine  
Université de Lausanne  
SUISSE

Directrice scientifique du Centre de  
recherche du Centre intégré de santé  
et de services sociaux de Chaudière-  
Appalaches  
CANADA

Professeure invitée  
Faculté de médecine  
Université Laval  
CANADA

## COMITÉ D'EXPERTS INTERNATIONAUX

**Hélène SALETTE**, infirmière, M. Sc., A.S.C.  
Secrétaire générale  
Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace  
francophone - SIDIEF

## AFRIQUE

**Marie ABEMYIL**, infirmière, M. Sc.  
Directrice  
Institut supérieur des sciences de la  
santé Université Adventiste Cosendai  
Nanga-Eboko  
CAMEROUN

**Dieudonné SOUBEIGA**, infirmier,  
Ph. D.  
Directeur  
Institut de formation et de recherche  
interdisciplinaires en santé (IFRIS)  
Université Saint-Thomas d'Aquin  
BURKINA FASO

## AMÉRIQUE

**Suzanne DUPUIS-BLANCHARD**,  
infirmière, Ph. D.  
Professeure agrégée  
École de science infirmière  
Université de Moncton  
CANADA

**France DUPUIS**, infirmière, Ph. D.  
Professeure agrégée  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
CANADA

**Christine LALIBERTÉ**, infirmière,  
M. Sc.  
Infirmière praticienne spécialisée  
Présidente  
Association des infirmières  
praticiennes spécialisées du Québec  
CANADA

**Brigitte MARTEL**, infirmière, M. Sc.  
Directrice des soins  
Centre hospitalier universitaire  
Québec - Université Laval  
CANADA

## EUROPE

**Florence AMBROSINO**, infirmière, M. Sc. N.  
 'sodapi plus SAS'  
 Consultante  
 Coordination de parcours complexes  
 FRANCE

**Patricia BORRERO**, infirmière, M. Sc.  
 Infirmière spécialiste clinique  
 Hôpitaux universitaires de Genève  
 SUISSE

**Manuela EICHER**, infirmière, Ph. D.  
 Professeure associée  
 Institut universitaire de formation et de recherche en soins  
 Faculté de médecine, Université de Lausanne  
 Centre hospitalier universitaire vaudois  
 SUISSE

**Ljiljana JOVIC**, infirmière, Ph. D.  
 Directrice de soins infirmiers  
 Conseillère technique régionale  
 Agence régionale de santé Île-de-France  
 FRANCE

**Dan LECOQ**, infirmier, M. Sc., Ph. D. (cand.)  
 Maître de conférences et chercheur  
 École de santé publique  
 Université libre de Bruxelles  
 BELGIQUE

## MOYEN ORIENT

**Claire ZABLIT**, infirmière, M. Sc., M.B.A, D.E.A.  
 Professeure et directrice  
 Centre de santé communautaire et familiale Université Saint-Joseph  
 LIBAN

## CONTRIBUTION AUX TÉMOIGNAGES « POINT DE VUE ÉCLAIRÉ PAR LA PRATIQUE »

### **Julie CAMPEAU**

Proche d'une personne souffrant d'un trouble neurocognitif majeur  
Hôpital Montfort, Ottawa  
CANADA

### **Gilles LANTEIGNE**

Président-directeur général  
Réseau de santé Vitalité,  
Nouveau-Brunswick  
CANADA

### **Sylvie LEUWERS**

Coordonnatrice générale des activités paramédicales  
Groupement hospitalier de territoire (GHT) Paris  
Psychiatrie et Neurosciences  
FRANCE

### **Solange PETERS**

Professeure  
Faculté de biologie et de médecine  
Université de Lausanne  
Cheffe du service d'oncologie médicale  
Département d'oncologie  
Centre hospitalier universitaire vaudois  
SUISSE

### **Micheline ULRICH**

Présidente du conseil d'administration  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal  
CANADA

Dans le présent document, le terme « infirmière » est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.

# Table des matières

<b>Liste des acronymes ou abréviations</b> .....	8
<b>Liste des figures</b> .....	9
<b>Liste des tableaux</b> .....	9
<b>Liste des illustrations de compétence et des points de vue éclairés par la pratique</b> .....	10
<b>Préface</b> .....	11
<b>1. Introduction</b> .....	13
1.1 Approche méthodologique.....	14
1.2 Cadre analytique.....	14
1.3 Sources documentaires.....	16
1.4 Structure du document.....	17
<b>2. Définition et rôles de la pratique infirmière avancée</b> .....	18
2.1 Origine du concept.....	18
2.2 Éléments convergents de définition.....	19
2.3 Diversité des rôles de la pratique infirmière avancée.....	22
2.4 En bref.....	25
<b>3. Critères primaires, compétence centrale et autres compétences au cœur de la pratique infirmière avancée</b> .....	27
<b>3.1 Les critères primaires</b> .....	27
3.1.1 Formation aux études universitaires supérieures.....	28
3.1.2 Reconnaissance légale du statut de pratique infirmière avancée.....	31
3.1.3 Pratique centrée sur la personne malade, sa famille et ses proches.....	34
<b>3.2 La compétence centrale et les autres compétences de base</b> .....	35
3.2.1 Pratique clinique directe.....	38
3.2.2 Consultation, guidance et coaching.....	39
3.2.3 Leadership clinique, professionnel et systémique.....	40
3.2.4 Pratiques basées sur des preuves issues de la recherche.....	41
3.2.5 Collaboration intra- et interprofessionnelle.....	44
3.2.6 Prise de décision éthiquement éclairée.....	45
<b>3.3 En bref</b> .....	46

<b>4. Les effets et impacts de la pratique infirmière avancée et les facteurs favorables ou défavorables à son développement</b> .....	47
<b>4.1 Mesure d'effets ou d'impact</b> .....	47
<b>4.2 Effets sur les personnes, familles ou proches</b> .....	48
4.2.1 Soins de premier recours .....	51
4.2.2 Soins de longue durée .....	52
4.2.3 Soins liés à la chronicité .....	53
<b>4.3 Effets (et impacts) sur les systèmes de soins</b> .....	55
<b>4.4 Synthèse des effets</b> .....	58
<b>4.5 Facteurs favorables ou défavorables à la pratique infirmière avancée</b> ...	60
4.5.1 Politiques de santé .....	60
4.5.2 Exigences réglementaires .....	62
4.5.3 Structure et culture organisationnelles .....	64
4.5.4 Évaluation des résultats et amélioration de la performance .....	66
4.5.5 Exigences d'affaires .....	67
<b>4.6 En bref</b> .....	68
<b>5. Énoncés stratégiques</b> .....	69
<b>Conclusion</b> .....	73
<b>Références</b> .....	74

## Liste des acronymes ou abréviations

AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ANA	American Nurses Association
ASI/SBK	Association suisse des infirmières et infirmiers / Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
CESSI	Centres d'études supérieures en soins infirmiers
CII	Conseil international des infirmières
CNO	College of Nurses of Ontario
EFN	European Federation of Nurses Associations
FHF	Fédération Hospitalière de France
ISC	Infirmière spécialiste clinique
LACE	Licensure, Accreditation, Certification, and Education
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économiques
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OON	Ordre des infirmiers et infirmières au Liban
PIT	Paramedical Intervention Teams
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
SIDIIEF	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone

## Liste des figures

Figure 1 : Cadre analytique de Hamric et al. ....	15
Figure 2 : Illustration des rôles principaux des infirmières cliniciennes de pratique avancée et des infirmières praticiennes .....	26
Figure 3 : Les trois critères primaires de la pratique infirmière avancée .....	28
Figure 4 : Les étendues de pratiques différenciées pour les infirmières cliniciennes de pratique avancée et les infirmières praticiennes... ..	37
Figure 5 : Exemples d'effets génériques ou spécifiques de la pratique infirmière avancée proposés par Ingersoll et al., Hamric et al. et Kleinpell .....	48
Figure 6 : Illustration de la dynamique des effets et des impacts de la pratique infirmière avancée [inspirée de Donabedian] .....	59
Figure 7 : Exigences du processus LACE aux États-Unis et comparaison avec le Canada .....	63
Figure 8 : Synthèse des facteurs facilitants ou contraignants liés à la pratique infirmière avancée relativement à la structure et à l'organisation des soins selon Elliott et al. ....	65

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Mosaïque des termes utilisés pour désigner des pratiques spécialisées ou qualifiées d'avancées dans différents pays (ou provinces) de la francophonie .....	19
Tableau 2 : Liste d'énoncés utilisés pour définir la pratique infirmière avancée (en ordre alphabétique des pays/provinces/régions).....	20

## Liste des illustrations de compétence et des points de vue éclairés par la pratique

Illustration de la compétence en soins directs pour un infirmier praticien.....	39
Illustration de la compétence en recherche pour une infirmière clinicienne de pratique avancée .....	43
Point de vue éclairé par la pratique – Sylvie Leuwers, coordonnatrice générale des activités paramédicales, Groupement hospitalier de territoire (GHT) Paris – Psychiatrie & Neurosciences (France).....	49
Point de vue éclairé par la pratique – Micheline Ulrich, présidente du conseil d'administration, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Québec, Canada) .....	51
Point de vue éclairé par la pratique – Julie Campeau, proche aidante d'une personne souffrant d'un trouble neurocognitif majeur, Hôpital Montfort (Ontario, Canada) .....	53
Point de vue éclairé par la pratique – Solange Peters, cheffe du service d'oncologie médicale, Département d'oncologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse) .....	57
Point de vue éclairé par la pratique – Gilles Lanteigne, président-directeur général, Réseau de santé Vitalité (Nouveau-Brunswick, Canada) .....	67

# Préface

Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) est fier de publier ce dossier d'actualité sur la pratique infirmière avancée, unique en langue française, et de soutenir ainsi le développement de la profession infirmière au sein de l'espace francophone.

Le fil conducteur du présent ouvrage repose sur le fait que la plupart des sociétés dans le monde font face aux défis d'une offre suffisante et pertinente des soins de santé. Tous les pays sont à la recherche de moyens novateurs pour faire évoluer les soins de manière sécuritaire et performante. À cet effet, la pratique infirmière avancée a été reconnue efficace pour améliorer la prestation de soins adaptés le plus près possible des personnes, des familles et des communautés. Bien qu'elle se soit développée dans plusieurs pays dès le début des années 1960 et que les preuves scientifiques soient au rendez-vous, une certaine confusion persiste quant à la configuration et à la contribution optimale de ce rôle infirmier.

Ainsi, le SIDIIEF a souhaité établir un état des lieux de la pratique infirmière avancée au sein des pays francophones. Cette analyse de ses fondements et de sa valeur économique conclut sur des considérations et des énoncés stratégiques capables de soutenir son évolution pour la configurer à la hauteur des besoins de santé d'une population, et ce, dans le respect des contextes culturel, politique, économique et professionnel propres à chaque système de santé.

Si ce document a le potentiel d'intéresser la communauté infirmière et les diverses professions de la santé, il s'inscrit toutefois dans une perspective plus large, car, au vu de l'évidence qui se dégage, le SIDIIEF interpelle de façon urgente les décideurs et les planificateurs pour qu'ils fassent de la pratique infirmière avancée un levier d'évolution de leurs systèmes de santé.

Notre organisme a pour mission de faciliter la mise en réseau des infirmières et infirmiers francophones, de mettre en valeur le leadership infirmier et de promouvoir la contribution de la profession infirmière à la santé des populations. Nous avons l'ambition de réunir la communauté infirmière francophone autour des enjeux liés aux soins de santé. Diverses activités de formation, de collaboration interprofessionnelle et d'échanges offertes par le SIDIIEF s'appuient sur le partage du savoir infirmier, toujours en ayant comme objectif l'excellence de la pratique clinique. À l'instar d'autres organisations internationales, le

SIDIIEF fait aussi entendre la voix de la profession infirmière par des prises de position susceptibles d'influencer les politiques de santé. Ce dossier que nous publions s'inscrit donc dans la continuité de nos actions stratégiques.

Hélène Salette, infirmière, M. Sc. inf., ASC  
Secrétaire générale, SIDIIEF

Le SIDIIEF est une organisation internationale non gouvernementale sans but lucratif, dont le siège social est à Montréal (Québec, Canada). Le SIDIIEF est doté du statut consultatif auprès des instances de l'organisation internationale de la francophonie. Le SIDIIEF anime un réseau francophone d'infirmières et d'infirmiers d'une trentaine de pays de la francophonie.

# 1 Introduction

Le visage de la santé dans le monde est caractérisé par une recrudescence de maladies transmissibles et non transmissibles, notamment des maladies chroniques, et malgré les découvertes scientifiques et technologiques toujours plus avancées, les systèmes de santé font face à des défis de plus en plus complexes ayant trait à l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la performance des soins. Les infirmières du monde se sont engagées à développer des contributions exemplaires, souvent de nature interprofessionnelle, pour répondre à ces défis.

Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1) et le Conseil international des infirmières (CII) (2), consolider les fonctions d'infirmière en vue de soutenir une couverture sanitaire mondiale et contribuer à faire la différence grâce à des prestations d'un impact élevé et à moindre coût sont des impératifs clés. Pour atteindre ces objectifs, trois éléments essentiels sont à considérer. Ils ont déjà fait l'objet de nombreuses recommandations par plusieurs groupes d'experts. D'abord, la pénurie de personnels de la santé, particulièrement celle des professionnels qualifiés qui entraîne des bris ou ruptures de services, est l'un des éléments importants à prendre en compte selon l'OMS (3). Ensuite, le rehaussement et la standardisation des programmes de formation initiale des professionnels de la santé, pour assurer une meilleure qualité et une sécurité accrue des soins dans un contexte de mobilité des populations, sont un autre élément incontournable de réussite (4-7). À cet égard, le SIDIIEF a pris position dès 2011 en recommandant le rehaussement à l'université de la formation infirmière initiale; cette recommandation a été entérinée lors de son assemblée générale de 2015, par l'adoption de la Déclaration de Genève (8). Finalement, l'approche de santé durable selon laquelle les interventions doivent être les plus efficaces et les plus proches possible de la population, avec un rapport coût-efficacité optimal, s'avère un impératif. Ces éléments viennent confirmer la pertinence d'une contribution infirmière à large spectre pour faciliter l'amélioration et l'accessibilité des soins pour tous et assurer la performance des systèmes de santé. Le développement de la pratique infirmière avancée vise exactement ces objectifs et devient, dès lors, un choix stratégique sur le plan national pour :

- Améliorer l'équité d'accès aux soins;
- Promouvoir une approche centrée sur les personnes, les proches et les communautés;
- Améliorer la qualité des soins en les basant sur des preuves;

- Diminuer les coûts pour les usagers et les systèmes de soins en exerçant une responsabilité et un leadership cliniques engagés ;
- Contrer la pénurie de professionnels de santé par l'attractivité<sup>1</sup>.

Toutefois, comme plusieurs incompréhensions subsistent en ce qui a trait au rôle infirmier, le présent document a été élaboré dans le but d'en cerner les principales définitions et configurations à l'échelle mondiale et de discuter de la manière la plus éclairée possible de ce qu'elle peut procurer comme valeur ajoutée aux personnes, aux proches, aux communautés, mais aussi aux systèmes de santé. Les conditions critiques facilitant ou contraignant son implantation, son déploiement et son évaluation sont également analysées.

## 1.1 Approche méthodologique

Ce document est basé sur une de type « Examen de la portée des connaissances » qui permet d'analyser un phénomène à partir de la documentation récente sur un sujet donné et d'en faire ressortir : (i) l'étendue, l'envergure et la nature des informations générales disponibles sur le sujet d'intérêt, (ii) les principaux résultats de recherche et d'intervention, (iii) les lacunes dans la documentation et la conceptualisation existantes, et enfin (iv) une synthèse qui intègre les connaissances et les expériences de terrain (10-15).

L'aspect novateur d'un examen de la portée des connaissances réside dans les informations organisées de manière narrative autour d'un cadre analytique (10).

## 1.2 Cadre analytique

Plusieurs auteures ont examiné, conceptualisé ou modélisé la pratique infirmière avancée (16-22), mais trop peu d'études de validation permettent aujourd'hui de conclure à la supériorité empirique d'un modèle sur un autre. Parmi les plus connus, on note celui de Strong (17, 23), développé aux États-Unis, qui inclut cinq domaines (soins directs, soutien aux systèmes de soins, formation, recherche et publication, leadership professionnel). Ce modèle est d'ailleurs utilisé dans la province du Manitoba, au Canada (24), pour ancrer le rôle des infirmières praticiennes. On retrouve également le modèle général de Brown (25), qui inclut quatre dimensions (rôles, légitimité, environnements et effets). De plus, on observe que certains modèles ont été développés pour des contextes ou enjeux de soins spécifiques. C'est le cas des modèles en soins critiques (26), en soins orthopédiques

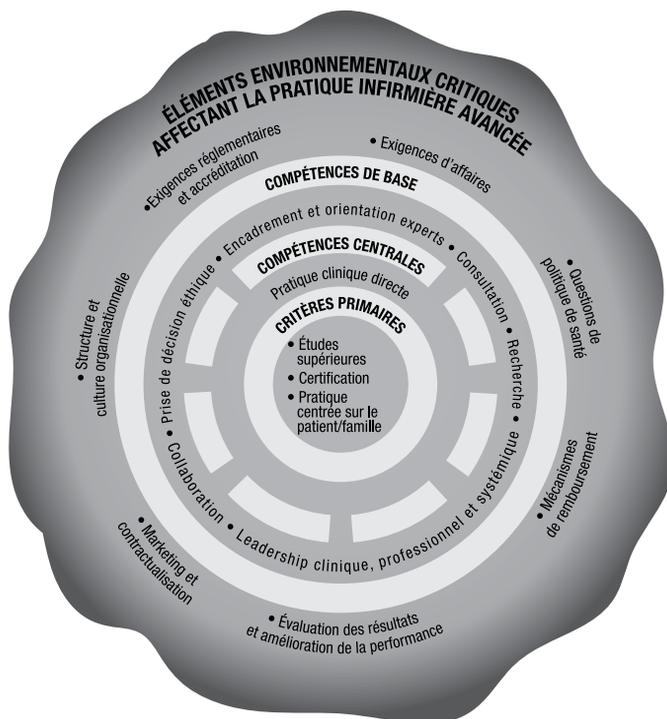
<sup>1</sup> Il faut noter que la consolidation d'une filière complète d'études universitaires (y compris la maîtrise universitaire [master], programme de pratique infirmière avancée, et le doctorat en science infirmière) incluant des profils de connaissances cliniques avancées et une autonomie professionnelle accrue, contribue à augmenter l'attractivité de la profession infirmière (9).

(27), en soins gériatriques (28) et en soins relatifs à l'important enjeu de la compétence culturelle (29).

Toutefois, en raison de sa large diffusion et des composantes centrales qui rejoignent en grande partie celles mises en valeur par d'autres modèles de référence, et malgré le peu d'études de validation qui lui sont consacrées, nous avons retenu le cadre analytique de Hamric et al. (30) comme ancrage. Ces auteures proposent quatre composantes principales et 18 critères pour décrire la pratique infirmière avancée : (i) la composante des (trois) critères primaires pour qu'une pratique infirmière puisse être considérée comme une pratique avancée; (ii) la compétence centrale qui doit obligatoirement être présente; (iii) les (sept) compétences de base qui doivent faire partie du profil; (iv) les (sept) conditions ou éléments critiques présents dans l'environnement qui peuvent agir comme facteurs facilitant ou contraignant le développement, l'implantation ou encore la pérennisation de cette forme de pratique.

**FIGURE 1 :** Cadre analytique de Hamric et al.

*(reproduit et traduit avec l'autorisation de Elsevier – n° RP016574)*



Compte tenu de l'objectif du document et du choix de ce cadre analytique, la littérature a été sélectionnée en fonction des questions suivantes portant sur la pratique avancée :

- Quelles sont les définitions les plus fréquemment utilisées pour la décrire ?
- Quels sont les critères et compétences les plus fréquemment cités ?
- Quels effets lui sont le plus fréquemment associés ?
- Quels éléments sont les plus fréquemment énoncés comme des facteurs facilitant ou contraignant son développement, son implantation ou sa pérennité ?

### 1.3 Sources documentaires

Les principales bases de données utilisées ont été PubMed, Cinahl et Cochrane. La recherche documentaire a d'abord été effectuée à l'aide de mots clés fondés sur ces questions à partir de termes et de descripteurs d'indexation apparentés (Thesaurus) et en recourant à la logique booléenne<sup>2</sup> pour établir des liens entre des termes libres jugés cohérents et le cadre analytique retenu. Pour la recherche d'articles, des filtres temporels (15 ans) et linguistiques (français, anglais) ont été appliqués. D'emblée, la présence d'un résumé était requise pour qu'un article soit retenu.

En plus des repères terminologiques dans les bases de données classiques, d'autres stratégies ont aussi été mises de l'avant pour trouver des informations récentes potentiellement éclairantes pour le SIDIIEF. Ainsi, une recherche dans la littérature dite grise (c'est-à-dire non répertoriée de manière classique), comprenant des résumés ou actes de colloques, des thèses, des mémoires, des rapports de projet et des documents gouvernementaux, a été effectuée électroniquement pour compléter la recherche documentaire classique. Pour ce genre de documents, le même filtre temporel a été employé (15 ans) et la recherche électronique libre sur Google et Google Scholar a alors été introduite.

Douze expertes provenant de six pays de la francophonie (Belgique, Burkina Faso, Cameroun, Canada [provinces du Nouveau-Brunswick et du Québec], France, Liban, Suisse) ont grandement contribué à la bonne interprétation de la valeur scientifique ou appliquée de cette documentation. De plus, cinq personnes en interface directe avec la pratique infirmière avancée ont témoigné de leur expérience de terrain. Ces expériences sont décrites dans des témoignages intitulés « Point de vue éclairé par la pratique ».

Pour ce qui est des articles accompagnés d'un abrégé (n = 227), ils ont tous été lus; ceux qui semblaient les plus pertinents ont été retenus (n = 128). Chaque article retenu a été analysé selon les critères suivants : pertinence par rapport aux questions de recherche, qualité de la méthodologie, présence et adéquation d'un cadre théorique ou conceptuel, force de preuve lorsqu'applicable, possibilité de généralisation des résultats et spécificité

<sup>2</sup> Fonction logique combinatoire d'interrogation employant des conjonctions telles que ET, OU.

de contexte jugée cohérente avec celle de pays francophones. Quant aux livres, rapports ou documents de positionnement, ceux qui ont été retenus l'ont été pour leur aspect contemporain, leur pertinence relativement aux éléments clés du cadre analytique, leur originalité et leur contenu éclairant (n = 69). Ces derniers ont tous été examinés attentivement et les informations qu'ils contenaient ont été minutieusement classées selon leur appartenance principale à l'une ou l'autre des questions de recherche ou des catégories du cadre analytique. Les éléments cités à cinq reprises et plus ont été particulièrement mis en valeur, les autres ont été traités de manière plus illustrative.

## 1.4 Structure du document

Ce document est composé de quatre chapitres où s'imbriquent les questions retenues du cadre analytique. Ainsi :

- 1 Le premier chapitre examine l'origine du concept et propose des **définitions** convergentes de la pratique infirmière avancée qui pourraient inspirer les membres du SIDIIEF.
- 2 Le deuxième chapitre examine les **critères** qui ont été développés dans le monde pour baliser la pratique infirmière avancée. Les **compétences** jugées essentielles aux rôles de pratique infirmière avancée sont également présentées.
- 3 Le troisième chapitre résume **les effets et les impacts** de la pratique infirmière avancée et documente les **facteurs facilitant ou contraignant** cette pratique.
- 4 Le quatrième chapitre est une **synthèse** qui met l'accent sur ce qu'on sait de la pratique infirmière avancée et ce qui semble le plus valide. Dans ce dernier chapitre, des considérations et énoncés stratégiques sont proposés afin de poser des balises facilitant un consensus sur les composantes de la pratique infirmière avancée dans le monde infirmier francophone.

## 2 Définition et rôles de la pratique infirmière avancée

### 2.1 Origine du concept

L'Europe d'après-guerre a une longue histoire de pratique infirmière, qui s'apparente à celle de la pratique infirmière avancée, ainsi qu'une riche expérience de collaboration interprofessionnelle entre infirmières et médecins. Cela fut particulièrement le cas en Grande-Bretagne et en Finlande (9). En Amérique du Nord, après plusieurs tentatives s'échelonnant sur une trentaine d'années (1930-1960), le premier programme de *nurse practitioner*, ou infirmière praticienne, a été offert par l'Université du Colorado en 1965, suivi en 1968 par celui du Collège de Boston : le Boston-based Bunker Hill/Massachusetts General Nurse Practitioner Program (31). C'est en 1985 que naîtra l'Académie américaine des infirmières praticiennes.

Dès les années 1960, le système de santé du Canada s'appuie sur des infirmières qui exercent une forme de pratique avancée puisque celles-ci offrent, la plupart du temps comme seules prestataires, des soins de base aux populations habitant les régions rurales ou isolées (32). Leur formation est axée sur la santé publique et communautaire, les soins médicaux de premier recours et le suivi des grossesses normales. Ce seront les provinces anglophones de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario qui mettent en place les premiers programmes de formation universitaire d'infirmière praticienne. Les législations provinciales qui régissent cette forme de pratique au Canada sont entrées en vigueur entre 1996 (province de l'Alberta) et 2009 (territoire du Yukon). Mais, depuis les années 1980 aux États-Unis et 1990 au Canada, la pratique avancée ne se limite plus seulement aux infirmières praticiennes : elle inclut aussi les infirmières expertes cliniques formées aux cycles universitaires supérieurs. Celles-ci agissent dans les soins directs complexes et comme leaders pour mener le développement, l'implantation et l'évaluation de processus de soins infirmiers en contexte de travail collaboratif interdisciplinaire. C'est en 1995, surtout grâce à des leaders infirmières américaines de Californie, de l'Indiana et de l'Ohio que naîtra l'Association américaine des infirmières cliniciennes spécialisées.

Bien que le développement de la pratique infirmière avancée soit plus récent en Australie, en Belgique, en Irlande, en Suisse et en France, ces pays mènent des initiatives stratégiques, législatives, réglementaires et opérationnelles soutenues pour que la formation aux études graduées universitaires et la reconnaissance légale de cette forme de pratique soient au rendez-vous.

## 2.2 Éléments convergents de définition

La désignation de pratique infirmière avancée s'avère trop souvent galvaudée. C'est le cas lorsqu'on l'utilise pour désigner toute spécialisation ou toute forme d'initiative structurée visant l'amélioration ou l'innovation en soins, et ce, qu'on utilise ou non une référence théorique pertinente en soins infirmiers, des savoirs infirmiers scientifiques ou encore une évidence basée sur des preuves (33). Les titres utilisés pour désigner une infirmière qui exerce en pratique avancée sont de plus en plus nombreux, ce qui contribue à la confusion. À titre d'exemple, voici une mosaïque d'appellations utilisées dans quelques pays ou provinces du monde francophone. Notons que quelques-unes de ces appellations sont réglementées alors que d'autres ne le sont pas.

**TABLEAU 1 :** Mosaïque des termes utilisés pour désigner la pratique avancée dans différents pays (ou provinces) de la francophonie

(Source : Membres experts et membres du conseil d'administration du SIDIEF)

Titres	Belgique	Burkina Faso	Cameroun	France	Liban	Canada			Suisse
						Nouveau-Brunswick	Ontario	Québec	
Infirmière clinicienne	■				■				■
Infirmière clinicienne spécialisée				■		■	■	■	■
Infirmière consultante	■					■		■	
Infirmière clinicienne de pratique avancée							■		
Infirmière de pratique avancée				■				■	
Infirmière praticienne				■		■	■		■
Infirmière praticienne spécialisée								■	
Infirmière sage-femme ou infirmière sage-femme spécialisée									■
Infirmière spécialisée	■	■			■				■
Infirmière spécialiste clinique	■								■
Technicienne supérieure		■	■						

Il semble aussi pertinent d'examiner des éléments de définitions présentement en usage, car les réalités des pays diffèrent les uns des autres et font évoluer la profession et la pratique infirmière avancée de manière singulière. Voici quelques définitions de la pratique infirmière avancée qui pourraient être utilisées pour favoriser un consensus au sein de la communauté francophone.

**Tableau 2** : Liste d'énoncés utilisés pour définir la pratique infirmière avancée (en ordre alphabétique des pays/provinces/régions)

### International

Pour l'OCDE et le CII, une infirmière de pratique avancée est une diplômée qui a acquis un savoir expert, une capacité de prise de décision en soins complexes et des compétences de pratique avancée [pouvant inclure des actes médicaux] dont les caractéristiques sont modulées par le contexte et le pays dans lesquels cette forme de pratique est accréditée. Un grade de maîtrise universitaire [master] est recommandé pour la certification (10:3). Les autres compétences comprennent la recherche, la collaboration, la réflexion éthique et la consultation-coaching (7:22).

### Belgique

Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier belge a défini l'infirmière de pratique avancée de la façon suivante : « contribue de manière significative à l'amélioration et à la professionnalisation de l'art infirmier, et ce, au moyen de la spécialisation et de l'extension/expansion de sa propre profession. À cet égard, il s'agit de réaliser des tâches médicales peu complexes et/ou des tâches médicales spécialisées bien définies, de réaliser des tâches infirmières hautement spécialisées et complexes et d'avoir des compétences supplémentaires en matière de coordination des soins, d'éducation des patients/clients, d'autogestion, de responsabilisation et de soins psychosociaux. » Un diplôme universitaire de deuxième cycle [master] est requis (35).

### États-Unis

Pour l'ANA, la pratique infirmière avancée exige d'avoir terminé un programme d'études supérieures, d'avoir réussi un examen de certification et d'avoir des compétences cliniques préparant à fournir des soins complexes dans une spécialité. La pratique infirmière avancée exige une grande capacité de synthèse et une grande autonomie. Les infirmières de pratique avancée peuvent assumer des responsabilités dont l'évaluation, le diagnostic et la gestion des problèmes de santé, ainsi que la prescription et le suivi de médicaments, de tests ou d'interventions (34) grâce à une licence complémentaire.

### France

La loi française (Loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé) stipule que peuvent exercer en pratique avancée, les auxiliaires médicaux [dont les infirmiers], qui justifient une durée d'exercice minimale et un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée [...]. La pratique avancée comprend l'orientation, l'éducation, la prévention-dépistage, l'évaluation clinique, les actes techniques et de surveillance, les prescriptions de produits de santé non soumis à une prescription médicale, les prescriptions d'examens complémentaires et leurs renouvellements ou adaptations (8: Art. 119).

## Liban

Selon l'Ordre des infirmiers et infirmières au Liban (OON), l'infirmier licencié qui a obtenu un certificat de spécialisation d'une université ou d'un institut d'enseignement en soins infirmiers officiellement reconnus, est appelé infirmier licencié spécialisé. [...] Les branches de spécialisation et la durée des études seront déterminées par décret (37, 38).

## Province du Nouveau-Brunswick (Canada)

Une infirmière de pratique avancée est une infirmière autorisée qui a complété un programme de formation universitaire de niveau maîtrise et qui possède des connaissances avancées et une expertise clinique. Elle exerce un haut degré de jugement indépendant. La Loi provinciale sur les infirmières et infirmiers (39) autorise les infirmières praticiennes à diagnostiquer ou à évaluer une maladie, un trouble ou une affection et à communiquer le diagnostic ou l'évaluation au client; commander et interpréter des tests de dépistage et de diagnostic; sélectionner, prescrire et surveiller l'efficacité des médicaments; et ordonner l'application de formes d'énergie.

## Province de l'Ontario (Canada)

L'infirmière clinicienne spécialisée détient un diplôme universitaire de 2<sup>e</sup> cycle. Elle offre des soins aux clients ayant des besoins très complexes dans certaines situations de pratique (40). Les rôles de l'infirmière clinicienne spécialisée et de l'infirmière praticienne reposent sur l'autonomie de la pratique, des connaissances théoriques en soins infirmiers approfondies, l'expérience clinique et l'application de la recherche. Seul le rôle d'infirmière praticienne est enchâssé dans la loi. Les membres de cette catégorie ont un champ d'application plus large et sont autorisés à poser des diagnostics, à prescrire des médicaments, à pratiquer certaines interventions, ainsi que prescrire et interpréter des tests diagnostiques. La province offre trois classes de spécialités : soins aux adultes, pédiatrie et soins primaires (41).

## Province de Québec (Canada)

La pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, un savoir infirmier approfondi et une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations (19:9). 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 (8:6). La Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) définit à l'article 36.1 les activités autorisées de l'infirmière praticienne (42). Cinq classes de spécialisation sont actuellement réglementées pour les infirmières de pratique avancée. Pour les infirmières praticiennes, il y a quatre classes : cardiologie, néonatalogie, néphrologie et soins de première ligne. Il existe une seule classe pour l'infirmière clinicienne spécialisée : prévention et contrôle des infections. Le statut d'infirmière clinicienne de pratique avancée n'est pas réglementé.

## Suisse

En Suisse, la pratique infirmière avancée a été définie par un ensemble de partenaires comme la pratique d'une infirmière diplômée qui, par sa formation universitaire de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle, a acquis un savoir expert ainsi que les aptitudes nécessaires pour prendre des décisions et agir dans des situations complexes. Elle possède des compétences cliniques pour l'exercice dans des rôles avancés et élargis qu'elle assume sous sa propre responsabilité en contexte interprofessionnel et [...] propose des interventions (13:1).

On s'aperçoit qu'un certain nombre d'éléments sont récurrents dans les définitions, ce qui nous amène à les regrouper dans une définition générale.

La pratique infirmière avancée désigne une pratique clinique centrée sur la personne, sa famille et sa communauté basée sur : (i) des preuves scientifiques ; (ii) un savoir infirmier approfondi et un jugement clinique expert développés au cours d'études de 2e cycle universitaire ; (iii) des compétences en leadership pour conduire des améliorations de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins ; une pratique aussi basée sur des compétences avérées : (iv) en collaboration et partenariat intra- et interprofessionnels, (v) en recherche, (vi) en consultation-coaching et (vii) en réflexion éthique. Cette pratique fait l'objet d'une reconnaissance spécifique selon le pays dans lequel elle s'implante et évolue (2, 22, 30, 32, 33, 36, 43-50).

Toutefois, même si toutes ces caractéristiques doivent être présentes, on note que des accents ou priorités peuvent être mis sur certaines plus que sur d'autres en fonction des contextes spécifiques de pratique (22, 51, 52). Nous devons donc examiner les rôles qui font partie de la pratique infirmière avancée.

### 2.3 Diversité des rôles de la pratique infirmière avancée

Malgré une certaine forme de consensus évoquée au point précédent, la pratique infirmière avancée reste un terme parapluie qui englobe différents rôles. Ces configurations de rôles peuvent varier selon le contexte légal et les besoins en soins et services. Le point le plus débattu actuellement dans la littérature, surtout de sources américaine et canadienne, est certainement le fait que l'expression pratique infirmière avancée puisse englober le rôle d'infirmière clinicienne de pratique avancée (titre utilisé dans ce document et décliné, dans le Tableau 1, dans des appellations telles qu'infirmière clinicienne spécialisée, infirmière spécialisée, infirmière spécialiste clinique, etc.), d'infirmière praticienne et d'infirmière sage-femme spécialisée. Ces deux derniers rôles étant considérés comme plus éloignés de ceux d'infirmière clinicienne de pratique avancée ou d'infirmière praticienne, nous n'en tiendrons plus compte à partir de maintenant. En Afrique, on désigne parfois l'infirmière praticienne par le titre d'infirmière praticienne de la médecine ou encore d'infirmière praticienne de la médecine spécialisée. On trouve aussi des infirmières exerçant en poste de santé rural dont l'étendue de pratique ressemble à celle des infirmières canadiennes dans les installations de santé éloignées telles que celles dans le Grand Nord. Au Burkina Faso, on utilise le terme « attaché de santé » pour désigner l'infirmière praticienne ; l'attachée de santé est notamment appelée à réaliser des césariennes en chirurgie obstétrique ou des

chirurgies de cataracte en ophtalmologie. On doit néanmoins noter ici que certains pays souhaitent qu'il n'y ait qu'une forme de pratique infirmière avancée afin qu'elle englobe à la fois un plein exercice du champ de pratique en soins infirmiers et des avancées interdisciplinaires pour mieux répondre aux besoins (53). Les différences entre les rôles sont examinées dans les paragraphes qui suivent et sont succinctement illustrées dans la Figure 2.

Si l'on résume les rôles et les étendues du champ d'exercice dans la pratique infirmière avancée, on pourrait d'abord dire que **les infirmières cliniciennes de pratique avancée** exercent un rôle de premier plan dans l'offre de soins infirmiers, dans le suivi des cas complexes ainsi que dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation des pratiques exemplaires (p. ex., guides de pratique, trajectoires de soins, suivis systématiques) en contexte uni- ou interdisciplinaire. La plupart du temps, ces infirmières exercent aussi un rôle-conseil auprès des équipes de soins infirmiers et agissent comme agentes de changement au sein du système de santé pour améliorer la qualité, la continuité et la sécurité des soins infirmiers, mais aussi leur performance. Elles ont donc une approche systémique, peuvent occuper des rôles de responsables cliniques et être impliquées dans des soins directs auprès des personnes, des proches ou des communautés (54, 55). Dans leur cas, l'expression pratique infirmière avancée renvoie donc à un exercice infirmier expert dans toute l'étendue de son propre champ de pratique, lequel lui est dévolu par les juridictions compétentes dans un contexte donné.

Les **infirmières praticiennes** quant à elles offrent des soins infirmiers spécialisés complexes partageant des soins médicaux de manière légale et autonome. Les infirmières praticiennes doivent donc cumuler compétences infirmières et compétences médicales, ces dernières étant acquises à la suite d'une formation universitaire médicale complémentaire faisant partie intégrante de la formation infirmière avancée. Le terme « avancé » prend ici une signification particulière, car, en plus d'avancer dans toute l'étendue de leur propre champ de pratique professionnelle, les infirmières praticiennes avancent dans le champ de pratique de la médecine de manière autonome et partagée. Cette autonomie leur est dévolue dans un cadre légal, la plupart du temps pour : (i) assumer la responsabilité de l'évaluation, de l'impression diagnostique et de la gestion des problèmes de santé ; (ii) prescrire certains médicaments tout en assurant leurs suivis et ajustements ; et (iii) prescrire et interpréter certains tests diagnostiques (comprenant parfois des interventions invasives ciblées) (56, 57). Habituellement, la pratique exige une formalisation de partenariat avec des médecins<sup>3</sup>, incluant quelquefois un partenariat d'affaires, selon les pays, les contextes et les systèmes de santé. Ce partenariat d'affaires peut notamment se concrétiser autour des questions de coûts, d'immobilisation et de facturation.

<sup>3</sup> La notion de partenariat n'implique pas nécessairement la présence sur place d'un médecin.

En Belgique, les infirmières spécialisées en soins intensifs et soins d'urgence sont ainsi habilitées par la loi à pratiquer de manière autonome des actes techniques de soins qui sont soumis à la prescription médicale pour les infirmières non spécialisées « à condition qu'ils aient été décrits au moyen d'une procédure ou d'un plan de soins de référence, et que ces prestations et actes aient été communiqués aux médecins concernés » : réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs; interprétations de paramètres concernant les fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique; manipulations d'appareils de surveillance des fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique; accueil, évaluation, triage et orientation des patients (58, 59). Cela permet une relative autonomisation de l'activité infirmière dans les services concernés. Cette autonomie est importante, car elle permet une prise en charge rapide et holistique du patient critique ainsi que l'exercice de certaines fonctions telles que celles d'infirmière d'accueil et d'orientation dans les services d'urgence et d'infirmière au sein des Paramedical Intervention Teams (PIT). Ces services sont définis comme un moyen intermédiaire dans la chaîne des secours en milieu extrahospitalier qui est composé d'une infirmière spécialisée et d'un secouriste-ambulancier, assistés à distance par un médecin spécialiste en soins d'urgence et exerçant sur la base d'ordres permanents pour les actes nécessitant une prescription médicale. Ces infirmières ne sont cependant pas titulaires d'une maîtrise [master], mais plutôt d'une formation d'un an (60 crédits européens) post-baccalauréat (post-bachelor).

Dans certains pays, il n'existe pas d'infirmière praticienne. C'est le cas de la France où, par contre, une loi autorise depuis 2009 les coopérations entre professionnels de santé sous forme de délégations d'actes ou de tâches intitulés « protocoles de coopération », établies sous l'article 51 de la Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009. Ces délégations fonctionnent comme une entente contractuelle liant un délégant et un délégué sous la responsabilité du délégant. Par exemple, le médecin autorisera, sous conditions, l'exécution de certains actes par une infirmière, actes habituellement réservés à la pratique médicale. Quoique cette forme de pratique s'apparente à celle de l'infirmière avancée, elle ne l'incarne pas complètement, entre autres raisons parce que la marge d'autonomie de l'infirmière est limitée, que les autres compétences de base ne sont pas nécessairement au rendez-vous (p. ex., celles en recherche, en coaching ou en éthique) et que l'exécution de ces actes ne lui confère pas une compétence exportable. Ces actes délégués sur une base contextuelle ne sont prévus dans aucun cursus national de formation. Ces protocoles de coopération se développent surtout en réponse à un besoin identifié dans une région ou un contexte donné et ont pour vocation d'être étendus si les critères d'évaluation sont positifs. L'objectif de la loi semble avoir été double : encadrer des pratiques qui existaient déjà de manière spontanée et expérimenter des modalités légales contractualisées de glissements d'actes professionnels afin de répondre de façon pérenne à des besoins en soins des populations. Le rapport de la Haute Autorité de Santé de France (60) signale que parmi les 38 protocoles autorisés entre 2011 et 2014, la majorité concernait des pathologies chroniques tels, le diabète

de type 2, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les troubles cognitifs et les risques cardiovasculaires (60).

## 2.4 En bref

Concernant les rôles en pratique infirmière avancée, deux rôles principaux émanent de la littérature : l'infirmière clinicienne de pratique avancée et l'infirmière praticienne. On peut retenir qu'ils exigent tous les deux des études supérieures, dans un programme universitaire en science infirmière et en sciences médicales pour les infirmières praticiennes. Ces deux rôles reposent sur une pratique infirmière à plus large spectre et sur une collaboration intra- et interprofessionnelle accrue.

L'une des différences entre ces deux rôles concerne surtout la réponse en soins directs aux besoins de clientèles cibles. Pour les infirmières cliniciennes de pratique avancée, ces cibles d'action sont plus particulièrement les équipes de soins dans des secteurs cliniques spécifiques, mais aussi les personnes requérant des soins infirmiers complexes dans ce secteur. Quoiqu'elles doivent s'investir dans les soins cliniques directs, les infirmières cliniciennes de pratique avancée ont également une obligation de développer ou d'implanter des pratiques exemplaires et d'assurer la performance des soins infirmiers. Elles exercent par ailleurs des rôles de formation, de guidance, de conseil et de coaching dans les transformations des pratiques de soins. La plupart du temps, les infirmières cliniciennes de pratique avancée dépendent professionnellement des directions de soins infirmiers ou de ce qui en tient lieu.

Les infirmières praticiennes se consacrent surtout aux soins infirmiers complexes, y compris les soins médicaux à des clientèles cibles. Ces clientèles sont souvent celles qui présentent les problèmes de santé parmi les plus fréquents (incidence et prévalence). Elles exercent aussi des rôles-conseils dans le développement des soins basés sur des preuves. Il faut remarquer que les éléments énoncés dans l'une ou l'autre des colonnes de la Figure 2 ne sont pas par le fait même, mutuellement exclusifs, mais ils permettent dans une certaine mesure de fonder la distinction entre infirmière clinicienne de pratique avancée et infirmière praticienne.

La différence majeure réside dans le fait que les infirmières cliniciennes de pratique avancée exercent un plus grand rôle dans le développement de la pratique infirmière basée sur des preuves, alors que les infirmières praticiennes sont plus orientées vers la prestation de soins, laquelle prestation inclut maintenant des activités cliniques partagées qui étaient auparavant exclusives aux médecins.

**FIGURE 2 :** Illustration des rôles principaux des infirmières cliniciennes de pratique avancée et des infirmières praticiennes

<b>PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE</b>	
<b>Infirmière clinicienne de pratique avancée</b>	<b>Infirmière praticienne</b>
<p><b>Clientèles cibles :</b> Personnes, familles et proches requérant des soins infirmiers complexes dans un secteur clinique spécifique; mais aussi, équipes soignantes ayant besoin de guidance et de coaching dans le développement, l'implantation et l'évaluation de pratiques exemplaires.</p>	<p><b>Clientèles cibles :</b> Personnes, familles et proches présentant des problèmes de santé à incidence et prévalence élevées et ayant besoin d'évaluations avancées, de soins et de suivis cliniques infirmiers complexes ainsi que de soins médicaux partagés et réglementés.</p>
<p><b>Objectif principal :</b> Améliorer l'offre, l'adéquation, la qualité, la sécurité et la performance des soins.</p>	<p><b>Objectif principal :</b> Offrir des soins directs à des clientèles spécifiques en vue d'en assurer une plus grande accessibilité et un suivi adéquat.</p>
<p><b>Rôles principaux :</b> Soins infirmiers complexes // Élaboration, implantation, suivi et évaluation de pratiques exemplaires // Approche systémique afin d'améliorer la performance des soins ainsi que la continuité, la qualité et la sécurité des soins infirmiers // Conseil, coaching, guidance auprès des personnes malades et des équipes infirmières // Recherche et positionnement éthique // Formation des équipes cliniques.</p>	<p><b>Rôles principaux :</b> Soins infirmiers complexes // Partage d'activités médicales exigeant une disposition légale // Collaboration interprofessionnelle accrue (pouvant comprendre des partenariats d'affaires) avec les médecins et autres professionnels de la santé (pharmaciens, physiothérapeutes, etc.) // Formation des équipes cliniques.</p>

## 3 Critères primaires, compétence centrale et autres compétences au cœur de la pratique infirmière avancée

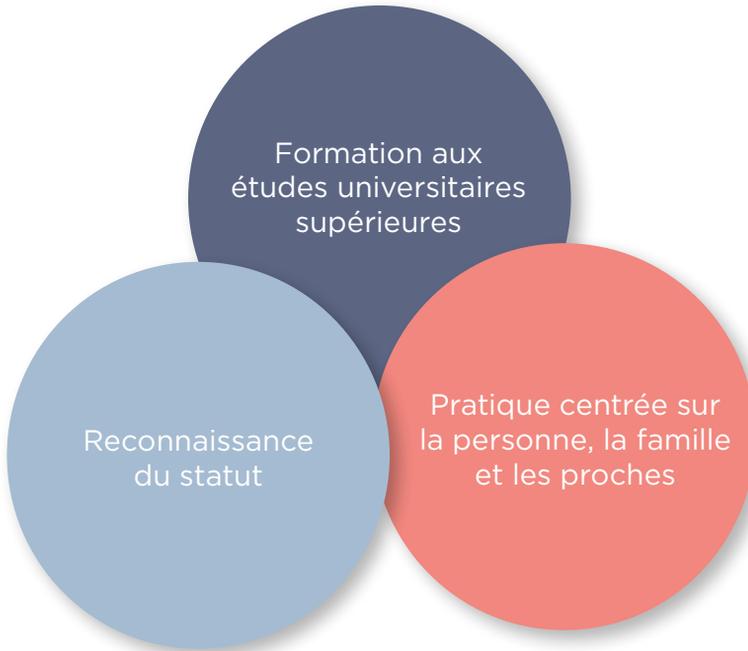
Rappelons que la discipline infirmière comprend des obligations quant aux pratiques cliniques exemplaires dans tout le continuum santé-maladie et au développement des savoirs scientifiques, à l'enseignement tant en milieu clinique qu'au sein des unités, écoles, collèges, départements ou facultés de science infirmière. La discipline intègre un rôle politique et un rôle de plaidoyer en faveur de la pratique infirmière. L'un des facteurs qui influence son développement est justement lié à cette capacité de pouvoir créer des espaces pour manœuvrer à la fois dans les environnements cliniques de pratique infirmière avancée et dans des rôles d'enseignement, de recherche, de *leadership* politique et de défense des droits (61). Pour y arriver, Hamric et al. (30) mettent de l'avant le fait que la pratique infirmière avancée comporte des critères primaires, une compétence centrale et des compétences de base que nous traitons dans les sections suivantes.

### 3.1 Les critères primaires

Pour Hamric et al. (30), trois critères sont jugés primaires et incontournables pour qualifier la pratique infirmière avancée : une formation aux études supérieures, une reconnaissance du statut et une pratique centrée sur la personne, la famille et les proches. Ces mêmes critères sont recommandés par le CII (2, 43) et l'ANA (34), et ils sont intégralement ou partiellement présents tant dans les recommandations canadiennes (32) que dans celles provenant de la France (36) et de la Suisse (46). Ces trois critères ont été établis en vue d'assurer une définition uniformisée de la pratique infirmière avancée dans le monde et sans ambiguïté par rapport à d'autres formes de pratiques infirmières spécialisées qui se sont développées dans différents milieux. Par exemple, des pratiques infirmières en technologies de pointe au service d'un programme de dépistage du cancer de la peau ou en endoscopie ne pourraient pas être qualifiées de pratique avancée si l'infirmière ne possède pas une formation aux études universitaires supérieures, une reconnaissance du statut de pratique infirmière avancée par des instances supérieures à celle de l'unité où elle travaille et si elle n'exerce pas son rôle avancé selon une approche clinique globale centrée sur la personne, sa famille et ses proches.

### FIGURE 3 : Les trois critères primaires de la pratique infirmière avancée

(Source : Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady (30))



#### 3.1.1 Formation aux études universitaires supérieures

À l’instar des autres professions, il s’est produit un rehaussement des exigences relatives au niveau de la formation minimale requise pour la profession infirmière et conséquemment pour la pratique infirmière avancée. Il existe aujourd’hui un plaidoyer largement consensuel selon lequel la « valeur ajoutée » de cette pratique aux résultats de santé et à la performance des systèmes de santé complexes requiert des formations de haut niveau ; ces formations sont assorties de stages cliniques avancés et adaptés tant aux besoins de santé des populations, aux savoirs probants et aux nouvelles technologies qu’aux contextes de pénurie de ressources professionnelles et aux cultures de collaboration qui prévalent dans les milieux visés (2, 19, 34, 44, 62, 63).

La grande majorité des auteures s’entend pour recommander que la formation menant à la pratique infirmière avancée relève d’études universitaires supérieures<sup>4</sup>. Le CII recommande formellement un niveau de maîtrise [master] universitaire (43). C’est également le niveau

<sup>4</sup> « Postgrade universitaire » désigne une formation terminée après l’obtention d’un premier grade universitaire.

de formation qui a été fixé pour la pratique infirmière avancée en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Suisse. En France, les textes d'application de la loi permettant l'instauration de la pratique infirmière avancée sont en cours d'élaboration, mais il se dégage un consensus autour d'une formation de niveau master universitaire. D'ailleurs, la Fédération Hospitalière de France discute actuellement de la réglementation de la pratique avancée, notamment en ce qui concerne la formation et l'expérience préalables comme critères d'admission.

L'examen minutieux effectué par l'OCDE en 2010 auprès de 12 pays indique que les formations requises, tant initiales que de pratique avancée, varient beaucoup selon les pays.

L'étude de Pulcini *et al.*(6) montre d'ailleurs que sur 20 pays (tous continents confondus), seulement la moitié (50 %) des grades pour la pratique infirmière avancée est de niveau maîtrise universitaire [master], alors que l'autre moitié repose sur un certificat, un diplôme associé ou un baccalauréat [bachelor]. Le rapport de l'OCDE (9) note aussi que des disparités de formation peuvent exister au sein d'un même pays. C'est d'ailleurs le cas pour l'accès au titre d'infirmière au Canada, aux États-Unis et en Suisse, des pays où les législations varient en matière de santé et d'éducation et ne relèvent pas du palier fédéral, mais bien de lois et de règlements adoptés par des États, des cantons, des provinces ou des territoires. On constate donc que tout comme pour les définitions explorées au chapitre précédent, des variations existent entre les pays (et au sein d'un même pays) en ce qui concerne les niveaux de formation requis pour la formation à la pratique infirmière avancée. Il faut aussi noter que la précision sur les rôles attendus dans les systèmes de santé peut influencer les priorités et les objectifs de formation. Dans certains pays, le rôle de pratique infirmière avancée n'existe pas légalement comme tel, ce qui fait que les leviers pour rehausser la formation requise restent très faibles.

Malgré les variations observées, la recommandation à retenir est que la formation pour accéder à la pratique infirmière avancée (inscrite ou non dans une loi) doit être de niveau maîtrise [master] universitaire.

Par ailleurs, la littérature abonde en descriptions sur les exigences concernant le contenu des formations menant à la pratique infirmière avancée. Il est d'abord considéré comme essentiel que tout curriculum de formation menant à la pratique infirmière avancée soit

basé sur trois composantes : (i) les besoins de santé de la population, (ii) les politiques de santé en vigueur dans un contexte donné, y compris les positionnements stratégiques des professions, et finalement (iii) les normes existantes pour les programmes universitaires. Plusieurs organismes ont suggéré des orientations et des objectifs pour guider l'élaboration de programmes universitaires de 2<sup>e</sup> cycle pour la pratique infirmière avancée (32, 44, 64). Ils ont recommandé que certains des objectifs de ces programmes soient obligatoirement orientés vers la pratique clinique directe, tout en ajoutant que les autres compétences soient considérées comme des repères incontournables et que les programmes y contribuent de manière substantielle. Schober (44) présente des recommandations concrètes pour faciliter l'élaboration de programmes de formation à la pratique infirmière avancée de niveau maîtrise [master] universitaire. Elles consisteraient en trois groupes de cours distincts :

- Des **cours fondamentaux sur le plan clinique** comprenant l'examen clinique avancé, la pharmacologie, l'anatomie et la physiologie, la physiopathologie ainsi qu'un stage clinique avancé centré sur les problèmes de santé courants.
- Des **cours théoriques** traitant des approches théoriques en soins infirmiers, des méthodes de recherche, des statistiques et des questions relatives aux données probantes, de même que des enjeux liés aux politiques de santé, à la collaboration interprofessionnelle, à l'organisation syndicale, à l'organisation des soins infirmiers et, plus largement, à la configuration des systèmes de santé.
- Des **cours d'approfondissement et de spécialisation dans un domaine clinique ciblé** comprenant surtout des stages et des modules spécialisés adaptés au contexte et aux problèmes de santé y prévalant.

Dans une publication récente du SIDIIEF, Pépin et al. (61) ont aussi proposé des recommandations pour les profils de compétence à la sortie des programmes de maîtrise [master] universitaire. Ces auteures indiquent que toute infirmière doit choisir une orientation clinique comportant des connaissances et des stages en soins infirmiers, mais aussi en soins médicaux lui permettant d'exercer à titre infirmière clinicienne de pratique avancée ou d'infirmière praticienne, le cas échéant.

Même si la proposition de Schober (44) reflète assez bien la tendance actuelle en matière de formation pour bien préparer la pratique infirmière avancée, il faut remarquer que certains programmes comportent moins de cours axés sur les aspects cliniques que d'autres. En effet, des programmes de maîtrise [master] universitaire, notamment aux États-Unis, au Canada, en Irlande, en Grande-Bretagne, en Scandinavie et en Suisse, peuvent aussi être orientés pour soutenir les rôles des infirmières cliniciennes de pratique avancée qui œuvrent à l'élaboration, l'implantation, le suivi et l'évaluation de pratiques exemplaires. Le cursus est alors surtout axé sur le leadership de transformation au sein des systèmes de soins. D'autres programmes peuvent aussi être orientés pour mener au doctorat en recherche (Ph. D.); ils comportent alors des composantes plus avancées en méthodes et

autonomie de recherche et, la plupart du temps, un mémoire de recherche. Dans tous les cas, l'angle de transformation a comme cible des processus cliniques et, de ce fait, place la clinique au centre de tous les rôles en pratique infirmière avancée. À partir des travaux du CII et de la European Federation of Nurses Associations, des chercheurs belges ont examiné le continuum de formation en soins infirmiers menant à la pratique infirmière avancée (65).

### 3.1.2 Reconnaissance légale du statut de pratique infirmière avancée

Différentes approches sont proposées par les pays pour reconnaître officiellement la pratique infirmière avancée. Par exemple, aux États-Unis, un consensus a été établi dès 2008 et revu en 2016 par le National Council of State Boards of Nursing, qui regroupe quatre rôles précis sous l'expression pratique infirmière avancée : les infirmières anesthésistes, les infirmières sages-femmes, les infirmières cliniciennes de pratique avancée et les infirmières praticiennes. Toutes ces spécialistes sont regroupées sous un seul titre : l'Advanced Practice Registered Nurse (APRN). Elles doivent passer un examen de certification d'APRN et tenir à jour leurs compétences par une formation continue obligatoire vérifiée au moyen de processus cycliques de certification (34, 66). Carney (67) a examiné attentivement la littérature qui traite de la réglementation et de la reconnaissance du titre dans le monde. Elle a aussi répertorié au moins 30 sites électroniques qui proposent des documents pertinents répondant aux critères de réglementation et de reconnaissance du titre. Ses résultats indiquent qu'une réglementation et une reconnaissance existent dans les neuf pays suivants : l'Australie, le Canada, la région administrative de Hong Kong, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande, Singapour, l'Espagne, le Royaume-Uni et les États-Unis. En Suède, le titre et la formation adoptés depuis 2005 sont ceux d'infirmière clinicienne spécialiste de pratique avancée. Quoique largement répandue, cette forme de pratique n'y est pas encore légalement reconnue (68).

Pour ce qui est des pays francophones, en France, c'est la Loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui a permis d'adopter une dénomination de pratique avancée. La législation française reconnaît la pratique avancée pour un ensemble de professionnels dits « auxiliaires médicaux » dont font partie les infirmières, mais aussi les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, pour n'en nommer que quelques autres. C'est donc dire qu'il s'agit d'un mouvement décloisonné qui pourrait avoir des répercussions sur l'ensemble du système de santé. La loi française n'est pas explicite sur les niveaux de formation requis. Elle l'est toutefois sur le fait que, quelle que soit la profession dont elle émerge, la pratique avancée s'exerce sous la coordination médicale au sein d'une équipe de soins primaires ou d'une équipe de soins en établissement ou encore en assistance à un médecin spécialiste (36). Des activités dérogatoires sont cependant prévues en matière de prescription d'examen paracliniques, de renouvellement de traitements, de prescription de produits non soumis à la prescription médicale obligatoire et de possibilité pour une infirmière de pratique avancée d'orienter

une personne malade. Les décrets sont en cours de rédaction ainsi que la constitution d'un comité de pilotage et le démarrage d'audits. Ainsi, la collaboration est au cœur de la dynamique française de la pratique avancée.

Pour ce qui est de la Belgique, selon l'OCDE, le développement et la reconnaissance officielle des rôles avancés n'en sont qu'à leurs débuts (9) avec des différences entre les régions. Par exemple, les régions de Bruxelles-Capitale et de la Wallonie sont considérées comme moins investies en pratique avancée que celle de la Flandre. Ce sont surtout les programmes de spécialisation de niveau post-baccalauréat [bachelor] qui se sont développés, notamment en pédiatrie, santé mentale, santé communautaire, soins intensifs et soins d'urgence et gériatrie. Ces formations de spécialisation en un an (60 crédits) constituent un entre-deux entre le niveau de bachelier [bachelor] et le niveau de maîtrise [master]. Par conséquent, elles ne sont pas nécessairement construites pour élargir les compétences relatives à la recherche ou celles reliées au leadership nécessaire à la transformation des soins. La formation au niveau maîtrise [master] n'est pas nécessaire pour ce qui concerne les spécialités cliniques. Elle est cependant indispensable pour accéder à certaines fonctions d'infirmière gestionnaire (cadre intermédiaire et supérieure) qui ne relèvent pas de la pratique infirmière avancée. En juillet 2017, le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier a demandé officiellement à la ministre de la Santé de réglementer la pratique infirmière avancée. Celle-ci a demandé en retour de fournir une position officielle quant à la définition, les champs d'action, les actes et les compétences que devront atteindre ces infirmières. Elle a aussi insisté sur l'importance de bien différencier les infirmières de pratique avancée des infirmières spécialisées.

En Suisse, la pratique avancée est au cœur des développements de la profession infirmière. En en faisant la promotion, des organisations ont présenté un document de positionnement justifiant une réglementation particulière liée au fait que les infirmières de pratique avancée sont capables, dans des situations complexes et diverses, de se charger de rôles avancés et élargis qu'elles assument sous leur propre responsabilité au sein d'une équipe interprofessionnelle. Il est important de mentionner que le consensus sur l'introduction de la pratique avancée dans les systèmes de santé n'est pas nécessairement acquis dans tout le pays, mais deux universités et plusieurs hautes écoles de santé se sont engagées à déployer un programme de maîtrise [master en science infirmière]. Deux programmes de doctorat sont également disponibles pour mieux soutenir la pratique avancée, l'un se déployant en Suisse romande, l'autre en Suisse alémanique.

Au Liban, avec l'évolution des soins et des formations, un comité qui inclut l'ordre infirmier, des instances universitaires et le ministère de la Santé a révisé la Loi n° 10 du 2 février 1982 régissant la profession infirmière. Ce comité a proposé un décret qui est actuellement soumis au pouvoir législatif pour ratification. Ce décret comprend trois catégories d'infirmières : (i) l'infirmière auxiliaire (titulaire du baccalauréat technique), (ii) l'infirmière (titulaire de la licence) et (iii) l'infirmière spécialisée (titulaire d'une

maîtrise [master]). Cette réglementation intègre la pratique infirmière avancée dans les fonctions de l'infirmière spécialisée. Plus spécifiquement, l'article 4 stipule que l'infirmière spécialisée doit développer des compétences cliniques avancées dans un domaine de spécialisation. Deux universités libanaises préparent déjà les infirmières au niveau de la maîtrise [master] au rôle d'infirmière clinicienne en pratique avancée dans les domaines de la santé mentale, des soins critiques, de l'oncologie et des soins palliatifs (69).

Aucune législation n'encadre encore la pratique infirmière avancée au Liban ou en Suisse, mais des documents de positionnement ou des plaidoyers provenant de groupes crédibles et reconnus sont clairement en faveur de la reconnaissance accrue de la pratique infirmière avancée par son positionnement de niveau maîtrise universitaire [master] et par son insertion dans une forme de réglementation (36).

Comme défini dans le chapitre précédent, la pratique infirmière avancée dans certaines provinces du Canada s'incarne dans deux rôles génériques : l'infirmière clinicienne de pratique avancée et les infirmières praticiennes (70). Mais il faut noter que, tout comme on le voit en Suisse pour les cantons, la juridiction en matière de santé est de niveau provincial. Ainsi, au Québec, en 2002, une révision importante du Code des professions ainsi que des lois particulières de professions en santé a introduit le cadre légal permettant la pratique infirmière avancée. Depuis lors, le titre d'infirmière praticienne est inclus à la fois dans la Loi sur les infirmières et infirmiers (Article 36.1) (42) et dans la Loi médicale (Article 31) (71). Quant au titre d'infirmière clinicienne de pratique avancée, il n'est pas réglementé, car cette pratique est couverte par la Loi sur les infirmières et infirmiers (42) et est ainsi incluse dans le champ de pratique exclusif à la pratique infirmière. Toutefois, les différences de formations pour accéder au titre d'infirmière clinicienne de pratique avancée de même que le manque de précision sur l'étendue de sa pratique clinique directe sont considérés par certains comme un frein à la reconnaissance légale particulière de cette forme de pratique (54). Quant à la province de l'Ontario, elle s'inspire de la Professional Standards Authority for Health and Social Care de la Grande-Bretagne, basée sur le Right Touch Regulation selon lequel le besoin réel d'une législation ne se justifierait que par la nécessité de protéger le public (72, 73). Le rôle d'infirmière clinicienne de pratique avancée étant exclusivement infirmier, les organismes régulateurs ontariens ne voient pas la nécessité d'une loi particulière. Par contre, ayant une étendue de pratique qui inclut un partage d'activités médicales, les infirmières praticiennes sont enchâssées dans la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers ainsi que dans la loi réglementant certaines drogues et autres substances (74). Dans la province canadienne du Nouveau-Brunswick, la Loi sur les infirmières et infirmiers a été modifiée en juillet 2002 pour qu'y soit intégré le rôle d'infirmière praticienne, puisqu'on considère que les activités exercées par ces professionnelles vont au-delà du champ d'exercice de base des infirmières (39). Plus particulièrement, trois activités de pratique avancée y sont réglementées : le droit de prescrire et de faire le suivi de médicaments, le droit de prescrire et de faire le suivi de

tests en imagerie médicale et le droit de prescrire et de faire le suivi de tests en laboratoire médical. Aucune mention légale n'est faite du rôle d'infirmière clinicienne de pratique avancée. Enfin, le rôle d'assistante médicale existe également dans certaines provinces du Canada, mais il est surtout répandu au sein des forces armées.

Au Cameroun, la pratique infirmière avancée reste difficile à cerner compte tenu de la diversité des formations et des niveaux d'écoles. La base d'admission et la durée des études ne répondent pas toujours aux mêmes critères. Néanmoins, on peut surtout retenir deux types de profils regroupés sous l'appellation « infirmier supérieur ». Le premier concerne les spécialités infirmières en anesthésie et réanimation, en santé mentale, en ophtalmologie et en gériatrie. Le deuxième concerne les diplômées du master professionnel en santé de la reproduction, en administration des hôpitaux et en science infirmière (sans spécialité clinique spécifique). Enfin, au Maroc, un nouveau programme de master spécialisé en hémato-oncologie a vu le jour à l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé, à Casablanca. Ces développements illustrent que la pratique infirmière avancée devient de plus en plus reconnue dans le monde francophone sans pour autant être immédiatement enchâssée dans une réglementation ou une législation particulière.

Ainsi, au sein de la francophonie, on peut considérer que l'introduction de la pratique infirmière avancée est manifestement sur les rails. Toutefois, seules certaines provinces canadiennes et la France ont adopté un cadre légal pour la définir, l'encadrer et la valoriser.

**3.1.3 Pratique centrée sur la personne malade, sa famille et ses proches**  
L'OMS (75) considère que la pratique clinique directe doit avoir comme cible la santé de la personne en tenant compte des déterminants liés à sa famille, sa culture et sa communauté. Elle s'applique aux personnes malades de tous âges et dans tous les contextes de soins. Les quatre valeurs fondamentales sur lesquelles cette approche repose sont : (i) la dignité et le respect dans l'écoute des besoins et de la réalité des personnes malades et de leur famille de même que la prise en compte de leurs connaissances, valeurs, croyances et antécédents culturels pour mieux les intégrer à la planification et à la prestation des soins ; (ii) le partage éthique et, en temps opportun, des renseignements nécessaires pour intervenir efficacement dans les soins et décider des suites à envisager ; (iii) la participation aux prises de décision qui concernent la santé, la réadaptation et la fin de vie ; et (iv) la collaboration avec la personne malade et ses proches pour la mise en œuvre et l'évaluation des soins dans toutes leurs dimensions. Cette approche est jugée à ce point essentielle en soins infirmiers que l'équipe responsable de la diffusion et du soutien à l'implantation de pratiques exemplaires de l'Association des infirmières

et infirmiers autorisés de l'Ontario, au Canada, a publié en 2015 un *Guide de pratique exemplaire sur les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (76). Ce guide définit le concept de manière exhaustive et émet des recommandations relatives à la pratique et à la formation des infirmières ainsi qu'au système, à l'organisme et aux politiques de santé. De même, McCormack et McCance proposent des réflexions qui ouvrent non seulement des perspectives théoriques, mais aussi des perspectives d'action (77, 78) en matière de soins centrés sur la personne.

Ce qu'il faut retenir, c'est que la pratique infirmière avancée est plus complexe que celle en soins généraux de base. Elle se démarque non seulement par son niveau de complexité, mais aussi par l'exigence d'une réelle autonomie qu'elle met de l'avant. Elle comprend la planification, la prestation et l'évaluation de soins complexes fondés sur des preuves issues de la recherche. Elle repose sur des partenariats mutuellement avantageux pour les personnes, les familles, les communautés, les professionnels et les systèmes de la santé.

### **3.2 La compétence centrale et les autres compétences de base**

Selon Tardif, « la compétence est un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (79). Pour Le Boterf, la compétence est « la résultante de trois facteurs : le savoir agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, réseaux); le vouloir agir qui se réfère à la motivation et l'engagement personnel du sujet; et le pouvoir-agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu. » (80)

La définition de compétence désigne donc la présence simultanée de ressources cognitives tels les savoirs (déclaratifs, procéduraux, conditionnels, contextuels), les habiletés (savoir-faire, pensée, jugement, évaluation) et d'autres conditions (normes, ressources, pouvoir) qui, organisées en actions, permettent à quelqu'un de démontrer une maîtrise intégrée jugée experte dans le sens que le propose Benner (81), compte tenu des résultats attendus, des contraintes et des règles à respecter.

Dans tous les contextes, comme celui de la pratique infirmière avancée où plusieurs compétences sont exigées d'une même personne, il est attendu que soient observées à la fois des compétences marquées et distinctives et des compétences en développement. Même si le cadre de Hamric *et al.*(30) en suggère sept, tel qu'indiqué précédemment, nous les avons regroupées en six grandes familles de compétences. Nous avons choisi de les désigner ici comme familles de compétences plutôt que comme compétences, car, dans les faits, on pourrait considérer que chacune d'entre elles est plutôt une méta-compétence qui peut se décliner en compétences plus fines et mesurables. Aussi, il nous apparaît important de souligner que chaque famille de compétences en pratique infirmière avancée

est en relation avec toutes les autres. Cela fait en sorte que les compétences ne sont pas mutuellement exclusives, mais plutôt interreliées en se potentialisant les unes les autres.

Nous avons retenu ces six grandes familles de compétences suivantes pour la pratique infirmière avancée :

- Pratique clinique directe ;
- Consultation, guidance et coaching (ces compétences sont jumelées ici alors qu'elles ne le sont pas dans le modèle original de Hamric et al. (30) ;
- Leadership clinique, professionnel et systémique ;
- Pratiques basées sur des preuves issues de la recherche ;
- Collaboration ;
- Prise de décision éthiquement éclairée.

Il importe de rappeler les activités et l'étendue de pratique des infirmières cliniciennes de pratique avancée et des infirmières praticiennes. On peut dire que les deux rôles sont en complémentarité, car ils exigent qu'on développe des compétences semblables et des compétences différenciées, notamment en ce qui concerne les actes médicaux réglementés. De plus, certaines compétences semblables sont parfois utilisées à la même intensité, parfois à intensité différenciée. Il est également important de rappeler qu'une des différences entre les infirmières cliniciennes de pratique avancée et les infirmières praticiennes est que ces dernières font certains examens cliniques spécialisés invasifs et ont des droits réglementés de prescrire et d'ajuster les médicaments de même que de prescrire et d'interpréter des examens plus invasifs que ceux liés à l'exercice infirmier habituel. De leur côté, les infirmières cliniciennes de pratique avancée sont plus engagées que les infirmières praticiennes dans le développement clinique sur le plan organisationnel avec et auprès des équipes de soins (souvent multidisciplinaires) et dans les transformations de pratiques. DiCenso et Bryant-Lukosius (70) ont été les premières chercheuses à décrire le continuum des rôles de la pratique infirmière avancée entre les infirmières cliniciennes de pratique avancée et les infirmières praticiennes. On y retrouve des domaines où les rôles sont intégrés, mais principalement menés par les infirmières cliniciennes de pratique avancée, et des fonctions réservées aux infirmières praticiennes.

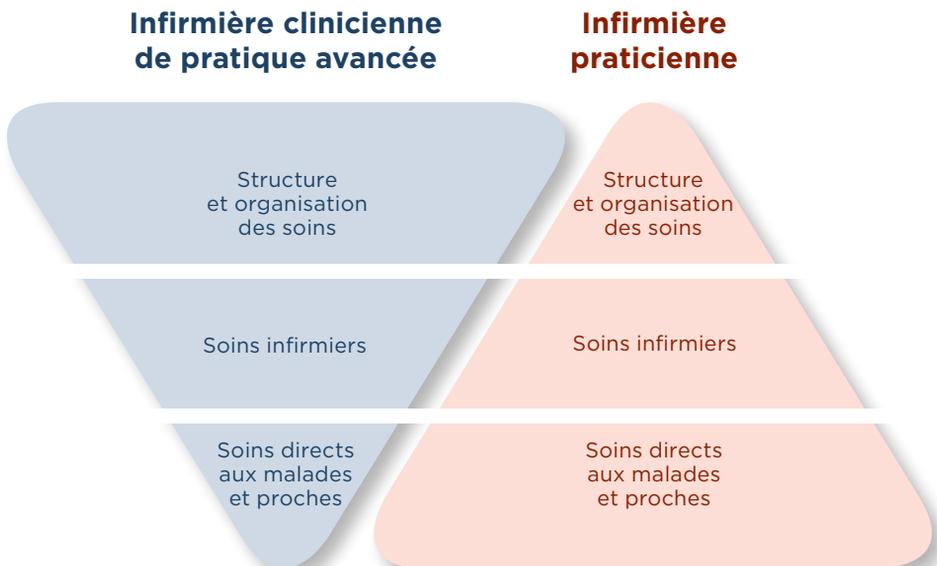
Quant à Mahrer Imhof (82), elle illustre cette complémentarité et cette spécificité des rôles en insistant sur les similitudes afin de démontrer l'importance de la pratique avancée dans son ensemble. Dans la figure qui suit, cette chercheuse suisse compare l'étendue de la pratique infirmière avancée en lien avec trois interfaces : (i) les personnes malades et

leurs proches; (ii) les équipes de soins infirmiers; et (iii) les structures et organisations de soins. En fait, elle propose que deux interfaces de l'étendue de pratique propre aux infirmières cliniciennes de pratique avancée et aux infirmières praticiennes soient inversées : le pourcentage de temps dédié aux malades et aux proches et celui dédié à la structure et à l'organisation des soins.

Selon Mahrer Imhof (82), l'infirmière clinicienne a plus d'obligations envers le développement de la structure et de l'organisation pour de meilleurs soins. Globalement, elle aurait donc un pourcentage plus élevé de temps dédié au leadership et à l'orientation professionnelle auprès des équipes de soins infirmiers, en plus des soins directs qu'elle offre aux patients et aux proches. L'infirmière praticienne, en revanche, aurait un pourcentage plus élevé de soins directs aux patients et proches. Elle serait ainsi considérée comme une leader en soins complexes pour l'équipe infirmière et en collaboration interprofessionnelle alors qu'elle serait moins impliquée dans le développement de la structure et de l'organisation des soins.

**FIGURE 4 :** Les étendues de pratiques différenciées pour les infirmières cliniciennes de pratique avancée et les infirmières praticiennes

(Schéma inspiré de Mahrer Imhof (82))



### 3.2.1 Pratique clinique directe

La pratique infirmière avancée comprend une pratique clinique directe auprès des personnes malades et de leur famille lors de situations de soins courants ou de soins complexes. Cette pratique peut s'exercer en milieu hospitalier, à domicile, dans les milieux communautaires ou encore en soins de longue durée. Elle requiert de l'infirmière des connaissances et de l'expertise en anatomie, en physiologie et en physiopathologie pour qu'elle soit en mesure d'effectuer des examens cliniques avancés et des interventions de soins basées sur des preuves. Elle nécessite aussi de l'équipement et des installations efficaces et sécuritaires.

Selon les législations des différents pays, la pratique infirmière avancée peut également comporter des partages d'actes antérieurement réservés aux médecins. Dans ce cas, ceux-ci sont définis et habituellement précisés dans un cadre légal. Pour ce type de pratique avancée, une expertise approfondie en pharmacologie est nécessaire afin d'établir des prescriptions médicamenteuses et d'en faire les suivis de manière sécuritaire, y compris en mesurant les effets de la médication sur la personne soignée. L'expertise approfondie en physiopathologie est également élargie pour permettre la prescription d'examen complémentaires et leur suivi, incluant la consultation et la coordination avec les équipes interdisciplinaires.

La pratique clinique directe exige d'être en mesure d'assurer une surveillance experte des manifestations de santé et de maladie à l'aide d'outils adaptés aux problèmes de santé physique et mentale et compatibles avec la pratique infirmière avancée.

La pratique infirmière avancée requiert en tout temps que les pratiques cliniques choisies soient basées sur des preuves scientifiques, expliquées par des fondements théoriques disciplinaires et des conceptions infirmières avancées de même que par une réflexion éthiquement éclairée partout où cela s'avère possible. Une préoccupation explicite en faveur de la sécurité des personnes malades, de la qualité des soins et de la performance des services est considérée comme le moteur principal de l'amélioration continue de l'exercice clinique en pratique infirmière avancée. Cela peut prendre la forme de transformations au profit de meilleures pratiques au sein d'une unité clinique sous la responsabilité d'une infirmière clinicienne de pratique avancée ou encore du choix d'un indicateur clinique pour guider le modèle de référence à un partenaire médical pour une infirmière praticienne. En contexte africain, la pratique clinique directe est au rendez-vous et peut elle aussi comporter de l'enseignement, de la supervision clinique ainsi que des rôles clinico-administratifs.

### 3.2.2 Consultation, guidance et coaching

Pour Hamric et ses collaboratrices (30), la « consultation » est définie par le fait d'être capable de donner ou de prendre conseil auprès d'autres collègues infirmières ou d'autres disciplines cliniques telles que la psychologie, le travail social, la physiothérapie, la médecine ou la gestion pour pouvoir concevoir et enrichir une intervention infirmière complète. La guidance et le coaching sont quant à eux définis par l'expertise et la capacité d'adapter les interventions éducatives fondées sur des preuves aux besoins en présence ainsi que par la capacité d'utiliser les principes d'enseignement reconnus comme probants selon la spécialité. Ces compétences se manifestent ailleurs par la capacité d'accompagnement dans le développement de nouveaux savoirs ou de nouvelles compétences chez les personnes malades ou chez les soignants, ainsi que par le soutien à la prise de décision complexe. Ces compétences peuvent aussi comprendre l'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel

#### Illustration de la compétence en soins directs pour un infirmier praticien

Alain est infirmier praticien en soins de premier recours, diplômé de la maîtrise [master] universitaire. Il travaille avec une équipe de médecine familiale en milieu urbain. Ses contributions se déclinent sur deux plans. Il fait des consultations pour des problèmes de santé courants et assure la prise en charge de personnes de tous âges, atteintes de maladies chroniques, principalement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Dans le cadre des consultations pour problèmes de santé courants, il revoit l'histoire de la maladie et les antécédents tant au niveau personnel que familial. Il documente l'utilisation de médicaments ou de produits non prescrits. Il s'intéresse au travail de la personne et à son environnement. Il demeure ciblé sur la raison de la consultation, les éléments d'urgence potentielle et les principales hypothèses diagnostiques associées à la condition actuelle. Il procède à un examen physique ciblé sur la raison de la consultation et tient compte des examens diagnostiques déjà présents au dossier. Au terme de cette étape, il priorise les objectifs de soins incluant des mesures préventives, des stratégies éducatives, un plan pharmacologique, de nouveaux examens diagnostiques au besoin, des références vers d'autres ressources pertinentes et un plan de suivi. Il pourrait aussi procéder à des interventions plus invasives. Si le profil clinique reste ambigu ou que le traitement initialement proposé ne procure pas les résultats attendus, il se réfère au médecin partenaire.

Dans le cadre du suivi des personnes atteintes de MPOC, le diagnostic est déjà connu. Lors de la consultation, l'infirmier praticien en soins de premier recours valide si la santé de la personne s'est modifiée depuis son dernier suivi. Il évalue la condition de santé mentale et le réseau de soutien ainsi que l'hygiène de vie dont l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme. Il revoit l'utilisation des inhalateurs, s'assure de l'adhésion au traitement, vérifie s'il y a présence d'effets secondaires et valide le niveau de confort attendu. Une revue des différents systèmes, un examen physique ciblé et une révision des examens au dossier sont faits. Des objectifs réalistes (condition et motivation) sont élaborés conjointement et réajustés selon les résultats. À titre de personne-ressource, il participe au travail d'équipe afin d'optimiser les guides de pratique clinique adaptés pour la pratique avancée auprès des personnes souffrant de MPOC.

et le suivi des clientèles de même que la formation et le soutien clinique aux membres des équipes soignantes. Les auteures insistent par ailleurs sur trois aspects relatifs au coaching : l'écoute active, la compréhension de la motivation de la personne malade, l'autonomisation par le renforcement des capacités et des ressources de la personne malade et de sa famille afin d'agir *avec* la personne malade plutôt qu'à sa place. Un des grands défis en pratique infirmière avancée est de savoir utiliser efficacement des stratégies de promotion de la santé, notamment l'éducation aux personnes malades et aux familles ainsi que la guidance ou le coaching pour faciliter l'adoption ou le maintien de comportements favorables à la santé et à la réadaptation. Cette compétence peut être mise au service tant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie que des soins aigus ou de réadaptation ; et elle peut se décliner pour des besoins individuels, familiaux ou communautaires.

Une étude suisse tenue auprès de 137 infirmières a permis de dégager six comportements clés qui amélioreraient la description de la compétence intégrative intitulée « consultation, guidance et coaching » (47). Pour les répondantes, il s'agit : d'écouter activement afin de bien cerner les besoins de la personne et de sa famille ; d'agir à titre d'experte clinique en partageant son savoir ; d'adopter une position qui valorise le développement et l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; de considérer le contexte et de le prendre en compte ; de comprendre les déterminants présents afin d'adapter l'intervention ; et enfin, de tenir compte le mieux possible des multiples composantes qui peuvent accompagner l'action.

### 3.2.3 Leadership clinique, professionnel et systémique

Le leadership est souvent défini comme un processus circonstancié ayant comme fonction d'exercer de l'influence afin d'atteindre une finalité, un but ou un objectif ancré dans une vision partagée. Pour Hamric et ses collègues (30), le leadership est soit transformationnel, soit situationnel (transactionnel). Il doit être exercé pour faciliter l'innovation clinique, la formation, le coaching ou le mentorat, et pour stimuler le développement des soins et de la discipline infirmière. On définit le leadership transformationnel comme la capacité à mener à bien des changements d'envergure tout en accompagnant les collaboratrices vers des niveaux supérieurs de développement, de cohésion d'équipe et de maturité. Ce type de leadership serait plus efficace en contexte de complexité organisationnelle ou d'incertitude. Le leadership transactionnel reposerait plutôt sur la capacité d'élaborer et de signifier les attentes, de motiver les collaboratrices en clarifiant, contrôlant et valorisant les contributions en temps et lieu opportuns. Ce genre de leadership serait plus efficace en contexte organisationnel stable (83-87). Plusieurs auteures précisent qu'une leader devrait aussi avoir des habiletés à mener une organisation, à diriger des équipes ainsi qu'à maîtriser et développer ses propres talents (30, 88, 89). Du point de vue de la pratique infirmière avancée, les raisons principales pour lesquelles le leadership apparaît au premier plan résident dans le fait qu'il est associé à une plus-value pour les personnes, pour les systèmes de santé et pour la profession infirmière (90, 91). Nous y reviendrons de manière plus détaillée dans la section suivante.

Un récent examen a amené des collègues canadiennes et suisses à définir des attributs associés au leadership en contexte de pratique infirmière avancée (87). Pour ces auteures, le leadership en contexte de pratique infirmière avancée implique les capacités suivantes : (i) faire des choix éclairés afin d'analyser, suggérer, soutenir et développer des pratiques cliniques basées sur des preuves issues de la recherche ; (ii) cerner sa contribution propre et se responsabiliser par rapport à cette dernière, communiquer efficacement et travailler en équipe autour d'enjeux partagés ; (iii) porter un jugement sur sa capacité à prendre les responsabilités et exercer les actions requises pour atteindre un objectif clinique ; (iv) planifier, gérer, coordonner, contrôler et rendre des comptes en ce qui a trait aux ressources requises pour mener à bien les activités et le développement ; (v) planifier, superviser, informer, accompagner et soutenir dans leur développement les membres des équipes impliquées dans la poursuite d'objectifs ; (vi) avoir une vision globale des enjeux dans sa spécialité et pouvoir mettre en relation les composantes stratégiques nécessaires à l'atteinte des meilleures performances et reconnaissances possibles. Pour ce faire, il est important qu'une infirmière de pratique avancée possède des qualités de négociation pour être capable d'influencer les décisions politiques au niveau le plus élevé envisageable. S'inspirant des travaux de Ingersoll (93) et de ceux de Cullen et Adams (94), le Centre de collaboration Cochrane de France (92) définit ainsi la pratique infirmière basée sur des preuves ou sur l'évidence : « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque personne malade ».

### 3.2.4 Pratiques basées sur des preuves issues de la recherche

Plusieurs références et sources d'inspiration sont accessibles pour guider la pratique avancée basée sur des preuves issues de la recherche. S'inspirant des travaux de Ingersoll (93) et de ceux de Cullen et Adams (94), le Centre de collaboration Cochrane de France (92) définit ainsi la pratique infirmière basée sur des preuves ou sur l'évidence : « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque personne malade ». Le Centre indique que :

- « *Consciente* signifie une connaissance des sources d'information disponibles.
- *Explicite* sous-entend la traçabilité du processus de recherche de l'information.
- *Judicieuse* signifie l'évaluation de l'utilité de cette information.
- *Meilleures données actuelles* implique une sélection des études ayant le meilleur niveau de preuve.
- *Prise en charge personnalisée* définit le niveau d'utilisation final de l'évidence : la pratique de soins autour d'une personne malade et de sa famille. » (92)

Une autre organisation phare est le Joanna Briggs Institute (JBI) d'Australie. Pour le JBI, les soins de santé fondés sur des données probantes doivent aussi tenir compte de la faisabilité (notamment financière) et de la pertinence en contexte de soins (95), car il est

possible que le meilleur soin selon les preuves ne puisse être mis en place en l'absence des conditions requises. Tout comme le Centre Cochrane France, le JBI fournit des méthodes et des instruments pour évaluer la valeur d'une information scientifique, juger de la force d'une preuve et établir des recommandations de pratique. Aux États-Unis, on retrouve aussi le Sigma Theta Tau International Society of Nursing qui offre le *Virginia Henderson Global Nursing e-Repository*, le *Journal of Nursing Scholarship* et le *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, trois véhicules de diffusion de résultats de recherche qui présentent les niveaux de preuve. La promotion des pratiques basées sur des données probantes issues de la recherche a été le moteur principal qui a permis d'amorcer l'offre du doctorat professionnel en science infirmière (DNP) axé sur le développement, l'implantation et l'évaluation de pratiques exemplaires (31). Le premier programme a été offert au College of Nursing de l'Université du Kentucky dès 2006, et l'on observe que ce type de programme est en croissance.

S'il est reconnu que la pratique basée sur des preuves issues de la recherche devrait impérativement être intégrée et renforcée dans la formation initiale des infirmières (96), il devient alors incontournable que la formation et la pratique infirmière avancée aillent au-delà de cette capacité de base pour englober des compétences à développer, à conduire des recherches ainsi qu'à exercer un leadership de transformation pour faciliter l'adoption des meilleures pratiques. Ellis (96) et le SIDIIEF (8) réitèrent le plaidoyer pour une pratique basée sur des preuves qui soit impérativement intégrée et renforcée dans la formation initiale des infirmières et qui ne reste pas l'apanage de la pratique infirmière avancée.

En effet, si on examine les fiches pays présentées au séminaire *L'enseignement des sciences infirmières*, qui s'est déroulé à Nantes en 2014 sous la coordination de l'Association de recherche en soins infirmiers de France, on constate que cette formation est en vigueur dans plusieurs pays (97). Néanmoins, malgré la disponibilité de ces informations, les améliorations des programmes de formation infirmière et l'offre accrue de formation continue en matière de pratiques basées sur l'évidence scientifique, des études récentes montrent que les infirmières notamment de Suisse et du Canada connaissent encore trop peu cette démarche rigoureuse de recherche (98, 99).

Les infirmières de pratique avancée deviennent donc des ressources en cette matière pour leurs collègues. En ce sens, la pratique avancée se doit d'accompagner tout mouvement vers le rehaussement de la pratique par les données probantes à fois pour procurer de meilleurs résultats des soins, mais aussi pour améliorer les pratiques qui auront ainsi le potentiel d'influencer favorablement celles d'autres professions.

Selon Hamric et ses collègues (30), une infirmière de pratique infirmière avancée doit aussi être capable d'instaurer des pratiques basées sur des preuves dans une unité de soins, une clinique, un département, un système de santé national ou international. Elle doit

être capable de devenir membre d'un panel d'experts pour guider le développement, la validation ou l'expérimentation de guides de pratiques exemplaires. Elle doit être capable de formuler des problèmes qui nécessitent un éclairage par la recherche, de mener des études de terrain et de collaborer à des équipes de recherche bien établies.

### **Illustration de la compétence en recherche pour une infirmière clinicienne de pratique avancée**

Julia, infirmière diplômée de la maîtrise [master] universitaire, est infirmière clinicienne de pratique avancée à l'unité de dialyse; elle s'intéresse particulièrement aux plaies et aux soins des pieds. Elle remarque que les infirmières de l'unité font peu d'enseignement de la santé des pieds aux personnes souffrant de néphropathie diabétique malgré le risque élevé de problèmes qui les guettent. Elle se joint à l'infirmière gestionnaire de l'unité et à une professeure à l'université partenaire pour développer un programme de formation destiné aux infirmières de l'unité de dialyse. Ce programme s'accompagne de feuillets illustrés destinés aux personnes malades, à leurs familles et à leurs proches. Le programme s'inspire des données issues de la recherche, des principes d'enseignement aux adultes et du contexte de soins. L'équipe décide d'y intégrer un élément de recherche afin de connaître l'efficacité de l'enseignement tant sur les connaissances que sur les pratiques des infirmières et sur la satisfaction des personnes malades. Après l'évaluation par une méthode de pré- et de post-test, le programme d'enseignement est considéré comme efficace. À la suite de la présentation des résultats à l'équipe de l'unité, le néphrologue en chef, l'infirmière gestionnaire et Julia conviennent que le programme de formation sera obligatoire pour toutes les infirmières de l'unité; pour ce faire, ils sécurisent les ressources financières et matérielles et prévoient un calendrier de formation. Julia prend aussi les mesures nécessaires pour que le programme soit mis à jour sur une base régulière en inscrivant dans son cahier des charges qu'on doit procéder annuellement à l'analyse de la littérature sur les meilleures pratiques dans le domaine. Avec ses collègues, elle rédige deux abrégés décrivant leur démarche dont elle propose la diffusion à la fois dans le journal de l'hôpital et au congrès annuel de l'Association des infirmières en néphrologie.

Toute infirmière de pratique avancée doit donc avoir les compétences et habiletés en recherche pour assurer les transformations dans les pratiques tant sur le plan des soins directs que sur une base systémique. En ce sens, elle fait partie des agents de changement au service de l'amélioration continue des soins basés sur la recherche. Elle exerce ainsi un leadership transformationnel. Cet aspect requiert de l'infirmière clinicienne de pratique avancée qu'elle collabore avec les infirmières de l'équipe de soins pour les appuyer dans la levée des obstacles qui limitent leur capacité de fonder leurs pratiques sur des résultats de recherche. Young (100-102) énonce ces principaux obstacles dans l'ordre suivant : la tradition, l'autorité, l'expérience antérieure, l'intuition, les essais et erreurs et le raisonnement. À cet effet, les auteures recommandent le développement et le recours aux capacités d'analyse critique en recherche pour résoudre les problèmes cliniques à l'aide de raisonnements inductifs ou déductifs.

### 3.2.5 Collaboration intra- et interprofessionnelle

La collaboration est souvent définie comme la structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, par un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage. Ce processus est dynamique, évolutif et complexe (100, 102). Selon D'Amour (101), la collaboration s'articule autour de quatre pôles principaux : une finalité partagée, sa formalisation, la coordination et la délégation. Elle désigne ainsi le fait de reconnaître l'existence de buts communs et de faciliter l'intégration de ces buts à l'action ; mais elle confirme aussi la présence d'interdépendances qui doivent être régulées soit par des ententes de collaboration, soit par une délégation des rôles de collaboration. De plus, l'infirmière de pratique avancée porte la responsabilité d'assurer la coordination afin que la collaboration interprofessionnelle soit efficace en réponse aux besoins de santé.

La pratique infirmière avancée exige un haut niveau d'autonomie professionnelle ; ce qui veut dire que toute infirmière de pratique avancée intervient de manière autonome et demeure complètement responsable de ses actes. Pour cela, elle doit posséder un haut niveau de savoir scientifique disciplinaire et doit connaître avec précision son champ de pratique ainsi que la limite de ses compétences. Elle doit aussi connaître les champs d'exercice des autres professions du domaine de la santé afin de faciliter les interfaces et doit avoir développé des compétences pour travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle dont les compétences se complètent.

La collaboration interprofessionnelle et même intraprofessionnelle en contexte de pratique infirmière avancée consiste donc à fournir des services de santé par l'entremise de divers soignants qui collaborent à un objectif commun afin de dispenser des soins de qualité axés sur la personne malade et sa famille. Une revue Cochrane avance que les interventions basées sur la collaboration interprofessionnelle peuvent améliorer les processus et les résultats de santé grâce à des actions coordonnées qui s'appuient sur la compréhension et le respect du champ d'exercice des professionnels, la communication efficace et une définition claire des rôles et responsabilités de chacun. Dans cette revue, toutes les études retenues ont mesuré l'efficacité des interventions de collaboration interprofessionnelle. Des résultats positifs ont été notés dans les domaines suivants : soins du diabète, soins aux services d'urgence, réduction des taux d'erreur clinique, meilleure gestion des soins donnés en cas de violence familiale et meilleures compétences des praticiens de santé mentale dans la prestation des soins et dans la satisfaction des personnes malades (103).

La collaboration interprofessionnelle est de plus en plus considérée comme un déterminant pour comparer les performances des établissements de santé (104). Finalement, on pourrait en résumer les caractéristiques de cette manière : établissement d'objectifs, communication en équipe, coordination de la prise en charge des soins, autonomisation de la personne malade et de sa famille, et leadership (105).

Le rapport de l'Institute of Medicine (106) met l'accent sur l'interdisciplinarité. En ce sens, Abemyl (107) souligne que les infirmières doivent atteindre des niveaux intellectuels et de formation élevés afin de pouvoir transiger, négocier, innover et collaborer avec leurs vis-à-vis des autres professions. À l'échelle mondiale, Frenk et ses collaborateurs recommandent qu'une partie des cursus universitaires soit interdépendante pour toutes les professions de la santé. Le constat auquel ces auteurs arrivent est que l'enseignement des professionnels de la santé dans une approche en silo a échoué à amoindrir les écarts et les inégalités d'accès aux services de santé (7).

### 3.2.6 Prise de décision éthiquement éclairée

Depuis Aristote, l'éthique est principalement définie comme la valorisation des finalités et des valeurs de l'existence humaine centrée sur la notion du bien (108). Quant à l'éthique professionnelle, elle porte les valeurs et principes qui motivent les décisions et les conduites cliniques consignées dans les codes de déontologie (109). Ces valeurs et principes sont souvent partagés et exprimés ainsi au sein des groupes professionnels dans le domaine de la santé : (i) le respect de l'autonomie et de la dignité de la personne malade ; (ii) la bienfaisance ; (iii) la non-malveillance ; (iv) la sécurité et la compassion dans les soins ; (v) la justice ; (vi) la confidentialité ; (vii) le consentement éclairé ; et (viii) la responsabilité dans la reddition de compte.

Toutes ces valeurs présupposent que les infirmières ont du respect pour l'unicité des personnes. Parfois vu comme un principe à part, le respect des personnes implique qu'on les croie dignes d'une haute considération. L'AIIC (109) expose plusieurs types de préoccupations éthiques auxquels toute infirmière peut faire face, mais il s'agit souvent pour les infirmières de pratique avancée d'accompagner ou de guider les processus avec les infirmières ou les personnes malades et leurs familles dans des décisions complexes. Ainsi, la pratique infirmière avancée peut contribuer à lever des ambiguïtés lorsqu'il existe d'évidence un conflit entre une valeur infirmière et une conduite thérapeutique à tenir.

L'infirmière de pratique avancée peut guider la conduite par des pratiques exemplaires pour que les personnes impliquées puissent faire preuve de courage éthique malgré la pression que cette situation peut leur faire subir. Il peut aussi s'agir d'incertitude ou de dilemme éthique lorsque plusieurs lignes de conduite sont possibles et que cette multiplicité de choix rend l'infirmière mal à l'aise. L'infirmière de pratique avancée peut alors guider la réflexion en donnant des avis sur les conduites les plus judicieuses suggérées par la

littérature. Ce genre de rôle en pratique infirmière avancée peut éviter qu'une infirmière vive du désarroi éthique lorsqu'elle ne peut prendre des mesures pour résoudre un problème alors que ces mesures existent bel et bien, mais ne lui sont pas accessibles.

Des informations factuelles, des guides de pratique, de l'accompagnement, du coaching et de la guidance de la part de l'infirmière clinicienne de pratique avancée ou infirmière praticienne peuvent aussi prévenir des situations encore plus graves comme le désengagement éthique ou la violation des règles éthiques qui sont en cause en cas d'abus, de maltraitance ou de négligence dans les soins.

Finalement, Hamric et al. (30) préconisent quatre étapes pour développer la capacité de prendre des décisions éthiquement éclairées en pratique infirmière avancée : (i) le développement des connaissances en ce qui concerne l'éthique et la sensibilité morale ; (ii) l'application de connaissances éthiques dans sa spécialité y compris des cadres de référence sur la communication efficace, la médiation, la résolution de conflits ; (iii) la création et la valorisation d'un environnement favorable à l'éthique par la prévention des barrières environnementales ou managériales qui pourraient y être défavorables ; et (iv) la promotion de la justice sociale et de l'équité.

### 3.3 En bref

Influencée par le cadre proposé par Hamric et al. (30), ce chapitre a posé un regard critique analytique sur les éléments permettant de cerner les critères primaires, la compétence centrale et les compétences de base de la pratique infirmière avancée. Nous tenterons dans le chapitre suivant de faire le point sur les effets et les impacts de la pratique infirmière avancée, de même que sur les facteurs favorables ou défavorables à son développement.

## 4 Les effets et impacts de la pratique infirmière avancée et les facteurs favorables ou défavorables à son développement

Dans ce chapitre, nous présentons d'abord les effets et impacts que peut avoir la pratique infirmière avancée sur la santé et le bien-être ainsi que sur les systèmes de soins. Deuxièmement, à l'aide du cadre de référence de Hamric *et al.*(30), nous identifierons les facteurs qui sont les plus fréquemment reconnus comme favorables ou non à son développement.

### 4.1 Mesure d'effets ou d'impact

D'entrée de jeu, il est important de souligner qu'un effet peut être largement défini comme une mesure de la relation qui existe entre une intervention (variable d'exposition ou variable explicative – ici, la pratique infirmière avancée) et des variables mesurant les résultats que peut induire celle-ci (p. ex., des indicateurs de santé, de bien-être, de fonctionnement et de satisfaction pour des personnes, ou encore des indicateurs de coûts, de durées de séjour ou de taux de réhospitalisation pour les systèmes de soins). La mesure d'effet doit permettre de conclure sur l'ampleur de ladite relation que l'on recherche. Les étapes habituelles d'une mesure d'effet dans le domaine de la santé comprennent : le fait de poser une question de recherche bien définie qui concerne l'effet attendu, d'identifier, de mesurer et de calculer les indicateurs requis pour répondre à cette question, d'interpréter l'ampleur, le sens et la validité de la mesure d'effet, et, lorsque toutes ces mesures sont adoptées, de les utiliser pour faciliter les prises de décision relatives à la valeur d'application de l'intervention (110). Quant à la mesure d'impact, elle est une mesure plus distale (attendue ou même quelquefois inattendue) que peut générer une variable d'intervention sur les services de santé, les politiques et la recherche future de même que sur des questions sociales plus larges tels, par exemple, l'accès ou l'équité quant aux services (111).

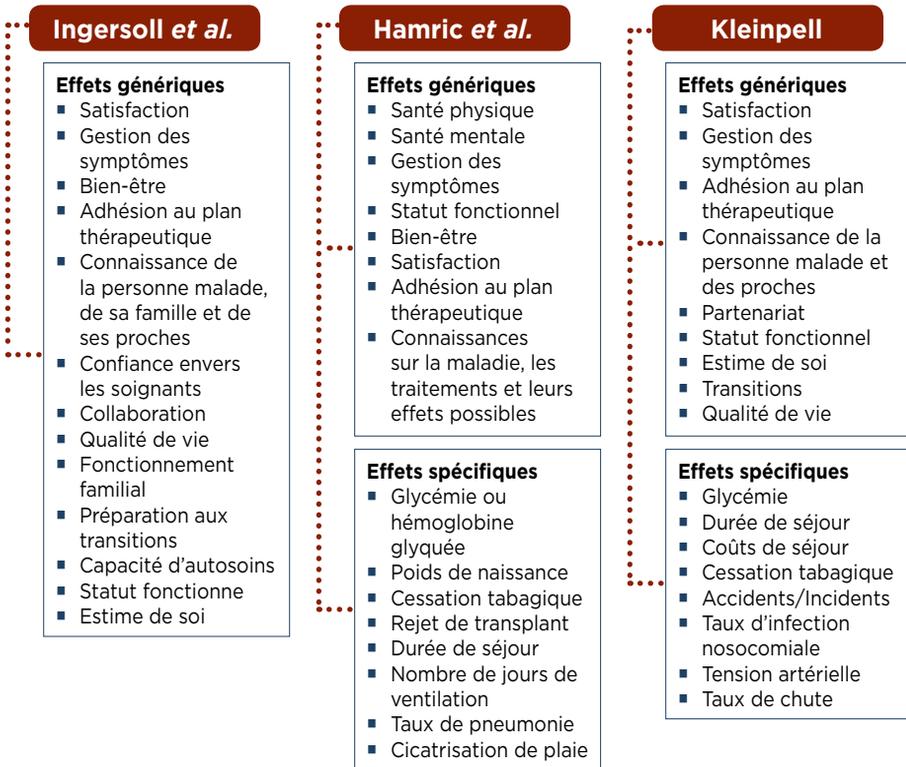
Idéalement, une mesure d'effet ou d'impact est évaluée par une approche quantitative de causalité. Toutefois, lorsque cette approche n'est jugée ni possible ni appropriée dans un contexte donné, des approches quantitatives d'association ou de corrélation sont utilisées. L'approche qualitative peut également être privilégiée pour que soient compris les phénomènes à partir d'expériences, de documents ou d'observations *in situ*. Les meilleures approches

sont souvent celles qui utilisent à la fois des mesures quantitatives et des perceptions obtenues par des approches qualitatives.

## 4.2 Effets sur les personnes, familles ou proches

Dès les années 2000, Ingersoll et ses collègues (93) ont mené une étude de type Delphi auprès d'experts en soins infirmiers. Cette étude a permis d'identifier les indicateurs d'effets de la pratique infirmière avancée tels que perçus ou anticipés sur les personnes, les familles et les proches. Plus récemment, d'autres travaux importants ont été menés par Hamric et al. (30) et par Kleinpell (112) pour décrire des effets de la pratique infirmière avancée sur la santé, mais cette fois à partir d'observations empiriques. On remarque que dans ces travaux, certains des effets sont qualifiés de génériques alors que d'autres sont plutôt décrits comme spécifiques à un domaine clinique donné. Le grand avantage des analyses descriptives proposées par Kleinpell (112) est qu'elles détaillent l'indicateur d'effet, le type de devis de recherche utilisé, le point focal de l'indicateur d'effet (personne malade ou structure) et la synthèse des résultats. La figure suivante résume les effets génériques et spécifiques marquants de la pratique infirmière avancée.

**FIGURE 5 :** Exemples d'effets génériques et spécifiques de la pratique infirmière avancée proposés par Ingersoll et al. (113), Hamric et al. (30) et Kleinpell (112).



Malgré la multitude d'effets sur les personnes malades et leurs familles, Staples et ses collègues (49) recommandent de retenir à la fois des indicateurs d'effets génériques tels que la diminution des symptômes, l'amélioration du statut fonctionnel, l'amélioration des auto-soins, l'adhésion au traitement, l'amélioration de la participation aux soins, l'amélioration de la qualité de vie ou encore la satisfaction envers les soins ; et des indicateurs d'effets spécifiques à un domaine clinique donné, par exemple le taux d'allaitement en unité mère-enfant, le taux d'infection nosocomiale par bronchopneumonie chez des tout-petits intubés en unité de soins intensifs de néonatalogie, ou encore le taux de glycémie et d'hémoglobine glyquée chez des personnes suivies pour diabète.

**Point de vue éclairé par la pratique :**  
**Sylvie Leuwers, coordonnatrice générale des activités paramédicales,**  
**Groupeement hospitalier de territoire (GHT) Paris -**  
**Psychiatrie & Neurosciences, France**

En France, l'évolution des organisations hospitalières impose une coordination des informations et des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. Ces nouvelles organisations requièrent l'évolution de tous les métiers et le développement des pratiques avancées est une des pistes possibles. Ainsi, les établissements du GHT Paris - Psychiatrie et Neurosciences ont anticipé volontairement la mise en œuvre de l'article 119 de la loi du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé en formalisant la fonction d'infirmière de pratique avancée dans le projet médical et le projet de soins. Nous lui avons confié deux grands objectifs :

L'amélioration de la qualité des soins, la fluidité des parcours de santé et le service rendu aux usagers. Les parcours avec plusieurs intervenants ou les parcours complexes renforcent la nécessité d'en assurer la coordination. Dans ce cadre, l'infirmière de pratique avancée devient le professionnel référent/ressources du parcours de soins du patient et peut engager des actions innovantes, de prévention et d'éducation et garantir l'efficacité de l'offre de soins. Elle a également pour mission d'identifier les besoins en formation des équipes et d'animer des groupes d'analyse de pratiques, contribuant ainsi à la qualité des soins et du bien-être au travail.

L'attractivité pour les professionnels. L'intégration des infirmières de pratique avancée au sein des établissements permet de valoriser le métier socle, tout en le faisant évoluer en adéquation avec les besoins des organisations. Cela permet d'offrir des perspectives d'évolution aux infirmières, de les fidéliser et de développer la recherche en soins infirmiers, et ainsi d'en assurer la valorisation et la reconnaissance.

Par contre, Brooten et al. (114) et Donald et al. (115) soulignent que certains de ces effets pourraient également être observés dans la pratique infirmière courante, car elles constatent, dans plusieurs études, le manque de détails sur les interventions de la pratique infirmière avancée, ce qu'elles appellent la « dose de pratique infirmière avancée ». Elles définissent ainsi cette expression : description détaillée du type, de la spécificité, de la fréquence et de l'intensité des interventions de pratique infirmière avancée auprès des

personnes malades. Souvent appelé « effet de la boîte noire » (*black box effect*) (116, 117), ce phénomène, présent dans la recherche sur les services de santé en général (110), se produit lorsqu'on ne peut pas bien déterminer lesquels des aspects exacts de l'intervention (dans notre cas ici, la pratique infirmière avancée) procurent les bénéfices observés (118-121).

Brooten et al. (114) et Donald et al. (115) suggèrent aussi que certains effets attribués à la pratique infirmière avancée impliquent une interaction, c'est-à-dire des effets qui pourraient être potentialisés ou diminués par d'autres composantes de soins infirmiers, de soins médicaux ou de soins de réadaptation, ou même par des composantes découlant de facteurs plus larges comme l'importance et la maturité de la collaboration interprofessionnelle ou encore l'existence de lois, de réglementations ou de politiques de santé favorables ou non à l'autonomie infirmière requise pour la pratique infirmière avancée.

La question de la « dose de pratique infirmière avancée » de même que la généralisation des résultats à d'autres contextes et milieux que ceux où les études ont été réalisées résident toujours au cœur des critiques de l'évidence.

Hamric *et al.* (30) et Kleinpell (112) observent toutefois que les principaux effets de la pratique infirmière avancée découlent des évaluations et des interventions cliniques avancées à la gestion et au suivi des symptômes, au counseling-guidance, à la communication experte, aux interventions éducatives, à l'approche centrée sur la personne malade et ses proches de même qu'à la continuité des soins par la collaboration et par la coordination entre professionnels.

Dans cet ordre d'idée, des auteures comme Reams et Stricklin (122), Aiken et ses collègues (4) de même que le SIDIIEF (123) confirment une baisse significative des taux de mortalité avec l'augmentation du nombre d'années de formation et du nombre d'infirmières formées au niveau du baccalauréat [licence] universitaire. Le SIDIIEF précise d'ailleurs que « l'expertise de l'infirmière participe à la prévention d'accidents évitables, ainsi qu'à la réduction des infections nosocomiales et des durées d'hospitalisation et de réhospitalisation, contribuant à sauver des vies, à diminuer la souffrance et à amortir les coûts du système de santé. Pour plusieurs, la valeur économique des soins infirmiers professionnels ne fait pas de doute. » (123)

Pour examiner un peu plus attentivement les champs cliniques de la pratique infirmière avancée où la force de preuve est la plus élevée, nous proposons de nous attarder sur trois d'entre eux : les soins de premier recours (quelquefois énoncés comme soins de santé

**Point de vue éclairé par la pratique : Micheline Ulrich, présidente du conseil d'administration, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, (Québec, Canada)**

Notre organisation dessert notamment une population urbaine socioéconomiquement défavorisée qui présente, dans certains quartiers, des problèmes de toxicomanie et d'itinérance. Nous avons un défi global de fournir des services adaptés et accessibles à tous. La complexité des besoins, la prévalence et l'importance de la chronicité et l'évolution rapide des traitements nous ont obligés à une réorganisation majeure des soins et des services. Confronté à de fortes contraintes financières alors que progressaient les dépenses liées aux soins et services, le conseil d'administration était à la recherche de solutions innovantes pour assumer ses responsabilités envers la population de son territoire, et ce, de manière efficace et efficiente.

C'est ainsi qu'une grande partie des soins et services a été dirigée vers la communauté dans des structures extra hospitalières. Cela a bousculé les rôles traditionnels et obligé tous les professionnels, y compris les médecins et les infirmières, à modifier leurs façons de faire. Le conseil d'administration a été favorable à l'orientation de la Direction des soins infirmiers d'intégrer des infirmières de pratique avancée, plus particulièrement des infirmières praticiennes pour assurer l'accessibilité et la continuité de soins de première ligne de qualité. Le partage des responsabilités entre médecins et infirmières a été considéré comme un facteur d'amélioration de l'accessibilité et de la productivité. Le conseil d'administration a aussi soutenu une démarche permettant une redéfinition des territoires et un redéploiement des compétences infirmières. Aujourd'hui, dix années plus tard, l'offre de services des infirmières praticiennes de première ligne est déployée dans les différents programmes et permet d'assurer, à moindre coût, un accès à des soins de qualité sécuritaires pour une population ayant des besoins particuliers.

primaires ou encore soins de première ligne), les soins de longue durée, et les soins liés à la chronicité incluant la santé mentale. Voyons très brièvement énoncés quelques effets de la pratique infirmière avancée dans chacun de ces trois grands domaines cliniques.

#### 4.2.1 Soins de premier recours

L'un des tout premiers essais *randomisés* comparant la pratique avancée des infirmières praticiennes à la pratique médicale habituelle s'est tenu au début des années 1970 à Toronto (Canada) par Spitzer et ses collègues (124). Cette étude est particulièrement importante à souligner, car elle a contribué à propulser une pratique infirmière avancée qui en était, au Canada tout au moins, à ses débuts. L'étude conclut à l'équivalence entre les résultats observés chez des personnes suivies par des infirmières praticiennes et ceux observés chez des personnes suivies de manière habituelle par des médecins, notamment en ce qui concerne la mortalité et la capacité fonctionnelle physique, sociale ou émotionnelle.

La pratique infirmière avancée en soins de premier recours cumule des preuves favorables depuis maintenant plus de quarante ans.

Plus récemment, la revue systématique Cochrane de Geeks *et al.* (125) suggérait que les prescripteurs non-médecins (50 % étaient des infirmières de pratique infirmière avancée et 50 %, des pharmaciens) étaient au moins aussi efficaces que les médecins prescripteurs. En effet, elles ont obtenu des résultats de suivi comparables sur plusieurs variables de santé, dont la tension artérielle systolique, l'hémoglobine glyquée, le cholestérol, l'observance du traitement, la satisfaction de la personne et la qualité de vie liée à la santé. Les résultats de la revue Cochrane de Laurent *et al.* (126) concluent aussi de manière significative que les infirmières de pratique avancée exerçant en premier recours peuvent produire des soins d'une qualité comparable à celle des médecins, en procurant des bénéfices semblables quant aux ressources utilisées et aux coûts. De plus, les soins offerts en pratique avancée se distinguent avantageusement par une meilleure satisfaction des personnes malades quant à leur expérience de soins.

#### 4.2.2 Soins de longue durée

En ce qui concerne les soins de longue durée, en plus des effets généraux mentionnés précédemment, on observe que la pratique infirmière avancée est associée à une diminution des hospitalisations et des réhospitalisations, à une réduction des chutes chez des personnes âgées vivant en centre d'hébergement, et à une diminution de l'agitation chez des personnes âgées présentant des troubles cognitifs et résidant en centre de soins de longue durée (121, 127, 128). On a aussi observé un meilleur dépistage des états confusionnels aigus à domicile lorsque l'évaluation était faite par des infirmières ayant une pratique de type avancée (129). Des preuves indiquent que les personnes âgées présentant des troubles cognitifs et hospitalisées dans une unité de transition dirigée par des infirmières de pratique avancée seraient mieux préparées à leur sortie d'hôpital (130) que celles ayant obtenu leur congé directement. Une fois de retour à la maison, il semble aussi qu'un programme de suivi prolongé, mené par des infirmières de pratique avancée, procure de meilleurs bénéfices comparativement au programme habituel : moindre récurrence des plaies de pression, meilleur statut fonctionnel, moindre taux de dépression et de mortalité (131). Finalement, il est largement reconnu qu'une des préoccupations et des responsabilités infirmières auprès des personnes âgées concerne

les soins de plaies. Bakerjian et Zisberg (132) en font le plaidoyer depuis plusieurs années. L'évidence montre que la pratique infirmière avancée, comme les soins spécialisés des stomothérapeutes, produit de meilleurs résultats cliniques que les soins courants, notamment en ce qui concerne la diminution de la douleur et de la durée de cicatrisation ainsi que

l'amélioration de la capacité à assurer les autosoins. Cela semble d'ailleurs être le cas en soins de longue durée, mais aussi dans d'autres secteurs cliniques (133).

#### 4.2.3 Soins liés à la chronicité

Il est à noter que les soins liés à la chronicité, sont ceux qui ont fait l'objet du plus grand nombre de revues systématiques. Dans le cas précis de l'hypertension, deux revues systématiques ont mesuré l'effet de l'introduction de la pratique infirmière avancée pour assurer le contrôle et le suivi de personnes qui ont reçu un diagnostic d'hypertension artérielle. Il s'agit des revues de Glynn *et al.* (134) et de Clark *et al.* (135). Ces études arrivent aux mêmes conclusions : une pratique infirmière avancée qui repose sur des approches cliniques établies en collaboration interprofessionnelle avec des médecins spécialistes comprenant le monitoring clinique, l'ajustement de la médication, l'éducation et l'accompagnement pour les autosoins et les habitudes de vie, la collaboration interprofessionnelle ainsi que des modalités facilitant les rappels de rendez-vous et les relances, permet de diminuer la tension artérielle ou de la maintenir dans les limites dictées par les données probantes quand on la compare aux soins habituels en cabinet médical. Des résultats favorables

#### **Point de vue éclairé par la pratique : Julie Campeau, proche aidante d'une personne souffrant d'un trouble neurocognitif majeur Hôpital Montfort (Ontario, Canada)**

C'est la travailleuse sociale qui m'a suggéré et offert de rencontrer l'infirmière praticienne quand mon mari a été admis en soins de longue durée. C'était stressant. J'ai accepté et je suis contente parce qu'elle est très compétente dans le domaine et très professionnelle. Elle est à l'écoute des besoins de soins pour mon mari mais aussi de mes propres besoins. Pour mon mari, d'abord, elle évalue de manière rigoureuse et facilite la communication avec les équipes d'infirmières et de préposées pour s'assurer que les décisions de traitement ou de référence sont bien suivies. Elle a la compétence de bien comprendre, de bien interpréter, de trouver les solutions et de les appliquer. Puis, elle fait les liens avec le médecin traitant et aussi avec le médecin spécialiste, par exemple en dermatologie. Cela facilite grandement les communications mais aussi la continuité et la globalité des soins.

Travailler avec une infirmière praticienne c'est donc plus efficace pour organiser les soins pour mon mari. Je considère qu'on avait besoin de cela car elle agit comme un pilote qui nous guide dans cet épisode de notre vie pour que mon mari reçoive les meilleurs soins et pour que je puisse prendre les meilleures décisions pour lui. Ça me sécurise de pouvoir compter sur elle parce qu'elle est compétente.

Si j'avais quelque chose à conseiller ce serait lié au fait que la possibilité de pouvoir recourir aux services d'une infirmière praticienne devrait être offerte plus tôt. Cela devrait être offert à tout le monde lors d'une admission à l'hôpital. Moi je pense qu'on m'en a parlé parce que je connais un peu les soins aux personnes en perte d'autonomie, que je suis curieuse, que je demande et que je cherche des ressources. Je me questionne à savoir si les gens moins volontaires ont accès aussi rapidement que moi à une infirmière praticienne ; je me questionne sur l'équité.

à la pratique infirmière avancée sont également observés dans la revue Cochrane de Wong *et al.* (136) portant sur l'effet d'une forme de pratique infirmière avancée auprès de personnes souffrant de maladie pulmonaire. Cette revue qui comporte neuf essais cliniques *randomisés* conclut aussi que le suivi infirmier de type pratique avancée améliore la gestion des symptômes autant que le suivi habituel en pratique médicale. En soins de cardiologie, on a constaté une diminution des réadmissions aux soins intensifs et une réduction de la durée de séjour hospitalier après l'introduction de la pratique infirmière avancée.

Toutefois, l'effet le plus marquant dans l'étude en cardiologie de Southey *et al.* (137) est que la pratique infirmière avancée a été la variable la plus fortement associée au meilleur taux de survie des personnes malades. En oncologie, les résultats pointent dans la même direction.

Tant dans l'étude de Limoges-Gonzales (138) que dans celle de Spears (139), on observe que la présence d'infirmières praticiennes dans le suivi des personnes malades peut être considérée comme une stratégie efficace pour accroître l'accès au dépistage, améliorer la gestion des symptômes, diminuer la dépression et faciliter l'adhésion au plan thérapeutique.

Finalement, pour ce qui est des soins en santé mentale dans le cas des troubles chroniques, on indique qu'il s'agirait de la première spécialité à développer un rôle d'infirmière en pratique avancée aux États-Unis (140) et qu'un travail colossal a été accompli depuis les années 1990 pour dégager les effets pouvant être le fruit de cette pratique infirmière avancée.

L'étude de Barrell *et al.* (141) propose les quelques effets suivants : l'amélioration des symptômes, la capacité de se donner des buts et de les atteindre, les changements de comportements, le statut fonctionnel, la diminution des hospitalisations et réhospitalisations, l'amélioration de la qualité de vie, de la satisfaction, de l'adhésion au plan thérapeutique, ou encore la diminution du fardeau familial. La revue systématique de Fung *et al.* (142) qui comprend 14 études révèle que les infirmières de pratique avancée obtiennent des résultats significativement améliorés principalement auprès de personnes souffrant de problèmes courants de santé mentale telles la dépression ou l'anxiété. En Australie, les résultats d'études qualitatives indiquent un degré élevé de satisfaction au regard de la pratique infirmière avancée en santé mentale, résultats qui seraient notamment dus à la disponibilité et l'accessibilité des services, l'écoute, le soutien reçu, l'information et l'éducation à la santé (143, 144). Enfin, selon Ricard et ses collègues (140), malgré la présence assez répandue d'infirmières de pratique avancée dans les services de santé mentale et l'évidence qui s'accumule en ce qui concerne leur plus-value, la rareté des

études décrivant de manière détaillée la « dose de pratique avancée », et donc la nature et les effets de leurs interventions, nuit à l'optimisation de leur rôle.

### 4.3 Effets (et impacts) sur les systèmes de soins

S'il est relativement bien démontré que la pratique infirmière avancée procure des bienfaits aux personnes malades et à leurs proches, il est par contre un peu plus difficile de distinguer dans quelle mesure cette forme de pratique finit par influencer les systèmes de soins. Une des évidences récurrentes dans la littérature concerne le fait que la pratique infirmière avancée facilite la transformation des soins afin qu'ils soient les plus appropriés possible dans des circonstances cliniques données, des innovations plus communément appelées les « bonnes pratiques » ou « les pratiques exemplaires de soins » (145). Les études relèvent d'ailleurs l'importance du rôle de la pratique infirmière avancée dans la formation du personnel infirmier pour faciliter le transfert des connaissances (de la recherche vers l'action) dans le contexte des soins basés sur les données probantes.

Plusieurs formes de recommandations de bonne pratique à haute validité externe existent. Pour n'en nommer que quelques-unes, le *Nursing+ Premium Literature Services*, de l'Université McMaster, indique le niveau de preuve généré par des études sur la pratique infirmière avancée (146), le Centre de collaboration Cochrane (92) et l'Institut JBI (147) en font autant. De leur côté, la RNAO (148) et le Royal College of Nursing de Grande-Bretagne (149) offrent des dizaines de guides de bonnes pratiques dans lesquels ils précisent clairement le niveau de preuve de chacune des recommandations qu'ils y énoncent. Ainsi, ils en proposent sur les soins de plaies, mais aussi sur la gestion de la douleur, l'état confusionnel ou encore sur les processus optimaux d'accompagnement dans les transitions de l'hôpital vers la communauté. La pratique infirmière avancée est considérée comme efficace pour mettre en œuvre ce genre de guide de bonnes pratiques.

Un autre effet de la pratique infirmière avancée sur les systèmes de soins est qu'elle est associée à une amélioration de la collaboration et de la coordination au sein de l'équipe clinique (49, 150), ces deux caractéristiques étant elles-mêmes des variables qui améliorent les soins. L'étude de cas de McDonnell *et al.* (151) montre aussi que les gestionnaires considèrent que la pratique infirmière avancée procure des effets bénéfiques sur la qualité et la sécurité des soins, qui sont des indices de performance, et qu'elle améliore les connaissances du personnel en matière de bonnes pratiques. Ces auteures concluent que la pratique infirmière avancée est liée à une meilleure qualité de vie au travail en raison de la collaboration et de la coordination qui font partie de ses exigences. Des chercheuses suisses impliquées en développement de la pratique infirmière avancée ont d'ailleurs examiné la satisfaction des soignants quant à deux modèles de soins intensifs (152). Ils ont observé que le modèle qui améliorerait des composantes liées à la pratique experte, telles que l'accès à l'information et au développement professionnel, était aussi associé à une meilleure satisfaction au travail.

Hamric *et al.* (30) reconnaissent plusieurs autres effets majeurs de la pratique infirmière avancée sur les systèmes de soins et leur performance. Il s'agit notamment de la productivité, de la satisfaction des soignants, des durées de séjour ou encore de l'accessibilité des soins et de leurs coûts. Il apparaît nécessaire de se pencher plus avant sur les coûts, car il s'agit d'un indicateur qui peut avoir beaucoup d'influence sur les décisions favorables à la pratique infirmière avancée.

Ainsi, parmi les études qui nous informent sur la façon et l'ampleur avec laquelle la pratique infirmière avancée peut faire économiser des coûts à un système de soins, celle de Lacny *et al.* (153) montre que les estimations du rapport coût-efficacité plaident en faveur d'un modèle de soins intégrés médecin-pratique infirmière avancée-personne malade. Selon ce modèle, la collaboration interprofessionnelle et les soins centrés sur la personne malade partenaire diminuent les coûts des soins. De plus, la revue systématique de Kilpatrick *et al.* (154) effectuée à partir d'analyses économiques de qualité conclut à la rentabilité de la pratique infirmière avancée comme modèle de soins ambulatoires.

De manière moins probante, car il s'agit d'une étude descriptive, Medley (133) a publié la démarche rigoureuse qu'elle a suivie pour calculer le coût-bénéfice des infirmières de pratique avancée en soins de plaies. Elle arrive au constat que les interventions de ces infirmières produisent d'excellents résultats en ce qui concerne la cicatrisation et les autosoins chez les personnes malades en plus de réduire les coûts. Elle argumente, chiffres à l'appui, que non seulement ces résultats sont valides, mais qu'en plus de veiller aux coûts, les infirmières de pratique avancée en soins de plaies peuvent mettre en œuvre des programmes qui augmentent l'accessibilité, donc génèrent des revenus, réduisent les taux de réadmission et évitent ainsi des coûts. Elle conclut que ces variables décrivant les coûts évités ou les revenus générés par la pratique infirmière avancée sont trop rarement intégrées aux analyses économiques.

Cette notion de coûts évités ou de revenus générés par la pratique infirmière avancée est également soulevée par Kapu *et al.* (155) qui ont démontré par leur analyse secondaire rétrospective que l'ajout de la pratique infirmière avancée aux équipes de soins hospitaliers coûtait plus cher que les soins usuels au départ, mais qu'à moyen ou long terme, elle évitait des coûts grâce à l'augmentation de la fluidité (p. ex. : nombre de personnes malades vues par jour) et à la diminution des durées de séjour. Bien sûr, ce genre de constatation s'applique plus facilement aux systèmes de financement par épisode de soins. Néanmoins, plus d'une douzaine d'études utilisant les coûts comme mesure d'effet de la pratique infirmière avancée sur les systèmes de soins peuvent être retenues depuis les années 2000. Elles utilisent divers types de devis, de l'analyse de dossiers à l'essai clinique *randomisé*, mais concluent toutes que la pratique infirmière avancée réduit les coûts de système (156-168). Lopatina et ses collègues (169) recommandent néanmoins que toute évaluation économique de la pratique infirmière avancée soit basée sur des guides méthodologiques qui déterminent les types de variables pertinentes, leur mesure et les types d'analyses qui devraient être privilégiés en tenant compte de leur validité interne et externe.

**Point de vue éclairé par la pratique : Solange Peters  
cheffe du service d'oncologie médicale, Département d'oncologie  
Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse)**

...Ce qu'on perçoit d'abord comme effets de la collaboration avec les infirmières de pratique avancée concerne le développement et l'optimisation de la qualité des soins et de la sécurité des patients notamment par les guides de pratique. On perçoit aussi l'effet favorable des innovations et la collaboration dans des projets de recherche en sciences infirmières. Mais finalement, ce qui nous interpelle le plus c'est que l'établissement progressif du rôle des infirmières de pratique infirmière avancée nous aide à répondre aux besoins d'une population croissante de patients en oncologie avec une complexification des traitements.

Ce qui a facilité la pratique infirmière avancée dans notre milieu c'est l'interaction entre médecins, infirmières de pratique avancée, autres professionnels de la santé et patients mais aussi le soutien conjoint de la Direction des soins et de la Direction médicale de notre Centre hospitalier universitaire et de notre Département d'oncologie.

Par contre, les obstacles que l'équipe a eus à surmonter pour le déploiement de la pratique infirmière avancée c'est le manque de clarté du rôle donc le risque de chevauchement, particulièrement avec les infirmières spécialisées en oncologie. C'est aussi le manque d'un cadre légal et d'une réglementation du rôle et conséquemment, dans notre système de santé, la possibilité limitée de facturation des prestations en pratique infirmière avancée...

Enfin, au-delà des coûts, on observe que les études pragmatiques et les synthèses de connaissances peuvent aussi permettre d'influencer les caractéristiques structurelles et les politiques ou directives ministérielles dans le domaine de la santé. Par exemple, des résultats d'études effectuées au Canada par Ducharme et ses collaboratrices (170, 171) montrent que les aidants sont peu consultés, notamment lorsque la personne âgée dont ils prennent soin obtient son congé de l'hôpital. Les résultats notent également qu'aucune évaluation n'est faite des capacités et des besoins de cette personne pour établir les soins à apporter, et qu'elle est laissée sans ressource, particulièrement le soir, la nuit et la fin de semaine. À la lumière de ces éléments, des recommandations ont été adressées aux différents paliers de gouvernement et ont contribué à influencer la prise en compte des besoins des aidants dès l'admission à l'hôpital de leur proche âgé jugé fragile ou vulnérable. Un autre exemple d'impact ressort des travaux de Dubuc et ses collègues au Canada et en Suisse (172-175) qui ont réussi à développer et appliquer une mesure de classification relativement à la vulnérabilité et aux besoins en soins de personnes âgées en perte d'autonomie. Les classifications et plans de soins guides servent maintenant d'outils d'aide à la prise de décision clinique. Également, des travaux comme ceux de Voyer et son équipe (176) concernant la dotation de personnel et la prestation des services de soins infirmiers et de soins d'assistance en hébergement de longue durée, ont mené le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, au Canada, à appliquer des ratios minimums de dotation pour les soignants, et cela pour les trois quarts de travail (jour, soir et nuit).

À la lumière de ces études, l'OCDE (9) et le SIDIIEF (123) arrivent à la conclusion que les pays qui tardent à emboîter le pas pour instaurer un déploiement systématique et planifié de la pratique infirmière avancée auront de la difficulté à atteindre leurs objectifs.

#### 4.4 Synthèse des effets

La pratique infirmière avancée est un processus de dispensation de soins qui s'intègre dans un système trilogique complexe. Premièrement, elle est influencée par le profil de santé et les conditions de vie des personnes malades à qui les soins sont destinés. La pratique infirmière avancée est aussi influencée par les composantes organisationnelles, structurelles, économiques et de gouvernance de l'environnement dans lequel elle prend place. On appelle cette dimension la « composante structurelle ». Par conséquent, il faudrait idéalement que toutes ces informations soient connues afin de pouvoir discuter des effets réalistement attendus avant de les mesurer et de tirer des conclusions sur leur présence significative ou non. Deuxièmement, avant de lui attribuer un effet, quel qu'il soit, on doit très bien connaître la « dose » et la qualité des interventions de pratique infirmière avancée. On appelle cette composante le « processus de soins ». Troisièmement, la pratique infirmière avancée procure des effets ou des résultats chez les personnes malades et leurs proches.

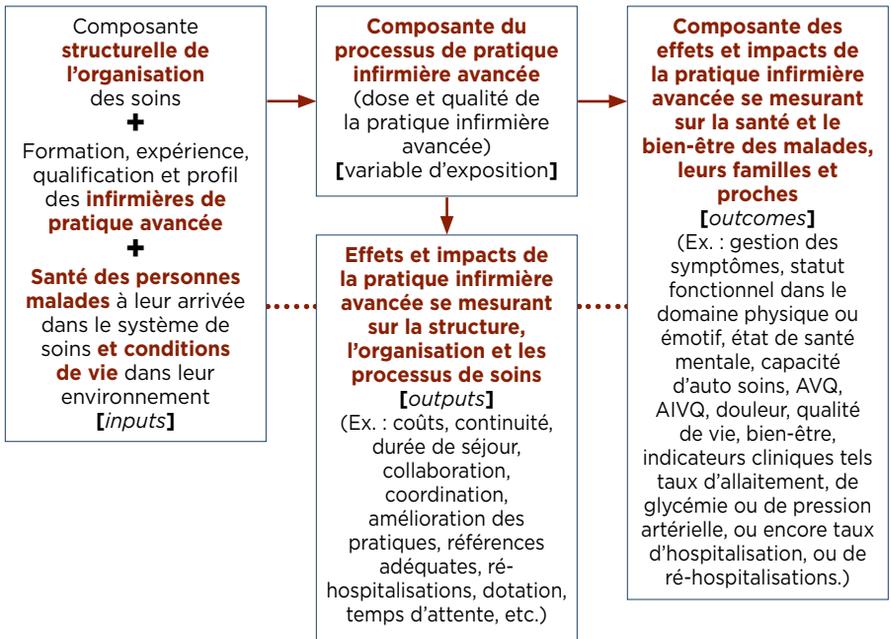
La pratique infirmière avancée peut aussi avoir des effets ou des impacts à plus long terme sur les processus, l'organisation et les structures de soins, et permettre ainsi de réfléchir de manière critique à la question pour les améliorer. On appelle cette composante les « effets et impacts des soins ». On observe que les effets de la pratique infirmière avancée ne peuvent pas toujours dépendre du processus de pratique infirmière avancée en soi ni des seuls éléments de l'organisation ou de la structure de soins. Ils doivent bien sûr se mesurer par le lien qui existe entre le processus de pratique infirmière avancée et les effets, mais en prenant en compte, dans l'équation, des éléments organisationnels ou structurels susceptibles d'influencer cette relation. Dans ce sens, il y a certainement un amalgame à faire entre la pratique infirmière avancée et la qualité des soins, car pour Donabedian (177, 178) et les chercheuses telles que Dubois et al. (179), Doran et al. (180) ou Sidani et al. (181) qui s'en sont inspiré, les soins de haute qualité sont justement ceux qui maximisent le bien-être des personnes malades et de leurs proches après qu'aient été pris en compte le rapport risques/coûts/ bénéfices inhérent à chaque processus de soins. On peut faire le lien entre l'efficacité de la pratique infirmière avancée et le concept de performance des soins, car cette dernière désigne la capacité d'un processus à atteindre des buts tels que l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population, l'efficacité, l'efficience, l'équité, l'optimalité, l'acceptabilité et la satisfaction des divers groupes d'intérêt. La mesure des effets de la pratique infirmière avancée ne doit donc pas être prise à la légère si l'on veut exercer une influence sur son positionnement stratégique. La figure suivante, inspirée des travaux de

On peut faire le lien entre l'efficacité de la pratique infirmière avancée et le concept de performance des soins, car cette dernière désigne la capacité d'un processus à atteindre des buts tels que l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population, l'efficacité, l'efficience, l'équité, l'optimalité, l'acceptabilité et la satisfaction des divers groupes d'intérêt.

Donabedian, Doran *et al.*, et Sidani *et al.* (177, 178, 180, 181) illustre cette dynamique. On y observe que les effets de la pratique infirmière avancée sont liés à la fois aux composantes structurelles et au profil des personnes malades, de leurs familles et de leurs proches ainsi qu'à la « dose » et à la qualité des processus de la pratique infirmière avancée.

**FIGURE 6 :** Illustration de la dynamique des effets et des impacts de la pratique infirmière avancée

[Schéma inspiré de Donabedian (177, 178)]



Malgré la complexité de son positionnement et de l'évolution quelquefois rapide des contextes dans lesquels elle évolue, nous pouvons conclure sans ambiguïté que la pratique infirmière avancée a prouvé depuis longtemps et à maintes reprises qu'elle produit des effets favorables chez les personnes malades et leurs proches et des impacts positifs sur l'organisation et la structure des systèmes de soins. Il reste donc très étonnant que cette pratique soit si peu déployée dans les systèmes de santé du monde et que, lorsqu'elle l'est, elle se bute à de si nombreux obstacles.

## 4.5 Facteurs favorables ou défavorables à la pratique infirmière avancée

Malgré la complexité de son positionnement et de l'évolution quelquefois rapide des contextes dans lesquels elle évolue, nous pouvons conclure sans ambiguïté que la pratique infirmière avancée a prouvé depuis longtemps et à maintes reprises qu'elle produit des effets favorables chez les personnes malades et leurs proches et des impacts positifs sur l'organisation et la structure des systèmes de soins. Il reste donc très étonnant que cette pratique soit si peu déployée dans les systèmes de santé du monde et que, lorsqu'elle l'est, elle se bute à de si nombreux obstacles. On est en droit de se demander quels facteurs dans les environnements de la pratique infirmière avancée facilitent ou contraignent le plus son déploiement.

À partir du cadre de Hamric *et al.* (30), nous retiendrons cinq groupes de facteurs qui ont été identifiés comme pouvant faciliter ou contraindre le développement, l'implantation et l'évaluation de la pratique infirmière avancée. Ils sont énumérés ici puis explicités :

- Politiques de santé ;
- Structure et culture organisationnelle ;
- Exigences réglementaires et accréditation ;
- Évaluation des résultats et amélioration de la performance ;
- Exigences d'affaires (y compris les mécanismes de remboursement de même que le marketing-contractualisation, deux groupes de facteurs qui font partie des sept que Hamric *et al.* (30) considèrent comme indépendants les uns des autres).

### 4.5.1 Politiques de santé

Bien sûr, chaque nation choisit ses bases de travail, mais en général, on définit les politiques de santé comme le résultat de processus de décision stratégique mené par des décideurs politiques qui, on l'espère, ont pris en compte les données scientifiques et les priorités de santé publique plutôt que les aspects strictement dictés par le lobby ou les pressions politiques ou

économiques. Bien qu'ils puissent différer d'un pays à l'autre, l'OMS (182, 183) préconise que les principaux acteurs engagés dans l'élaboration d'une politique de santé incluent notamment : le gouvernement dans toutes ses composantes (nationales, régionales, provinciales, départementales, cantonales et locales), les associations professionnelles ou syndicats de personnels, les organismes ou entreprises d'assurance-maladie, les personnes malades, les organisations non gouvernementales, le secteur commercial, les organisations mondiales de santé, notamment, par les fondations ou par d'autres institutions des Nations Unies.

En corollaire, on pourrait ainsi énoncer que les politiques relatives à la pratique infirmière avancée intéressent une grande diversité d'acteurs et concernent principalement, mais non exclusivement, la confirmation des besoins de la population pour des soins efficaces, sécuritaires et efficaces pouvant être offerts par la pratique infirmière avancée, la définition du rôle, l'étendue de la pratique et sa position parmi les autres personnels de santé, la protection du titre, la stratégie de surveillance de la qualité de pratique.

Lorsque les politiques relatives à l'organisation des soins et des services de santé deviennent favorables à la pratique infirmière avancée, c'est la plupart du temps parce que les réponses aux quatre questions suivantes influencent positivement les décideurs influents : La pratique infirmière avancée créera-t-elle une valeur ajoutée pour les personnes malades et les proches tout en diminuant les coûts des systèmes de santé ? La pratique infirmière avancée améliorera-t-elle l'accès aux soins de même que leur qualité et leur sécurité ? La pratique infirmière avancée créera-t-elle une meilleure coordination et une plus grande fluidité entre les niveaux de soins et, de ce fait, permettra-t-elle de diminuer les recours, les durées de séjour, les hospitalisations et réhospitalisations ? Dernière question et non la moindre : Les différents acteurs de soins sont-ils prêts à composer avec les impacts qu'aura la pratique infirmière avancée sur le positionnement hiérarchique, la collaboration et la rémunération ? Si les défenseurs de la pratique infirmière avancée sont incapables de répondre de manière convaincante à ces quatre questions, il y a fort à parier que les politiques ne joueront pas en sa faveur.

Certains auteurs considèrent que les réponses aux trois premières questions sont assez convaincantes pour influencer positivement les politiques de santé, y compris la hiérarchisation et l'organisation des soins et services, mais ils jugent que les réponses à la quatrième question restent cruciales. Par exemple, nous avons lieu de penser que malgré sa valeur démontrée, la pratique infirmière avancée ne fait pas consensus au sein de la profession médicale, car, que ce soit au Canada (184), aux États-Unis (185), en Suisse (186), en Thaïlande (187) ou ailleurs dans le monde (9), des médecins et autres professionnels de la santé s'y opposent ouvertement en raison du repositionnement hiérarchique, stratégique ou économique que sa reconnaissance exigerait d'eux ou des organisations de soins.

Pour influencer des preneurs de décision, O'Neill, Roch et Boyer (188) recommandent de développer des stratégies de communication basées sur une série d'arguments positifs bien documentés, de les lier à des propositions de solutions gagnantes face aux obstacles et d'apporter des exemples concrets et pertinents de plus-value s'appuyant sur la recherche.

Ainsi, Schober *et al.* (44) argumentent que l'intégration de la pratique infirmière avancée comme élément clé de la main-d'œuvre de la santé et de l'organisation des soins est une dynamique complexe nécessitant un changement d'état d'esprit à la fois chez les décideurs et chez les professionnels de la santé eux-mêmes, y compris les infirmières. Ils estiment aussi que pour ce faire, les défenseurs de la pratique infirmière avancée doivent être plus visibles, plus proactifs, plus stratégiques et directement impliqués dans les sphères où s'élaborent, se discutent et s'établissent les politiques. Certains auteurs ont proposé des approches incontestablement pragmatiques dans l'intervention de niveau politique pour faire avancer des idées, des innovations ou des positions.

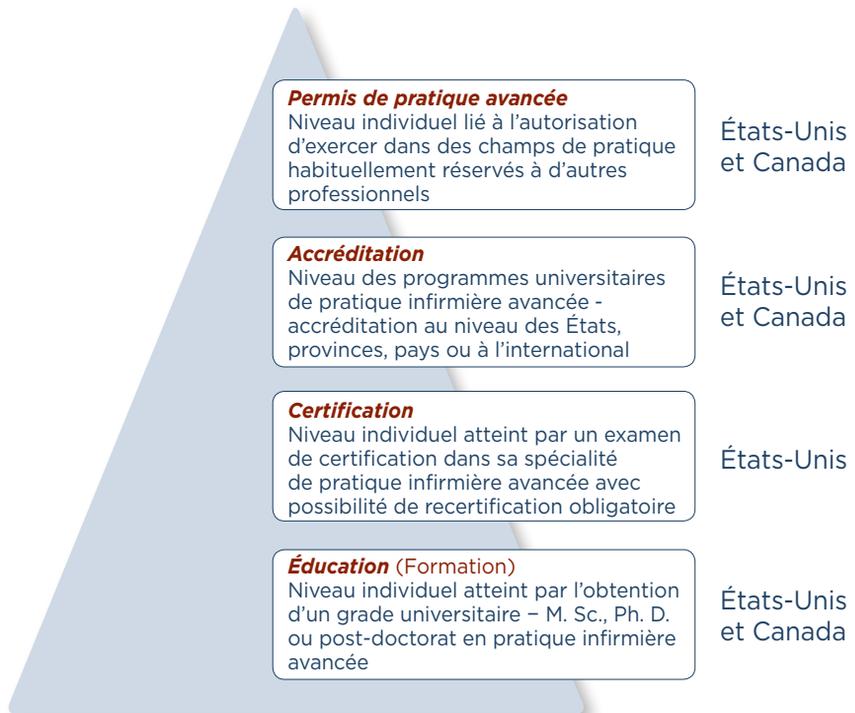
Mais sans aucun doute, si la valorisation de la pratique infirmière avancée passe d'abord par des réponses issues des données probantes sur les effets cliniques ou organisationnels, elle reste néanmoins tributaire de la présence d'un fort infirmier sur les plans stratégique et politique. Il n'est donc pas suffisant d'être soi-même persuadé que la pratique infirmière avancée est une réponse aux complexités croissantes de nos systèmes de santé ; il faut aussi que les preuves soient au rendez-vous et que les infirmières utilisent leurs compétences avérées en recherche et en communication de même que leurs habiletés politiques de haut niveau pour faire valoir, de manière stratégique dans l'arène même des preneurs de décision, la valeur ajoutée de la pratique infirmière avancée. Il s'agit là d'un élément grandement facilitateur pour le développement et l'implantation de la pratique infirmière avancée. Il existe des groupes organisés qui font la promotion, de manière stratégique et politique, de la pratique infirmière avancée auprès des groupes de décideurs dont les suivants : le Conseil international des infirmières et infirmiers, l'European Academy of Nursing Science, des ordres ou des associations nationales d'infirmières.

#### 4.5.2 Exigences réglementaires

Carney (67) a récemment analysé les exigences réglementaires de la pratique infirmière avancée de plusieurs pays pour mettre en lumière leurs différences et leurs ressemblances. Elle constate que la plupart des pays de l'OCDE n'ont pas encore de réglementation pour encadrer cette pratique. Toutefois, la réglementation de la pratique infirmière avancée figure parmi les facteurs qui pourraient faciliter son développement et son implantation, et en assurer la pérennité (6, 189). Ainsi, une fois que la question de la pertinence et de l'efficacité

de la pratique infirmière avancée est débattue et acceptée au niveau politique, il faut trouver les moyens d'établir les exigences qui permettront de réguler la pratique infirmière avancée. Actuellement, il existe plusieurs formes de réglementations, ce qui est normal puisque ces dernières existent dans des contextes nationaux particuliers. Les réglementations doivent tout au moins statuer sur le niveau de la formation, clarifier les rôles et responsabilités, assurer la qualité de la pratique, préciser les niveaux de rémunération des professionnelles et les modalités de rémunération des activités. Partant du postulat que les infirmières de pratique avancée doivent être considérées comme des professionnelles autonomes, elles doivent être formées au niveau requis, dans des programmes agréés au niveau national ou international pour la pratique infirmière avancée. Ces infirmières doivent pratiquer selon des normes et rôles établis et, pour ce faire, elles doivent être reconnues comme ayant les compétences requises par un organisme de délivrance de permis ou de certification. Par exemple, aux États-Unis où la pratique infirmière avancée est la plus ancienne, on désigne les exigences réglementaires par l'acronyme LACE, c'est-à-dire Licensure-Accreditation-Certification-Education. Au Canada, les exigences réglementaires sont assez semblables. La figure suivante illustre les exigences réglementaires du processus LACE et les compare à celles du Canada.

**FIGURE 7 :** Exigences du processus LACE aux États-Unis et comparaison avec le Canada



### 4.5.3 Structure et culture organisationnelles

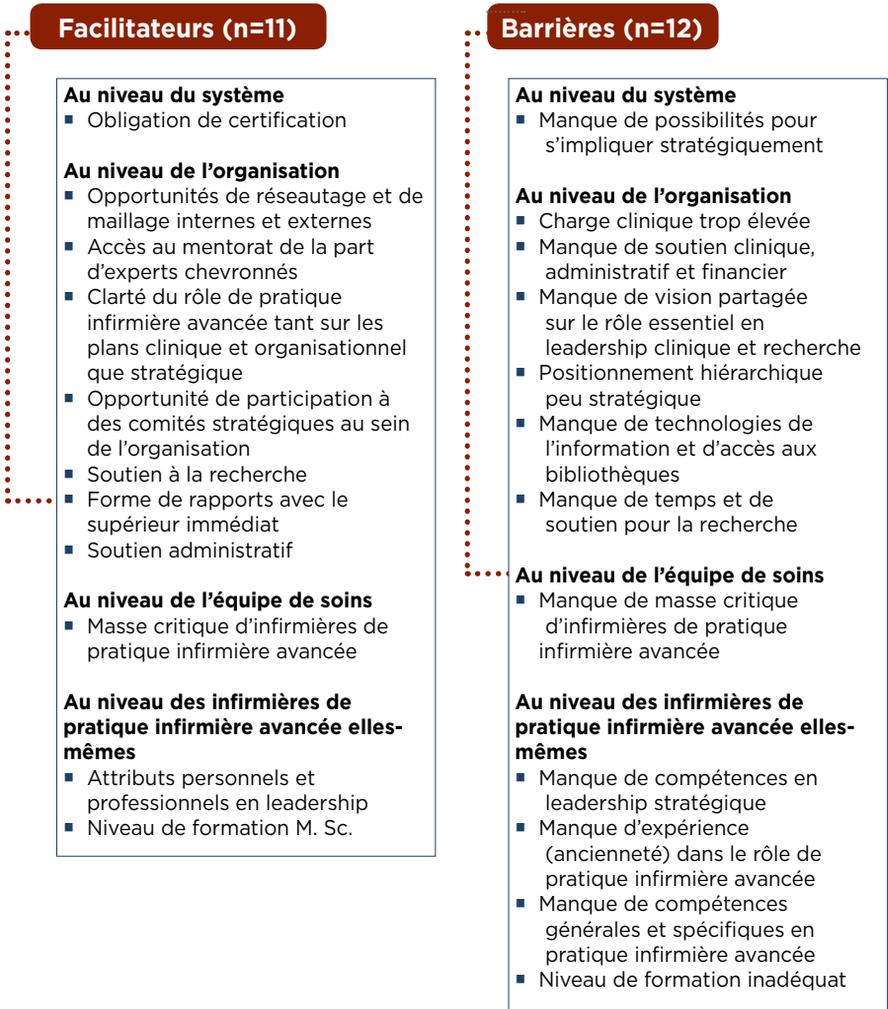
Higgins *et al.* (190) ont identifié quatre facteurs de nature structurelle ou organisationnelle qui peuvent améliorer la portée de la pratique infirmière avancée et appuyer son développement et son implantation. Ces facteurs – la présence d'un cadre pour le développement professionnel du rôle, les occasions d'agir en tant que leaders, les mécanismes de maintien du leadership, les attributs personnels des praticiens en matière de collaboration – sont des atouts avérés. Barton et Allen (191) ont fait le même exercice et sont arrivés à des conclusions semblables. Quant à Pulcini (6), elle considère que le principal frein à la pratique infirmière avancée est le suivant : le manque de conditions favorables que les organisations de soins présentent à leurs infirmières pour accéder à des programmes de formation universitaire. Aussi, on note que la culture organisationnelle, qui met principalement l'accent sur le modèle médical, valorise moins l'approche holistique centrée sur la personne malade et sa famille que ne le fait la pratique infirmière avancée.

Le manque de compréhension du rôle de la pratique infirmière avancée au sein d'une organisation, voire le manque de respect envers la profession infirmière et la domination de la profession médicale sur toutes les autres professions de la santé sont les freins considérés comme les plus importants. Il existe aussi des problèmes ayant trait à la conformité aux normes d'accréditation ou de certification, par exemple lorsque certaines organisations n'exigent pas les qualifications requises pour attribuer des postes de pratique infirmière avancée.

Toutefois, la revue la plus récente sur la portée des connaissances qui cerne le mieux les perceptions des infirmières quant aux facteurs structurels, culturels et organisationnels facilitant ou contraignant la pratique infirmière avancée est certainement celle d'Elliott et de ses collègues d'Irlande et de Suède (183). Elles ont analysé en profondeur 34 articles qui traitaient explicitement de ces questions pour finalement établir 12 facteurs entravants et 11 facteurs facilitants de niveau organisationnel. Pour ces auteures, le niveau organisationnel se décline en quatre volets : le système de soins, l'organisation comme telle, l'équipe de soins et les normes de pratique infirmière avancée utilisées par les infirmières elles-mêmes.

Il est étonnant de constater que la littérature fait très peu état des facteurs facilitant ou contraignant la pratique infirmière avancée qui sont soulevés par les syndicats professionnels, alors qu'il est de notoriété publique que ces organisations exercent une grande influence sur la configuration de la main-d'œuvre et sur les conditions de travail dans les établissements de santé. Néanmoins, dans la Figure 8 qui suit, les conclusions des travaux d'Elliot *et al.* (183) permettent d'observer qu'un plus grand nombre de facteurs sont directement liés à l'organisation des soins. Dans le contexte camerounais, Abemyil (107) a aussi évoqué les barrières endogènes et exogènes à la profession infirmière qui ralentissent ou inhibent le développement de la pratique. Elle considère que les barrières endogènes incluent : le sentiment de frustration des infirmières à l'égard de leur profession, le peu d'intérêt d'une

**FIGURE 8 :** Synthèse des facteurs facilitants ou contraignants liés à la pratique infirmière avancée relativement à la structure et à l'organisation des soins selon Elliott *et al.* (183)



majorité d'entre elles pour le développement du savoir probant, et conséquemment du leadership qui peut influencer les soins, le peu de soutien réciproque, la difficulté qu'ont les infirmières à expliquer leur rôle propre et les effets de ces rôles sur la société. Parmi les barrières exogènes, elle note en priorité : la structure du système des soins de santé, la perception erronée de l'infirmière et de sa discipline par le public, le système de financement des coûts de soins, le pouvoir et le prestige traditionnel des médecins. En France, Aguilard

et ses collègues (192) ont retenu de leur revue de littérature que quatre facteurs étaient particulièrement importants pour la pratique infirmière avancée : la sensibilisation des parties prenantes, la formation universitaire, les ressources administratives ainsi que les mécanismes de régulation, politiques et procédures. À cet égard, on peut considérer que les pays où existe déjà une infrastructure universitaire de 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières présentent un facteur de succès.

#### 4.5.4 Évaluation des résultats et amélioration de la performance

En ce qui concerne l'évaluation des résultats et de la performance de la pratique infirmière avancée, le minimum attendu est que les infirmières de pratique avancée évaluent leur pratique de manière rigoureuse et critique, qu'elles le fassent en utilisant une approche scientifique irréprochable et qu'elles en rendent compte à l'aide d'outils facilement compréhensibles à la fois par les infirmières, les autres professionnels et les décideurs. Il est assez fréquent de noter dans les écrits que les facteurs associés à l'évaluation et à la performance de la pratique infirmière avancée qui sont les plus susceptibles d'influencer les décideurs sont ceux qui concernent l'efficacité, l'efficience (coûts/bénéfices) ou l'impact et qui servent à comparer les résultats de la pratique infirmière avancée à d'autres modèles, ou d'autres contextes, et à des normes explicitement établies (*benchmarking* ou évaluation comparative). Bien qu'essentielles à la compréhension de la pratique infirmière avancée, les études sur les processus seraient vues actuellement comme moins porteuses d'influence auprès des décideurs que les études d'effet ou d'impact, particulièrement lorsqu'elles incluent des indicateurs de performance.

Alors que ces acteurs ont tous pour objectif d'améliorer la performance des soins, il est choquant et même contradictoire de constater qu'aujourd'hui une réticence subsiste à utiliser des preuves scientifiques en raison de la culture administrative des soins de santé et de l'une de ses valeurs dominantes qui privilégie surtout l'expérience personnelle, le pragmatisme et la connaissance autogénérée (193, 194).

De plus, la recherche sur les données probantes est souvent considérée comme un processus qui, dans le contexte quotidien des services de santé, peut être limité par des contraintes de temps, ce qui rend difficile la réalisation d'examen systématiques complets. Quoiqu'il puisse être déplorable que les décideurs ne prennent pas toujours la peine de lire des essais cliniques *randomisés*, des revues systématiques ou des méta-analyses, même s'il s'agit de devis portant le niveau de preuve le plus élevé, le fait demeure et les obstacles à l'utilisation des preuves par les décideurs, administrateurs et gestionnaires sont bien documentés (193).

Les leaders en pratique infirmière avancée devraient donc être capables de procéder avec des méthodes rigoureuses de synthèse des preuves et de vulgariser ces preuves par des modes de communication efficaces. L'étude de Carter *et al.* (195) a justement examiné les besoins en information et les préférences en matière de transmission des savoirs des administrateurs en ce qui concerne la pratique infirmière avancée. Plus de la moitié des répondants ont indiqué vouloir de l'information sur les résultats de la pratique infirmière avancée sur les personnes malades et le système, et la majorité d'entre eux ont dit avoir une préférence pour l'information de haute validité transmise par voie électronique. C'est pourquoi les chercheuses doivent user de stratégies multiples de diffusion rapide et convaincante des savoirs pour atteindre les administrateurs. De plus en plus de directives ou de guides sont proposés pour procéder à ces examens rapides de l'évidence scientifique sur la base d'une synthèse de revues systématiques existantes (196, 197).

#### 4.5.5 Exigences d'affaires

Dans certains pays comme les États-Unis, les infirmières praticiennes peuvent devenir des professionnelles indépendantes ayant une entreprise privée et offrant des soins et des services de pratique infirmière avancée à des personnes malades qui sollicitent des soins de manière autonome ou qui y sont dirigées par leurs médecins, par d'autres professionnels ou par des organisations de soins. Ces infirmières indépendantes facturent à l'acte ou à l'épisode de soins soit la personne malade, soit l'organisme référent ou un tiers-payeur. Cette forme d'entreprise assure à la fois la planification, l'exécution ainsi que le contrôle

#### **Point de vue éclairé par la pratique : Gilles Lanteigne, Président-directeur général Réseau de santé Vitalité (Nouveau-Brunswick, Canada)**

Notre réseau de santé Vitalité couvre un grand territoire incluant des milieux ruraux avec des populations vieillissantes. On y assistait à une diminution des effectifs médicaux et les gens avaient peur de perdre ces services. Nous souhaitions mettre l'accent sur les personnes ayant les plus grands besoins en soins. Pour cela, il fallait revoir le modèle médical traditionnel et c'est finalement la collaboration entre médecins de famille et infirmières de pratique infirmière avancée et leur engagement mutuel envers les clientèles qui nous ont aidés à rendre les soins plus accessibles, plus globaux, et plus continus. Les plans d'intervention, les services intégrés et les trajectoires de soins développés avec la pratique infirmière avancée ont eu des effets positifs sur l'ensemble des services. La recherche infirmière a favorisé la démarche.

Voici trois conseils que nous donnerions aux organisations qui hésitent à implanter la pratique infirmière avancée. D'abord, il faut mettre le focus sur les besoins de la clientèle, il faut donc avoir les analyses épidémiologiques de notre territoire. Puis, il ne faut pas hésiter à questionner les modèles traditionnels basés sur l'histoire plutôt que sur l'évidence. Finalement, il faut que la pratique infirmière avancée soit supportée par des objectifs stratégiques clairement énoncés et qu'elle inclut une évaluation pour s'assurer qu'on atteint nos objectifs.

de la qualité et de la sécurité des soins et services relatifs à la pratique infirmière avancée. En plus des exigences de la pratique infirmière avancée qu'il faut respecter, le partenariat d'affaires est soumis aux règles et aux normes fiscales touchant les entreprises. Cette façon de faire prend de l'importance. Même si elles n'exercent pas en pratique infirmière avancée, les infirmières indépendantes (« infirmières libérales ») de France et de Belgique connaissent bien ce type de fonctionnement.

Le partenariat d'affaires fait appel à trois compétences spécifiques proposées par Mathieu *et al.* (87) dans leur modèle de leadership pour la pratique infirmière avancée. Il s'agit d'abord de la compétence en gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles qui se traduit par la capacité de planifier, gérer, coordonner, contrôler et rendre des comptes en ce qui a trait aux ressources requises pour mener à bien les activités et le développement cliniques de la pratique infirmière avancée dans une spécialité. On incite aussi les infirmières de pratique avancée à faire preuve de compétence relativement au développement des ressources professionnelles par leur capacité de planifier, superviser, informer, accompagner et soutenir le développement des membres engagés dans la poursuite d'objectifs cliniques. Finalement, les auteures préconisent que la compétence de pensée systémique soit au rendez-vous, car elle est de la plus haute importance. Elle s'exprime par la capacité d'avoir une vision globale des enjeux liés à sa spécialité et de savoir mettre en relation les composantes stratégiques nécessaires pour atteindre la meilleure performance et la meilleure reconnaissance possible.

#### **4.6 En bref**

Dans ce chapitre, nous avons présenté les effets que peut avoir la pratique infirmière avancée sur les personnes malades et leurs proches ainsi que sur les systèmes de soins. Nous avons également examiné certains facteurs reconnus ou non comme favorables à son développement.

Dans le dernier chapitre, nous proposons des énoncés stratégiques qui pourraient permettre d'établir des consensus pour mieux promouvoir la valeur de la pratique infirmière avancée au sein de pays francophones.

## 5 Énoncés stratégiques

L'efficacité de la pratique infirmière avancée a été démontrée en ce qui concerne l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins, la prévention de ruptures de services et la réduction des coûts (par la diminution de la durée d'hospitalisation et du nombre de réadmissions). Il est en outre reconnu qu'elle augmente la satisfaction des personnes, de leurs familles et de leurs proches. Cette évidence incite plusieurs pays à considérer des rôles infirmiers à plus large spectre (étendue complète de la pratique et nouveaux rôles) et à s'assurer de pouvoir compter sur la collaboration interprofessionnelle, notamment entre les médecins et les infirmières, pour atteindre une meilleure performance des soins.

Le SIDIIEF fait siennes ces constatations et souhaite appuyer cette forme de pratique infirmière, notamment en facilitant un consensus sur sa configuration au sein de pays francophones. Ainsi, considérant...

- Que les données probantes internationales démontrent que la pratique infirmière avancée produit des effets positifs sur les personnes, leurs familles et leurs proches de même que des impacts favorables sur l'accessibilité des soins, les coûts et l'organisation des systèmes de santé;
- Que les nombreux facteurs qui facilitent ou entravent le développement de la pratique infirmière avancée sont assez bien connus et qu'ils devraient être pris en compte pour favoriser son développement et sa pérennité;
- Que la communauté infirmière francophone souscrit pleinement aux tendances internationales en matière de développement de la pratique infirmière avancée et souhaite mettre un terme aux ambiguïtés qui persistent par rapport à sa définition, à ses composantes ainsi qu'aux compétences et niveaux de formation requis pour l'exercer;
- Que la pratique infirmière avancée doit être implantée et évaluée de manière stratégique parce qu'elle ne s'exerce pas en vase clos, mais en collaboration intra- et interprofessionnelle et qu'elle interpelle les systèmes de santé, l'organisation des soins et du travail, les systèmes professionnels, les systèmes d'éducation ainsi que différentes composantes économiques et socioculturelles contextuelles;

Le SIDIIEF propose sept énoncés stratégiques pouvant faciliter un consensus entre pays de la francophonie et propulser des actions concertées en faveur de la pratique infirmière avancée.

## Énoncé 1

**Le cœur de la définition** – La pratique infirmière avancée désigne une pratique clinique centrée sur les besoins des personnes, des proches et des communautés qui s'exerce le plus souvent dans des situations de soins complexes et spécifiques. Elle est basée sur des preuves et repose sur un savoir infirmier approfondi ainsi qu'un solide jugement clinique permettant un haut niveau d'autonomie dans le périmètre d'intervention. Ce savoir et ce jugement se développent grâce à des études de niveau maîtrise universitaire [master] et à l'expertise clinique acquise dans des conditions de soins complexes. La pratique avancée se caractérise par l'exercice d'un fort leadership visant l'appui à la transformation des soins afin d'en assurer la qualité, la sécurité et la performance.

## Énoncé 2

**Les compétences incontournables** – Les infirmières en pratique avancée sont des cheffes de file qui exercent dans des situations cliniques complexes à forte composante interdisciplinaire. Elles agissent comme leaders, coachs et mentors pour accompagner les membres des équipes soignantes dans la transformation des soins. Pour ce faire, elles doivent posséder plusieurs compétences qui se potentialisent les unes les autres. Ces compétences avérées le sont minimalement dans six domaines : (i) la pratique clinique directe en soins complexes; (ii) la consultation, la guidance et le coaching auprès de pairs, de l'équipe interdisciplinaire et de la clientèle; (iii) le leadership clinique, professionnel et systémique pour mener des transformations de soins; (iv) les pratiques basées sur des preuves issues de la recherche; (v) la collaboration intra- et interdisciplinaire; et (vi) la prise de décision éthiquement éclairée.

## Énoncé 3

**Des rôles principaux** – Les infirmières de pratique avancée peuvent exercer deux rôles principaux. Elles peuvent être **infirmières cliniciennes de pratique avancée** pour offrir des soins infirmiers complexes spécifiques, accompagner des équipes dans la transformation des soins afin d'en améliorer l'adéquation, la qualité et la sécurité. De ce fait, elles doivent savoir élaborer, implanter, suivre et évaluer des pratiques infirmières exemplaires. Elles peuvent aussi exercer le rôle d'**infirmières praticiennes** pour offrir à la fois des soins infirmiers complexes et des soins médicaux partagés à des clientèles ciblées. Par leurs compétences avancées, autant les infirmières cliniciennes de pratique avancée que les infirmières praticiennes facilitent l'accès aux soins et travaillent en partenariat interprofessionnel auprès de la personne prise en charge et ses proches.

## Énoncé 4

**La formation requise** – Compte tenu des compétences requises pour exercer les rôles exigés, la formation pour travailler en pratique infirmière avancée doit être de niveau maîtrise [master] universitaire dans une filière en science infirmière. La formation menant à la pratique infirmière avancée doit comporter des savoirs fondamentaux au niveau

clinique, des savoirs théoriques et des savoirs liés à l'approfondissement tant clinique que des habiletés requises pour transformer les soins. C'est ainsi qu'elle pourra préparer les infirmières de pratique avancée, qu'elles soient cliniciennes de pratique avancée ou praticiennes, à guider des changements de pratiques et à positionner la discipline et la pratique infirmière comme moteurs d'amélioration des systèmes de santé. La formation doit valoriser la collaboration intra- et interprofessionnelle et favoriser le développement des connaissances tout au long de la carrière. Elle doit inclure des composantes favorisant la capacité à planifier, gérer, coordonner, contrôler, évaluer et rendre des comptes en ce qui a trait à tous les types de ressources requises pour mener à bien le développement de la pratique infirmière avancée.

### Énoncé 5

**Une pratique empreinte de leadership** – La pratique infirmière avancée est une réponse aux complexités croissantes de nos systèmes de santé. C'est pourquoi il faut que les infirmières utilisent non seulement leurs compétences cliniques, mais aussi un leadership d'influence et des habiletés politiques avancées pour pouvoir convaincre de la valeur ajoutée que procure la pratique infirmière avancée, et ce, de manière stratégique dans l'arène même des preneurs de décision. En effet, si la valorisation de la pratique infirmière avancée passe d'abord par des réponses issues des données probantes démontrant des effets cliniques ou organisationnels, elle reste tributaire d'une approche de changement planifié et de la présence d'un fort leadership infirmier sur les plans clinique, organisationnel, scientifique, stratégique et politique.

### Énoncé 6

**Une vision systémique et une approche systématique** – Le développement de la pratique infirmière avancée doit être guidé par une vision systémique et une approche systématique de changement planifié qui comporte, outre une bonne compréhension de la dynamique économique du marché des soins de santé dans un pays donné, au moins les étapes suivantes : (i) l'établissement des besoins de la population en matière de soins de pratique infirmière avancée, y compris les consensus cliniques, administratifs et réglementaires nécessaires pour implanter cette forme de pratique ; (ii) la détermination des principaux effets attendus de la pratique infirmière avancée en fonction du contexte ; (iii) le consensus sur les rôles et responsabilités de la pratique infirmière avancée ; (iv) l'établissement des normes professionnelles et des composantes des programmes de formation qui permettent de développer les compétences requises ; et (v) la mise en œuvre de l'approche, incluant des évaluations imbriquées à court, moyen et long terme afin de suivre la progression et d'atteindre les objectifs établis et les résultats attendus.

## Énoncé 7

**Un cadre légal** – En conformité avec les systèmes et les lois en vigueur dans chaque pays, la pratique infirmière avancée doit être reconnue légalement et réglementée. Ce cadre légal doit tout au moins : (i) statuer sur un titre réservé, (ii) clarifier les rôles dits avancés, y compris les activités médicales, (iii) préciser le niveau de la formation requis, y compris les exigences de formation continue, (iv) indiquer les mécanismes de surveillance de la qualité de la pratique, et idéalement (v) préciser les niveaux et modalités de rémunération.

# Conclusion

L'objectif du présent document était d'établir le plus adéquatement possible la portée des connaissances relatives à la pratique infirmière avancée. À partir du cadre théorique de Hamric (23), notre analyse a permis de clarifier des points essentiels à la configuration de la pratique infirmière avancée, notamment une définition convergente à partir de celles qui ont cours dans le monde, les compétences que ces professionnelles doivent pouvoir démontrer, et les rôles centraux qu'elles peuvent exercer par leurs interventions dans des situations de soins complexes. Le niveau de formation requis et les éléments des contextes sociaux, économiques, professionnels et réglementaires qui assurent le développement et le fonctionnement optimal de la pratique infirmière avancée ont également été examinés. Bien sûr, il faut voir ces éléments en tant que processus permettant de les faire évoluer et de les adapter facilement en fonction des besoins de santé et de soins, des orientations stratégiques nationales ou encore des répartitions d'activités entre professionnels.

Les constats présentés sont cruciaux et permettent de soutenir que l'efficacité de la pratique infirmière avancée à produire des bénéfices pour les personnes et les systèmes de santé peut être considérée comme probante.

La finalité de la présente analyse était de dégager des informations valides pouvant faciliter un consensus au sein de la francophonie et, surtout, favoriser le développement de cette pratique dans un cadre harmonisé. Nous croyons qu'en parlant un langage commun et en nous référant plus aisément aux mêmes enjeux, nous pourrions influencer les décideurs des différents pays. Le SIDIIEF invite d'ailleurs ces derniers à prendre dès maintenant une position éclairée en faveur de la pratique infirmière avancée, à faciliter son déploiement en fonction des besoins et des contextes tout en veillant à l'évaluer pour en garantir la pérennité.

# Références

1. Organisation mondiale de la santé. Ressources humaines pour la santé : Stratégie mondiale à l'horizon 2030 [Internet]. OMS; 2016. Disponible à : [http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy2030fr.pdf](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf)
2. Conseil international des infirmières. Les soins infirmiers et la planification des ressources humaines pour la santé [Internet]. ICN; 2008. Disponible à : [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/9a\\_FS-Planification\\_ressources\\_humaines\\_sante-Fr.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9a_FS-Planification_ressources_humaines_sante-Fr.pdf)
3. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. A Universal Truth: No Health Without a Workforce Third Global Forum on Human Resources for Health Report [Internet]. WHO; 2013. Disponible à : <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>
4. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Heede KV den, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
5. Maier CB, Barnes H, Aiken LH, Busse R. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011901.
6. Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(1):31-9.
7. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 10 déc 2010;376(9756):1923-58.
8. SIDIIEF. La formation universitaire des infirmières et infirmiers: une réponse aux défis des systèmes de santé [Internet]. SIDIIEF; 2011. Disponible à : <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Memoire-Texte-integral-Francais1.pdf>
9. OCDE. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. [Internet]. OCDE; 2010. Disponible à : [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)5&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5&docLanguage=Fr)
10. Grimshaw J. Chapitre sur la synthèse des connaissances. [Internet]. IRSC; 2009. Disponible à : [http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/knowledge\\_synthesis\\_chapter\\_f.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/knowledge_synthesis_chapter_f.pdf)
11. Anderson S, Allen P, Peckham S, Goodwin N. Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Research Policy and System*. 2008;6(7):1-12.

12. Arksey H, Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8:19-31.
13. Colquhoun H, Letts L, Law M, MacDermid J, Missiuna C. A scoping review of the use of theory in studies of knowledge translation. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2010;77(5):270-9.
14. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*. 2009;26(2):91-108.
15. Peterson J, Pearce PF, Ferguson LA, Langford CA. Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2017;29(1):12-6.
16. McGee P. *Advanced Practice in Nursing and the Allied Health Professions*. 3rd éd. Wiley-Blackwell; 2009. 276 p.
17. Ackerman MH, Mick D, Witzel P. Creating an Organizational Model to Support Advanced Practice. *Journal of Nursing Administration*. 2010;40(2):63-8.
18. Cooke L, Gemmill R, Grant M. APN Core Competencies: A Framework for Developing and Testing an APN Discharge Intervention. *Clin Nurse Spec*. 2008;22(5):218-25.
19. Bryant-Lukosius D, Dicenso D, Browne GA, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(5):519-29.
20. McAiney CA, Haughton D, Jennings J, Farr D, Hillier L, Morden P. A unique practice model for Nurse Practitioners in long-term care homes. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(5):562-71.
21. Ryley N, Middleton C. Framework for advanced nursing, midwifery and allied health professional practice in Wales: the implementation process. *J Nurs Manag*. 2016;24(1):E70-6.
22. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez J e., Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *Int Nurs Rev*. 2014;61(4):534-42.
23. Ackerman MH, Norsen L, Martin B, Wiedrich J, Kitzman HJ. Development of a model of advanced practice. *Am J Crit Care*. 1996;5(1):68-73.
24. Winnipeg Regional Health Authority. Application of the Strong Model of Practice for Nurse Practitioners: Guideline for Managers [Internet]. 2011. Disponible à : <http://www.wrha.mb.ca/nursing/files/APN-References-Mgr.pdf>
25. Brown SJ. A framework for advanced practice nursing. *Journal of Professional Nursing*. 1998;14:157-64.

26. Mick DJ, Ackerman MH. Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: Application of the Strong Model of Advanced Practice. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 1 mai 2000;29(3):210-21.
27. Xu T, Li M, Li-juan Y, Ju-xiao L, Yan W, Hong C, et al. Research Status and Competence of Clinical Nursing Specialist and Construction on Core Competence Model for Osteoporosis Specialized Nurse in Mainland China. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8(1):152-63.
28. Abumaria IM, Hastings-Tolsma M, Sakraida TJ. Levine's Conservation Model: A Framework for Advanced Gerontology Nursing Practice. *Nurs Forum*. 1 juill 2015;50(3):179-88.
29. Zuwang S. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing *Journal of Transcultural Nursing - Zuwang Shen*, 2015. *Journal of Transcultural Nursing*. 2015;26(3):308-21.
30. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. *Advanced practice nursing: An integrative approach*. 5th éd. Elsevier; 2014. 726 p.
31. AANP. All about NP's: Historical timeline [Internet]. 2017. Disponible à: <https://www.aanp.org/all-about-nps/historical-timeline>
32. AIIC. *La pratique infirmière avancée : Un cadre national*. Ottawa: AIIC; 2008. 53 p.
33. Morin D, Shaha M, Januel J-M, Laubscher A, Brioschi Levi H, Ninane F, et al. Enjeux de santé et pratiques de soins complexes: Le point sur la pratique infirmière avancée. *Soins*. 2015;5:72-5.
34. ANA. Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education [Internet]. APRN Consensus Work Group & the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee; 2008. Disponible à: [https://www.ncsbn.org/Consensus\\_Model\\_for\\_APRN\\_Regulation\\_July\\_2008.pdf](https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf)
35. Conseil fédéral de l'Art infirmier belge. Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur (études et formation) [Internet]. Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement; 2017. Disponible à: <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfai-201701-avis-concernant-le-modele-de-fonctions-pour-les-soins-infirmiers-du-futur>
36. République française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. AFSX1418355L 2016. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>
37. OON. Législation [Internet]. Disponible à: <http://www.orderofnurses.org.lb/defaultFr.html>
38. Zablit C. Liban. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2010;1(100):64-7.

39. Nurses Association of New Brunswick. Standards for the Practice of Primary Health Care Nurse Practitioners [Internet]. 2015. Disponible à: <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-NPStandards-E-2016-05.pdf>
40. RNAO. Standards of Practice for CNS [Internet]. RNAO; 2017. Disponible à: <http://cns-ontario.rnao.ca/standards-practice-cns>
41. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Catégorie spécialisée [Internet]. OIIO; 2017. Disponible à: <http://www.cno.org/fr/inscrivez-vous-avec-le-college/categories-dinscription/categorie-specialisee/>
42. Gouvernement du Québec. Loi sur les infirmières et infirmiers [Internet]. 2016. Disponible à: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/I-8.pdf>
43. Schober M. Introduction to Advanced Nursing Practice: An International Focus [Internet]. ICN; 2016. Disponible à: <http://www.springer.com/series/13871>
44. Schober MM, Gerrish K, McDonnell A. Development of a conceptual policy framework for advanced practice nursing: an ethnographic study. *J Adv Nurs*. 2016;72(6):1313-24.
45. DiCenso A. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-based nursing*. 1998;1(2):38-40.
46. ASI-SBK, VFP, IUFRS. Réglementation de l'exercice de l'infirmière de pratique avancée (APN) - Résumé et motifs justifiant une réglementation particulière/spécifique [Internet]. 2012. Disponible à: [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/docs/2012\\_10\\_29\\_Eckpunkte\\_ANP\\_fr.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/docs/2012_10_29_Eckpunkte_ANP_fr.pdf)
47. Morin D, Ramelet A-S, Shaha M. Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée. *Recherche en soins infirmiers*. 2013;4(115):49-58.
48. Ambrosino F, Fishman A, Decormeille G, Debout C. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la réanimation. *Réanimation*. 2016;25:252-60.
49. Staples E, Ray SL, Hannon RA. Canadian Perspectives on Advanced Practice Nursing. Canadian Scholars' Press; 2016. 388 p.
50. Jovic L, Guenot C, Naberes A, Maison P. Pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Étude exploratoire dans la région Ile-de-France. *Recherche en soins infirmiers*. 2009;4(99):117-32.
51. Hôpitaux universitaires de Genève. Infirmière spécialiste clinique aux HUG : quelle vision en 2020 ? [Internet]. HUG; 2014. Disponible à: [http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/direction\\_des\\_soins/images/isc2020\\_plaquette.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/images/isc2020_plaquette.pdf)
52. Centre hospitalier universitaire vaudois. La pratique infirmière avancée et l'infirmière clinicienne spécialisée - ICLS - En savoir plus. CHUV; 2013.

53. Institute of Medicine. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press.; 2010. 701 pages. Disponible à: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workforce/IOM-Future-of-Nursing-Report-1>
54. Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Ritchie JA, Lamothe L. Advanced Practice Nursing, Health Care Teams, and Perceptions of Team Effectiveness. *Journal of Trauma Nursing*. 2014;21(6):291-9.
55. Kilpatrick K, Tchouaket E, Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A. Structural and Process Factors That Influence Clinical Nurse Specialist Role Implementation. *Clinical Nurse Specialist*. 2016;30(2):89-100.
56. DiCenso A, Bryant-Lukosius D. *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : Synthèse d'aide à la décision*. Ottawa: FCRSS/CHSRF; 2010. 128 pages.
57. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec. *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée* [Internet]. Montréal: OIIQ; 2006. 29 pages. Disponible à: [www.oiiq.org/sites/default/files/212-Lignes%20directrices%20IPS\\_doc\\_0.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/212-Lignes%20directrices%20IPS_doc_0.pdf) [www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/publicationsoiiq/ips\\_addendum\\_p9\\_12\\_e2.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/publicationsoiiq/ips_addendum_p9_12_e2.pdf)
58. Arrêté royal. Article 7bis de l'arrêté royal du 21 avril 2007 portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre. (M.B. du 14/05/2007, p. 26225). 2007.
59. Herpelinck P, Laloux M, Lecocq D. Les infirmiers spécialisés en soins intensifs et soins d'urgence en Belgique. *Médecine Intensive Réanimation*. 2016;25(6):642-8.
60. Haute Autorité de Santé. *Les protocoles de coopération Art 51 : Bilan du dispositif - Évaluation 2014* [Internet]. 2015. Disponible à: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport\\_d-activite\\_article\\_51\\_2014\\_post-college\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf)
61. Pepin J, Larue C, Allard É, Ha L. *La discipline infirmière : une contribution décisive aux enjeux de santé*. Montréal: SIDIIEF; 2015.
62. AIIC. *Enoncé de position - L'Infirmière clinicienne spécialisée* [Internet]. Ottawa: AIIC; 2009. 5 p. Disponible à: [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-clinicienne-specialisee\\_2016.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-clinicienne-specialisee_2016.pdf?la=fr)
63. AIIC. *Enoncé de position - L'Infirmière praticienne* [Internet]. 2010. 6 p. Disponible à: [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-praticienne\\_2016.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-praticienne_2016.pdf?la=fr)
64. AACN. *The Essentials of Master's Education in Nursing* [Internet]. AACN; 2011. Disponible à: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/MastersEssentials11.pdf>

65. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? *Santé publique*. 2015;27(1-Supplément):S105-10.
66. APRN Consensus Work Group & the, National Council of State Boards of Nursing. Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education. National Council of State Boards of Nursing; 2016.
67. Carney M. Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *J Nurs Manag*. 1 janv 2016;24(1):105-14.
68. Lindblad E, Hallman EB, Gillsjö C, Lindblad U, Fagerström L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care—A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*. 2010;16:69-74.
69. Sassine Kazan R. Liban. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2014;14(119):55-8.
70. DiCenso A, Bryant-Lukosius D. Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada - Synthèse d'aide à la décision [Internet]. FCASS-CFHA; 2010. Disponible à : [http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Dicenso\\_FR\\_Final.pdf?sfvrsn=0](http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Dicenso_FR_Final.pdf?sfvrsn=0)
71. Gouvernement du Québec. Loi médicale [Internet]. 2016. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/M-9.pdf>
72. Professional Standards Authority for Health and Social Care. Right-touch regulation [Internet]. Professional Standards Authority for Health and Social Care; 2015. Disponible à : <http://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/thought-paper/right-touch-regulation-2015.pdf?sfvrsn=16>
73. Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé. Consultation on Registered Nurse (RN) Prescribing Models [Internet]. 2015. Disponible à : <http://www.cno.org/globalassets/standard-online/hprac-response-re.-rn-prescribing-from-cno-01-21-16.pdf>
74. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Norme d'exercice - Infirmière praticienne [Internet]. OIIO; 2017. Disponible à : [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51038\\_strdrnec.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51038_strdrnec.pdf)
75. WHO. WHO Framework on integrated people-centred health services [Internet]. WHO; 2007. Disponible à : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1)
76. RNAO. Person-and-Family-Centred Care: Clinical Best Practice Guidelines [Internet]. RNAO; 2015. Disponible à : [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL\\_Web\\_Version\\_0.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf)
77. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(5):472-9.
78. McCance T, McCormack B, Dewing J. An Exploration of Person-Centredness in Practice» Vol. 16, No. 2, Manuscript 1. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(2):1.

79. Tardif J. *L'évaluation des compétences - Documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière Éducation; 2006. 260 p.
80. Le Boterf G. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4e éd. Paris: Éditions d'Organisation; 2006. 606 p.
81. Benner PE, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in Nursing Practice, Second Edition: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. Springer Publishing Company; 2009. 525 p.
82. Mahrer-Imhof R. From politics and polemics to collaboration. ANP Symposium 2017: From politics and polemics to collaboration; 2017; Winterthur.
83. MacPhee M, Skelton-Green J, Bouthillette F, Suryaprakash N. An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(1):159-69.
84. Cummings G, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, *et al*. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(3):363-85.
85. Northouse PG. *Leadership: Theory and Practice*. 7th éd. Thousand Oaks: Sage Pub.; 2016. 520 p.
86. Bass BM, Bass R. *The Bass Handbook of Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications*. 4th éd. Free Press; 2008. 1536 p.
87. Mathieu L, Bell L, Ramelet A-S, Morin D. Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : Proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*. 2016;2(2):105-13.
88. Glazer G, Fitzpatrick JJ. *Nursing Leadership from the Outside in*. Springer Pub. Co.; 2013. 302 p.
89. Rich M, Kempin B, Loughlin MJ, Vitale TR, Wurrnsner T, Hudson Thrall T. Developing Leadership Talent: A Statewide Nurse Leader Mentorship Program. *Journal of Nursing Administration*. 2015;45(2):63-6.
90. Doran D, Harrison MB, Laschinger H, Hirdes J, Rukholm E, Sidani S, *et al*. Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing & Health*. 2006;29:61-70.
91. Sidani S, Doran D. Relationships Between Processes and Outcomes of Nurse Practitioners in Acute Care An Exploration. *Journal of Nursing Care Quality*. 2010;25(1):31-8.
92. Centre Cochrane France. *Introduction à l'Evidence-based nursing | Centre Cochrane Français* [Internet]. 2017. Disponible à : <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-%C3%A0-levidence-based-nursing.html>
93. Ingersoll G. Evidence-base based nursing: What it is and what it isn't. *Nursing Outlook*. 2000;48(4):151-2.

94. Cullen L, Adams S. What Is Evidence-Based Practice? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2010;25(3):171-3.
95. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The updated JBI model for evidence-based healthcare. 2016.
96. Ellis P. Evidence-based Practice in Nursing. *Learning Matters*; 2016. 193 p.
97. Jovic L, Lecordier D, Poisson M, Vigil-Ripoche M, Delan B, Mottaz A, *et al.* L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies. *Recherche en soins infirmiers*. 2014;119(4):8-40.
98. Gentizon J, Borrero P, Vincent-Suter S, Ballabeni P, Morin D, Eicher M. La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélacionnelle. *Recherche en Soins Infirmiers*. 4(127):28-42.
99. Verloo H, Desmedt M, Morin D. Adaptation and validation of the Evidence-Based practice Belief and Implementation scales for French-speaking Swiss nurses and allied healthcare providers. *J Clin Nurs*. 2017;
100. Robidoux M. Cadre de référence: Collaboration interprofessionnelle [Internet]. Université de Sherbrooke; 2007. Disponible à : <https://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>
101. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. mai 2005;19 Suppl 1:116-31.
102. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. mai 2005;19 Suppl 1:132-47.
103. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Dans: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/abstract>
104. Hardin L, Kilian A, Spykerman K. Competing health care systems and complex patients: An inter-professional collaboration to improve outcomes and reduce health care costs. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2017;7:5-10.
105. Bryant LJM, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *International Journal of Pharmacy Practice*. 1 avr 2011;19(2):94-105.
106. Institute of Medicine. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: The National Academies Press.; 2011. 701 pages.

107. Abemyil M. Infirmière, histoire d'une discipline. Yaoundé: L'Harmattan; 2016.
108. Blondeau D. Éthique et soins infirmiers. 2e éd. Montréal: PUM; 2013. 242 p.
109. AIIC. Code de déontologie des infirmières et infirmiers [Internet]. AIIC; 2017. Disponible à: <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-edition-2017-secure-interactive.pdf?la=fr>
110. Allen P, Black N, Clarke A, Fulop N, Anderson S. Studying the Organisation and Delivery of Health Services: Research Methods. Routledge; 2004. 244 p.
111. Kuruvilla S, Mays N, Pleasant A, Walt G. Describing the impact of health research: a Research Impact Framework. BMC Health Services Research. 2006;6:134.
112. Kleinpell RM. Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing [Internet]. 3rd éd. Springer Publishing Company; 2013. Disponible à: <http://www.springerpub.com/outcome-assessment-in-advanced-practice-nursing-4310.html/>
113. Ingersoll G, McIntosh E, Williams M. Nurse-sensitive outcomes of advanced practice. Journal of Advanced Nursing. 2000;32(5):1272-81.
114. Brooten D, Youngblut JM, Deosires W, Singhala K, Guido-Sanz F. Global considerations in measuring effectiveness of advanced practice nurses. Int J Nurs Stud. 2012;49(7):906-12.
115. Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, *et al.* A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: What is the quality of evidence? Nursing Research and Practice. 2014;2014(896587):epub.
116. Zwarenstein M, Reeves S. Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. J Contin Educ Health Prof. 2006;26(1):46-54.
117. Heaton J, Day J, Britten N. Inside the « Black Box » of a Knowledge Translation Program in Applied Health Research. Qual Health Res. 2015;25(11):1477-91.
118. Brooten D, Youngblut JM. Nurse dose as a concept. J Nurs Scholarsh. 2006;38(1):94-9.
119. Brooten D, Naylor MD. Nurses' Effect on Changing Patient Outcomes. Image: the Journal of Nursing Scholarship. 1995;27(2):95-9.
120. Manojlovich M, Sidani S. Nurse dose: What's in a concept? Res Nurs Health. 2008;31(4):310-9.
121. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Uttumchandani SK, Campos ÁL, Bautista JC, *et al.* A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. International Journal of Nursing Studies. 2016;53:290-307.
122. Reams S, Stricklin SM. Bachelor of Science in Nursing Completion: A Matter of... : Journal of Nursing Administration. Journal of Nursing Administration. 36(7-8):354-6.

123. SIDIIEF. La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale [Internet]. Montréal; 2015 p. 60. Disponible à : <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SIDIIEF-M-moire-Qualit-des-soins.pdf>
124. Spitzer WO, Sackett DL, Sibley JC, Roberts RS, Gent M, Kergin DJ, *et al.* The Burlington Randomized Trial of the Nurse Practitioner. *New England Journal of Medicine*. 1974;290(5):251-6.
125. Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. Dans: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016. Disponible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011227.pub2/abstract>
126. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Dans: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2005. Disponible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub2/abstract>
127. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera J., Celdrán-Mañas M, Millán Carrasco A, *et al.* Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2008;8. Disponible à : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/193>
128. Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R. Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(12):2223-31.
129. Verloo H, Goulet C, Morin D, von Gunten A. Nursing intervention versus usual care to improve delirium among home-dwelling older adults receiving homecare after hospitalization: feasibility and acceptability of a Randomized Controlled Trial. *BMC Nursing*. 2016;15:19.
130. Griffiths P, Bridges J, Sheldon H, Thompson R. The role of the dementia specialist nurse in acute care: a scoping review. *J Clin Nurs*. 2015;24(9-10):1394-405.
131. Tappenden P, Campbell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. [Internet]. NIHR Journals Library; 2012. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK97264/>
132. Bakerjian D, Harrington C. Factors associated with the use of advanced practice nurses/physician assistants in a fee-for-service nursing home practice: a comparison with primary care physicians. *Res Gerontol Nurs*. 2012;5(3):163-73.
133. Medley JA. Cost-effectiveness of a WOC Advanced Practice Nurse in the Acute Care and Outpatient Setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(4):307-10.

134. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions Used to Improve Control of Blood Pressure in Patients with Hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;(3.):Art. No.: CD005182.
135. Clark CE, Smith LFP, Taylor RS, Campbell JL. Nurse-led Interventions to Improve Control of Blood Pressure in People with Hypertension: Systematic Review and Meta-analysis. *E British Medical Journal*. 2010;341:c3995.
136. Wong CX, Carson KV, Smith BJ. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(4):CD000994.
137. Southey D, Mishra PK, Nevill A, Aktuerk D, Luckraz H. Continuity of care by cardiothoracic nurse practitioners: impact on outcome. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2014;22(8):944-7.
138. Limoges-Gonzales M, Mann NS, Al-Juburi A, Tseng D, Inadomi J, Rossaro L. Comparisons of Screening Colonoscopy Performed by a Nurse Practitioner and Gastroenterologists: A single-Center Randomized Trial. *Gastroenterology Nursing*. 2011;34(3):210-6.
139. Spears J, Craft M, White S. Outcomes of Cancer Survivorship Care Provided by Advanced Practice Rns Compared to Other Models of Care: A Systematic Review. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2017;44(1). Disponible à : <http://insights.ovid.com/oncology-nursing-forum/ocnf/2017/01/010/outcomes-cancer-survivorship-care-provided/20/00006549>
140. Ricard N, Page C, Laflamme F. La pratique infirmière avancée : un choix qui s'impose pour la qualité des soins et services en santé mentale. *Santé mentale au Québec*. 2014;39(1):137-57.
141. Barrell LM, Merwin EI, Poster EC. Patient outcomes used by advanced practice psychiatric nurses to evaluate effectiveness of practice. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1997;11(4):184-97.
142. Fung YL, Chan Z, Chien WT. Role performance of psychiatric nurses in advanced practice: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(8):698-714.
143. Nicholls D, Gaynor N, Shafei T, Bosanac P, Farrell G. Mental health nursing in emergency departments: the case for a nurse practitioner role. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(3-4):530-6.
144. Wortans J, Happell B, Johnstone H. The role of the nurse practitioner in psychiatric/mental health nursing: exploring consumer satisfaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13(1):78-84.
145. Haute Autorité de santé. État des lieux - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013. Disponible à : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
146. McMaster University Health Information Research Unit. NURSING+ [Internet]. <https://plus.mcmaster.ca/np/>. 2017. Disponible à : <https://plus.mcmaster.ca/np/Pages/About>

147. The Joanna Briggs Institute. Identified Review Topics - JBI [Internet]. Identified Review Topics. 2017. Disponible à: <http://joannabriggs.org/research/identifiedReviewTopics.html>
148. RNAO. International Guidelines | Registered Nurses' Association of Ontario [Internet]. 2017. Disponible à: [http://rno.ca/bpg/language?tid=257&view\\_name=bpg\\_views&view\\_display\\_id=page\\_1&view\\_args=&view\\_path=bpg%2Flanguage&view\\_base\\_path=bpg%2Flanguage&view\\_dom\\_id=1&pager\\_element=0](http://rno.ca/bpg/language?tid=257&view_name=bpg_views&view_display_id=page_1&view_args=&view_path=bpg%2Flanguage&view_base_path=bpg%2Flanguage&view_dom_id=1&pager_element=0)
149. Royal College of Nursing. Best practices from the RCN [Internet]. The Royal College of Nursing. 2017. Disponible à: [/professional-development/publications](http://professional-development/publications)
150. Martín-Rodríguez LS, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(sup1):132-47.
151. McDonnell A, Goodwin E, Kennedy F, Hawley K, Gerrish K, Smith C. An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *J Adv Nurs*. 2015;71(4):789-99.
152. Roulin M-J, Boul'ch M-F, Merlani P. Staff satisfaction between 2 models of care for the chronically critically ill. *Journal of Critical Care*. 2012;27(4):426.e1-426.e8.
153. Lacny S, Zarrabi M, Martin-Misener R, Donald F, Sketris I, Murphy AL, *et al*. Cost-effectiveness of a nurse practitioner-family physician model of care in a nursing home: controlled before and after study. *J Adv Nurs*. 2016;72(9):2138-52.
154. Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, *et al*. A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Inpatient Roles. *Nursing Leadership*. 2015;28(3):56-76.
155. Kapu AN, Kleinpell R, Pilon B. Quality and financial impact of adding nurse practitioners to inpatient care teams. *J Nurs Adm*. 2014;44(2):87-96.
156. Aigner MJ, Drew S, Phipps J. A Comparative Study of Nursing Home Resident Outcomes Between Care Provided by Nurse Practitioners/Physicians versus Physicians Only. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2004;5(1):16-23.
157. Albers-Heitner CP, Joore M, Winkens R a. G, Lagro-Janssen T, Severens H, Berghmans LCM. Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adult patients with urinary incontinence in primary care compared to care-as-usual: An economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial. *Neurology and Urodynamics*. 2012;31(4):526-34.
158. Hurt C, Bhattacharyya S, Burns A, Camus V, Liperoti R, Marriott A, *et al*. Patient and Caregiver Perspectives of Quality of Life in Dementia. An investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(2):138- 46. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2008;26(2):138-46.

159. Burns S, Earven S, Fisher C, Lewis R, Merrell P, Schubart JR, *et al.* Implementation of an institutional program to improve clinic and financial outcomes of mechanically ventilated patients: One-year outcomes and lessons learned. *Critical Care Medicine*. 2003;31(12):2752-63.
160. Cromwell J, Snyder K. Alternative cost-effective anesthesia care teams - ProQuest. *Nursing Economic\$*. 2000;18(4):185-93.
161. Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, *et al.* The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *J Nurs Adm*. 2006;36(2):79-85.
162. Karlowicz MG, McMurray JL. Comparison of Neonatal Nurse Practitioners' and Pediatric Residents' Care of Extremely Low-Birth-Weight Infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(11):1123-6.
163. Lambing AY, Adams DLC, Fox DH, Divine G. Nurse Practitioners' and Physicians' Care Activities and Clinical Outcomes With an Inpatient Geriatric Population. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2004;16(8):343-52.
164. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform. *Health Aff*. 2011;30(4):746-54.
165. Paez KA, Allen JK. Cost-effectiveness of nurse practitioner management of hypercholesterolemia following coronary revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2006;18:436-44.
166. Roblin DW, Howard DH, Becker ER, Kathleen Adams E, Roberts MH. Use of Midlevel Practitioners to Achieve Labor Cost Savings in the Primary Care Practice of an MCO. *Health Services Research*. 1 juin 2004;39(3):607-26.
167. Russell D, VorderBruegge M, Burns SM. Effect of an Outcomes-Managed Approach to Care of Neuroscience Patients by Acute Care Nurse Practitioners. *Am J Crit Care*. 2002;11(4):353-62.
168. Stone PW, Curran CR, Bakken S. Economic Evidence for Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002;34(3):277-82.
169. Lopatina E, Donald F, DiCenso A, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Bryant-Lukosius D, *et al.* Economic Evaluation of Nurse Practitioner and Clinical Nurse Specialist Roles: A Methodological Review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;72:71-82.
170. Ducharme F, Lachance L, Kergoat M-J, Coulombe R, Antoine P, Pasquier F. A Comparative Descriptive Study of Characteristics of Early- and Late-Onset Dementia Family Caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2016;31(1):48-56.
171. Ducharme F, Kergoat M-J, Coulombe R, Lévesque L, Antoine P, Pasquier F. Unmet support needs of early-onset dementia family caregivers: a mixed-design study. *BMC Nursing*. 2014;13:49.

172. Dubuc N, Corbin C, Beaudry M, Delli-Colli N, Raïche M. Développement d'algorithmes de soutien à la décision d'orientation des personnes en perte d'autonomie dans le réseau de soins du Canton de Genève, Development of algorithms to support decision-making in orienting disabled in the Canton of Geneva's health-care system. *Santé Publique*. 2013;25(2):179-92.
173. Dubuc N, Bonin L, Tourigny A, Mathieu L, Couturier Y, Tousignant M, *et al.* Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *International Journal of Integrated Care*. 2013;13:epub.
174. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006;42(2):191-206.
175. Ortoleva Bucher C, Dubuc N, von Gunten A, Trottier L, Morin D. Development and validation of clinical profiles of patients hospitalized due to behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMC Psychiatry*. 2016;16:261.
176. Voyer P, Cyr N, Abran M-C, Bérubé L, Côté S, Coulombe A, *et al.* Les ratios infirmière/résidents en CHSLD. Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspective Infirmière*. 2016;13(3):45-50.
177. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Medical Care*. 1982;20(10):975-92.
178. Gardner G, Gardner A, O'Connell J. Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *J Clin Nurs*. 2014;23(1-2):145-55.
179. Dubois C-A, D'Amour D, Pomey M-P, Girard F, Brault I. Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing*. 2013;12(7):epub.
180. Doran D, Sidani S, Keatings M, Doidge D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;38(1):29-39.
181. Sidani S, Irvine D. A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute settings. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30(1):58-66.
182. OMS. Politiques de santé: faire participer de tous les acteurs [Internet]. WHO. 2017. Disponible à: <http://www.who.int/nationalpolicies/processes/stakeholders/fr/>
183. Elliott N, Begley C, Sheaf G, Higgins A. Barriers and enablers to advanced practitioners' ability to enact their leadership role: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;60:24-45.
184. Heale R, Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev*. 2015;62(3):421-9.

185. Donelan K, DesRoches CM, Dittus RS, Buerhaus P. Perspectives of Physicians and Nurse Practitioners on Primary Care Practice. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(20):1898-906.
186. Laguë G. Infirmières praticiennes: menace à notre profession? OUI. *Canadian Family Physician*. 2008;54(12):1672-4.
187. Ketefian S, Redman RW, Hanucharunkul S, Masterson A, Neves EP. The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. *International Nursing Review*. 2001;48(3):152-63.
188. O'Neill M, Roch G, Boyer M. Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé [Internet]. Québec: Presses de l'Université Laval; 2011. 306 p. (Santé - médecine). Disponible à: <http://www.pulaval.com/produit/petit-manuel-d-analyse-et-d-intervention-politique-en-sante>
189. Regan-Kubinski MJ, Horton-Deutsch S. Update on Advanced Practice RN Regulation and its Application to Advanced Practice Psychiatric Mental Health Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012;26(1):74-5.
190. Higgins A, Begley C, Lalor J, Coyne I, Murphy K, Elliott N. Factors influencing advanced practitioners' ability to enact leadership: a case study within Irish healthcare. *J Nurs Manag*. 2014;22(7):894-905.
191. Barton TD, Allan D. *Advanced Nursing Practice: Changing Healthcare in a Changing World*. Palgrave Macmillan; 2015. 319 p.
192. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Santé publique*. 2017;2(29):241-54.
193. Lègaré F. Assessing barriers and facilitators to knowledge use. Dans: Strauss S, Tetroe J, Graham ID Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice. Oxford: Wiley Blackwell; 2009. p. 83-93.
194. Walshe K, Rundall TG. Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *Milbank Quarterly*. 2001;79(3):429-57.
195. Carter N, Dobbins M, Peachey G, Hoxby H, Ireland S, Akhtar-Danesh N, *et al*. Knowledge Transfer and Dissemination of Advanced Practice Nursing Information and Research to Acute-Care Administrators. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*. 2014;46(2):10-27.
196. O'Leary DF, Casey M, O'Connor L, Stokes D, Fealy GM, O'Brien D, *et al*. Using rapid reviews: an example from a study conducted to inform policy-making. *J Adv Nurs*. 2017;73(3):742-52.
197. Polisena J, Garritty C, Kamel C, Stevens A, Abou-Setta AM. Rapid review programs to support health care and policy decision making: a descriptive analysis of processes and methods. *Systematic Reviews*. 2015;4:26.

# La pratique infirmière avancée

VERS UN CONSENSUS  
AU SEIN DE LA  
FRANCOPHONIE

Le visage de la santé dans le monde est caractérisé par une recrudescence de maladies transmissibles et non transmissibles, notamment des maladies chroniques. Malgré les découvertes scientifiques et technologiques toujours plus avancées, les systèmes de santé font face à des défis de plus en plus complexes ayant trait à l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la performance des soins. Les infirmières et les infirmiers du monde se sont engagés à trouver des solutions à ces problèmes. Le développement de la pratique infirmière avancée en est une car elle vise exactement ces défis. Elle devient, dès lors, un choix stratégique sur les plans nationaux pour améliorer l'équité d'accès aux soins, promouvoir une approche centrée sur les personnes, les proches et les communautés, améliorer la qualité des soins en les basant sur des preuves et diminuer les coûts pour les usagers et les systèmes de soins en exerçant une responsabilité et un leadership cliniques engagés. La pratique infirmière avancée contribue également à contrer la pénurie de professionnels de santé par l'attractivité.

Grâce à une méthode d'analyse de type « examen de la portée des connaissances », à une validation par des experts internationaux et à des points de vue éclairés par la pratique, l'objectif de ce document est d'organiser l'information sur la pratique infirmière avancée de manière narrative autour d'un cadre analytique pour répondre le mieux possible aux questions suivantes :

- Quelles sont les définitions les plus fréquemment utilisées pour décrire la pratique infirmière avancée ?
- Quels sont les critères et compétences les plus fréquemment cités ?
- Quels effets sont le plus fréquemment associés à la pratique infirmière avancée ?
- Quels éléments sont les plus fréquemment énoncés en tant que facteurs facilitant ou contraignant le développement, l'implantation ou la pérennité de la pratique infirmière avancée ?

Cette publication sur la pratique infirmière avancée est unique en langue française et a pour objectif de soutenir le développement de la profession infirmière au sein de l'espace francophone. L'analyse de ses fondements et de sa valeur économique conclut sur des considérations et des énoncés stratégiques capables de soutenir son évolution pour la configurer à la hauteur des besoins de santé d'une population, et ce, dans le respect des contextes culturel, politique, économique et professionnel propres à chaque système de santé.

**Étude réalisée pour le SIDIIEF  
par Diane Morin, infirmière, Ph. D.**



**SIDIIEF**

SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

ISBN 978-2-9815143-7-0