



L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

POSITION DE L'AIIC

Les infirmières praticiennes (IP) sont des professionnelles de la santé uniques en leur genre : elles bénéficient d'une formation universitaire supérieure de 2^e et 3^e cycles et d'une vaste expérience de la pratique clinique. Elles ont été formées aux niveaux théorique et pratique en soins infirmiers et possèdent les connaissances et compétences médicales qui leur permettent de poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostiques, prescrire des traitements (notamment des ordonnances de médicaments) et accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2010; Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick [AIINB], 2012; College of Registered Nurses of Nova Scotia [CRNNS], 2014; Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2013). Pour devenir infirmière praticienne, il faut d'abord être infirmière autorisée comptant de l'expérience de travail. À l'heure actuelle, il existe de multiples catégories de pratique d'IP au pays : IP-famille/tous âges, IP-soins aux adultes, IP-soins pédiatriques, IP-néonatalité, IP-néphrologie et IP-anesthésie. Le titre d'« infirmière praticienne » est réservé dans toutes les provinces et tous les territoires (Institut canadien d'information sur la santé, 2015).

Le premier objectif du rôle d'IP est d'ordre clinique, mais il englobe aussi le leadership et les compétences en recherche. Les IP travaillent auprès de personnes, de familles, de groupes, de collectivités et de populations diverses dans tout le continuum des soins en se fondant sur les principes des soins de santé primaires¹. Elles collaborent avec leurs clients et incorporent leurs valeurs, croyances et préférences dans la prise de décisions sur le plan de soins.

¹ Les soins de santé primaires (SSP) représentent « une approche générale axée sur des principes [qui] mise sur des stratégies orientées vers la population (micro), axées sur les besoins communautaires (més) et centrées sur la personne... ainsi que sur ... l'intégration ... des services de santé et sociaux pour améliorer la santé de la population. (AIIC, 2015, p. 3)

Les IP fournissent des soins complets aux clients² de tout âge, notamment des soins de promotion de la santé et de prévention des maladies, la prise en charge des maladies, des soins de soutien, des soins curatifs, des soins de réadaptation (AIINB, 2015) et des soins palliatifs³. En tant qu'infirmières de pratique avancée⁴, les IP font aussi preuve de leadership, œuvrent à titre de conseillères, de chercheuses et d'enseignantes. Elles effectuent aussi l'intégration à leur pratique (Sidani et coll., 2014) (et font la promotion de l'intégration) de nouvelles connaissances tirées de recherches et d'autres sources. Elles jouent un rôle clé dans le développement communautaire et organisationnel, dans l'amélioration de la qualité, dans le travail avec des équipes interprofessionnelles (Hurlock-Chorestecki et coll., 2016), ainsi que dans le renforcement des capacités et l'évolution de politiques sanitaires.

L'AIC est d'avis que la pratique d'IP reflète et démontre les caractéristiques et les compétences⁵ de la pratique infirmière avancée. Le rôle de l'IP repose sur les valeurs, le savoir, les théories et la pratique de la profession infirmière, tout en incorporant les connaissances, les théories et les nombreuses activités liées à la pratique traditionnellement associées à la médecine et aux médecins.

L'AIC est d'avis qu'un diplôme d'études supérieures en sciences infirmières est essentiel pour préparer les infirmières à développer les compétences dont elles ont besoin pour remplir ce rôle de pratique infirmière avancée; les compétences de base du rôle d'IP sont énoncées dans le *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada* (AIC, 2010).

L'AIC est d'avis que les IP, grâce à leur formation et à leur expérience, se retrouvent dans une position unique qui leur permet de fonctionner de façon autonome et en collaboration dans divers milieux dans tout le continuum des soins (Hurlock-Chorestecki et coll., 2015; Donald et coll., 2009).

L'AIC est d'avis que le rôle d'IP contribue considérablement à une vaste gamme de modèles de soins de santé et améliore l'accès en temps opportun à des soins de

² Les clients peuvent être des personnes, des familles, des collectivités, des groupes ou des populations.

³ Il est à noter qu'à l'heure actuelle, un certificat spécialisé d'infirmière praticienne en anesthésie (IP-anesthésie) n'est reconnu que dans une seule province.

⁴ Le terme « 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, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations ». (AIC, 2008, p. 10)

⁵ Les *compétences* décrivent la « combinaison des connaissances théoriques et pratiques, du jugement et des caractéristiques personnelles que les infirmières et infirmiers praticiens autorisés doivent posséder pour pratiquer de manière sécuritaire et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés ». (AIC, 2010, p. 10).

grande qualité, individualisés et rentables (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS], 2011; Kilpatrick et coll., 2012; CRNNS, 2016).

L'AIRC est d'avis que les services d'IP aident à améliorer l'accès aux soins de santé, à réduire les temps d'attente et à atténuer les pressions qui s'exercent sur le système de santé en fournissant aux clients des diagnostics précoces, des interventions curatives et préventives, des stratégies visant le mieux-être et la continuité des soins (AIRC, 2006).

L'AIRC est d'avis que l'adoption de stratégies fondées sur des données probantes est un moyen important (entre autres) pour pleinement mettre en œuvre et soutenir de façon intégrale les nouveaux rôles et les rôles actuels d'IP, pour améliorer les contributions des IP au système de santé et optimiser la main-d'œuvre infirmière (Donald et coll., Kilpatrick et coll., 2015).

L'AIRC reconnaît que les IP, les employeurs, les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation de la profession infirmière, les associations professionnelles de soins infirmiers, les syndicats et les gouvernements se partagent la responsabilité de mettre en œuvre, d'intégrer et de soutenir le rôle de l'IP dans divers secteurs du système de soins de santé.

CONTEXTE

En 2006, l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens a établi un cadre pancanadien pour l'intégration soutenue des IP dans le système de soins de santé canadien (AIRC, 2016a). Ces travaux ont fait avancer la législation, la réglementation et l'éducation et ont permis de définir et de promouvoir le rôle d'IP, de soutenir une planification efficace des ressources humaines de la santé et de mettre de l'avant un plan d'action. En 2011, avec les commentaires de parties prenantes, l'AIRC a lancé un plan d'action (2011-2015) pour faire progresser l'intégration du rôle d'IP (AIRC, 2011).

Les IP œuvrent dans un éventail de milieux qui ne cesse de s'élargir, tels que des cliniques de médecine familiale et de soins primaires, des cliniques dirigées par des IP (Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario, sans date), des postes de soins infirmiers, des centres de santé communautaires, des urgences, des établissements de soins de longue durée (AIRC, 2013b), des services de soins à domicile et des hôpitaux. De nouveaux rôles pour les IP font aussi leur apparition afin de répondre à des populations ou des besoins précis.

Le cadre PEPPA⁶, élaboré par des chercheurs canadiens, fournit un mécanisme pour créer, mettre en œuvre et évaluer le rôle de pratique infirmière avancée (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2016), définir de nouveaux modèles de soins (et la place que l'infirmière en pratique avancée y occupe); et mettre en application ces modèles et les suivre à long terme (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). D'autres modèles sont utilisés pour créer, mettre en œuvre et évaluer le rôle de pratique infirmière avancée, comme le modèle Strong de la pratique avancée (Doerksen, 2010; LeGrow, Hubley et McAllister, 2010; Maloney et Volpe, 2005; Micevski et coll., 2004).

Les organismes de réglementation de la profession infirmière sont responsables d'établir les compétences d'admission dans la pratique, les normes de pratique et les exigences de l'autorisation ou de l'inscription; d'approuver les programmes d'études d'admission dans la pratique; et d'établir les exigences du maintien des compétences des IP au Canada. Un rapport récent démontre que la pratique d'IP dans l'ensemble du Canada fait état de façon uniforme des besoins de la population de patients et des aspects contextuels de la pratique d'IP, dont l'âge, le stade de développement, l'état de santé et la complexité des clients (Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière, 2015) et la structure et besoins organisationnels. Toutefois, les variations entre les provinces/territoires persistent quant à la spécialisation des IP.

L'intégration des IP s'est traduite par de meilleurs résultats pour les patients et le système (AIIC, 2013a; Bryant-Lukosius et Martin-Misener, 2015; DiCenso et coll., 2010). Il a été démontré que l'utilisation d'IP améliore plusieurs mesures de l'état de santé des personnes (Donald et coll., 2013) et contribue à la prestation de soins de grande qualité pour la prise en charge des maladies chroniques (Russell et coll., 2009). Les données actuelles indiquent que les clients sont extrêmement satisfaits des soins prodigués par les IP (CRNNS, 2016) et ont une grande confiance envers la capacité des IP de prendre soin d'eux (Donald et coll., 2016).

Les recherches sur l'efficacité du rôle d'IP font état d'un accès amélioré aux soins, de temps d'attente plus courts, de coûts réduits, d'admissions évitées, de réadmissions moins nombreuses et d'un climat propice à une collaboration interprofessionnelle plus étroite (McAiney et coll., 2008; Kaasalainen et coll., 2010; FCRSS, 2011; Kilpatrick et coll., 2012; Martin-Misener et coll., 2015). Par exemple, des études nationales et internationales montrent que (1) les IP travaillant en service d'urgence ont une influence significative sur la diminution des temps d'attente (AIIC, 2013a) et sur l'accès aux consultations en soins primaires le jour même ou le jour suivant (Donald et coll., 2016),

⁶ PEPPA est l'acronyme anglais de : participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing role development, implementation and evaluation (processus participatif, factuel et axé sur les patients, qui favorise l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des rôles en pratique infirmière avancée).

(2) les interventions des IP permettent de réduire le nombre d'admission de clients en milieu de soins de courte durée et ont un effet sur la confiance du personnel (McAiney et coll., 2008), et (3) le rôle des IP s'annonce rentable et prometteur dans le contexte des soins ambulatoires et primaires (Martin-Misener et coll., 2015).

Malgré les importants progrès accomplis en ce qui a trait à l'intégration des IP dans le système de santé canadien, des obstacles persistent à la mise en œuvre entière du rôle des IP (AICC, 2016b; Spence, Agnew et Fahey-Walsh, 2015). Selon des recherches récentes, les obstacles graves sont surtout liés à l'implication (p. ex., manque de participation à la mise en œuvre du rôle), à l'acceptation du rôle (p. ex., fonctions exercées dans la pleine mesure du champ de pratique), à l'intention (p. ex., compréhension du rôle) et au financement (p. ex., la nécessité d'avoir en place des mécanismes de financement durables) (Sangster-Gormley, Martin-Misener, Dwone-Wamboldt et DiCenso, 2010; AICC, 2016b). Pour défendre le rôle des IP, les organisations d'IP provinciales et territoriales et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée travaillent dans le but d'éliminer les obstacles de ce genre.

L'IP a la capacité de catalyser le processus de transformation du système de soins de santé en appuyant les clients sur le plan de la santé et celui de la maladie afin qu'ils puissent mener une vie remplie et satisfaisante (Lowe, Plummer, O'Brien et Boyd, 2011).

*Approuvé par le conseil d'administration d'AICC
Novembre 2016*

Remplace : L'infirmière praticienne (2009)

RÉFÉRENCES :

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Practice framework for nurse practitioners in Canada*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/04_practice%20framework.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/competency_framework_2010_f.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *Plan d'intégration collaboratif du rôle des infirmières et infirmiers praticiens au Canada*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013a). Fiche d'information : *Infirmières et infirmiers praticiens dans les services d'urgence*. Tiré de http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/fact_sheet_nurse_practitioners_in_the_er_2013_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013b). Fiche d'information : *Infirmières et infirmiers praticiens en soins de longue durée*. Tiré de http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/fact_sheet_nurse_practitioners_2013_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). *Soins de santé primaires* [énoncé de position]. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-position-soins-sante-primaires.pdf?la=fr>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016a). *L'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens*. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/fr/formation-continue/pratique-infirmiere-avancee/infirmieres-et-infirmiers-praticiens/initiative-canadienne-sur-les-infirmieres-et-infirmiers-praticiens>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016b). *L'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens : Analyse rétrospective décennale*. Tiré de <https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/linitiative-canadienne-sur-les-infirmieres-et-infirmiers-praticiens-analyse-retrospective-decennale.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. (2012). *La pratique infirmière avancée* [énoncé]. Tiré de <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-PositionStatement-AdvancedNursingPractice-F.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. (2015). *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires*. Tiré de <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-NPStandards-F-2016-05.pdf>

Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario. (s.d.). *Nurse-practitioner-led clinics*. Tiré de : <http://npao.org/nurse-practitioners/clinics/>

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2013). *Advanced practice — Clinical nurse specialist* [énoncé de position]. Tiré de https://www.arnnl.ca/sites/default/files/documents/PS_Advanced_Practice_Clinical_Nurse_Specialist.pdf

Bryant-Lukosius, D. et DiCenso, A. (2004). « A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles ». *Journal of Advanced Nursing*, 48, 530-540.

Bryant-Lukosius, D. et Martin-Misener, R. (2015). *Advanced practice nursing: An essential component of country level human resources for health* [exposé stratégique]. Tiré du site Web du Conseil international des infirmières : <https://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/ICNPolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf>

College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2014). *Advanced nursing practice* [énoncé de position]. Tiré de <https://crnns.ca/wp-content/uploads/2015/02/PositionStatementAdvancedNursingPractice2014.pdf>

College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2016). *Nurse practitioner-sensitive outcomes: 2016 summary report*. Tiré de <https://crnns.ca/wp-content/uploads/2016/04/NP-Sensitive-Outcomes-2016-Report.pdf>

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

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I., Kilpatrick, K. et Harbman, P. (2010). « Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada ». *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23 (numéro spécial), 211-338. doi:10.12927/cjnl.2010.22279

Doerksen, K. (2010). « What are the professional development and mentorship needs of advanced practice nurses? » *Journal of Professional Nursing*, 26, 141-151. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.04.005>

Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., . . . DiCenso, A. (2010). « Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity ». *Nursing Leadership*, 23 (numéro spécial), 189-210. doi:10.12927/cjnl.2010.22279

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

Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I. L., Akhtar-Danesh, N., . . . Bennewies, N. (2016). « Measuring factors that influence nurse practitioner (NP) activities and the implications for optimizing NP patient panel size in primary health care settings » [résumé de projet]. Tiré de <http://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/ProjectSummaryAttachment2015-05-25.pdf>

- Donald, F., Mohide, E. A., DiCenso, A., Brazil, K., Stephenson, M., & Akhtar-Danesh, N. (2009). « Nurse practitioner and physician collaboration in long-term care homes: Survey results ». *Canadian Journal on Aging*, 28, 77-87. doi:10.1017/S0714980809090060
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2011). « Myth: Seeing a nurse practitioner instead of a doctor is second-class care ». *Journal of Health Services Research and Policy*, 16, 124-125. doi : 10.1258/jhsrp.2010.211110
- Hurlock-Chorostecki, C., van Soeren, M., MacMillan, K., Sidani, S., Donald, F., & Reeves, S. (2015). « Nurse practitioner interactions in acute and long-term care: An exploration of the role of knotworking in supporting interprofessional collaboration ». *BMC Nursing*, 14, 1-8. doi:10.1186/s12912-015-0102-x
- Hurlock-Chorestecki, C., van Soeren, M., MacMillan, K., Sidani, S., Donald, F., & Reeves, S. (2016). « A qualitative study of nurse practitioner promotion of interprofessional care across institutional settings: Perspectives from different healthcare professionals ». *International Journal of Nursing Sciences*, 3, 3-10. doi:10.1016/j.ijnss.2016.02.003
- Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Le personnel infirmier réglementé 2014*. Tiré de https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNurses2014_Report_FR.pdf
- Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Carter, N., DiCenso, A., Donald, F. et Baxter, P. (2010). « The nurse practitioner role in pain management in long-term care ». *Journal of Advanced Nursing*, 66, 542-551. doi : 10.1111/j.1365-2648.2009.05206.x
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., Doran, D. et Rochefort, C. (2012). « How are acute care nurse practitioners enacting their roles in healthcare teams? A descriptive multiple case study ». *International Journal of Nursing Studies*, 49, 850-862.
- Kilpatrick, K., Ried, K., Carter., Donald, F., Bryant-Luckosius, D., Martin-Misener, Kaasalainen, S., Harbaman, P., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R. et Dicenso, A. (2015). « A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Inpatient roles ». *Nursing Leadership*, 28(3), 56-76. doi:10.12927/cjnl.2016.24456
- LeGrow, K., Hubley, P., & McAllister, M. (2010). « A conceptual framework for advanced practice nursing in a pediatric tertiary care setting: The SickKids' experience ». *Nursing Leadership*, 23(2), 32-46. doi:10.12927/cjnl.2013.21831
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P. et Boyd, L. (2011). « Time to clarify — The value of advanced practice nursing roles in health care ». *Journal of Advanced Nursing*, 63, 677-685. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x
- Maloney, A. M., & Volpe, J. (2005). The inpatient advanced practice nursing roles in a Canadian pediatric oncology unit. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22, 254-257. <http://doi.org/10.1177/1043454205279290>

Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D., Charbonneau-Smith, R. et DiCenso, A. (2015). « Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: Systematic review ». *BMJ Open*, 5(6)e007167. doi :10.1136/bmjopen-2014-007167

McAiney, C. A., Haughton, D., Jennings, J., Farr, D., Hillier, L. et Morden, P. (2008). « A unique practice model for nurse practitioners in long-term care homes ». *Journal of Advanced Nursing*, 62, 562-571. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04628.x

Micevski, V., Korkola, L., Sarkissian, S., Mulcahy, V., Shobbrook, C., Belford, L., & Kells, L. (2004). « University Health Network framework for advanced nursing practice: Development of a comprehensive conceptual framework describing the multidimensional contributions of advanced practice nurses ». *Nursing Leadership*, 17(3), 52-64.

Russell, G.M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L. et Tuna, M. (2009). « Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors ». *Annals of Family Medicine*, 4, 309-318. doi:10.1370/afm.982

Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, M., Downe-Wamboldt, B. et DiCenso, A. (2010). « Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: An integrative review ». *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1178-1190. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x

Sidani, S., MacMillan, K., van Soeren, M., Reeves, S., Donald, F., Hurlock-Chorostecki, C., & Staples, P. (avril 2014). *The development of a research program to enhance utilization of nurses and nurse practitioners in the Ontario healthcare system through discovery, integration and application*. Demande de subvention soumise au Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto.

Spence, L., Agnew, T. et Fahey-Walsh, J. (2015). *A Pan-Canadian Environmental Scan of the Scope of Practice of Nurse Practitioners*. Tiré du site Web de la Nurse Practitioner Association of Ontario : http://npao.org/pdf/A_Pan-Canadian_Environmental_Scan_of_NPs_2015.pdf