



CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES

**DIRECTIVES
SUR LA PRATIQUE
INFIRMIÈRE AVANCÉE
2020**



Photo de couverture : Infirmière praticienne de Twin Bridges

Tous droits réservés, y compris la traduction dans d'autres langues. Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite sous forme imprimée, de photostat ou de toute autre façon, ni stockée dans un système de recherche documentaire, ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni vendue sans l'autorisation écrite expresse du Conseil International des Infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, à condition d'en indiquer la source.

Tous droits réservés © 2020 par le CII, Conseil International des Infirmières
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

ISBN : 978-92-95099-72-2

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES

**DIRECTIVES
SUR LA PRATIQUE
INFIRMIÈRE AVANCÉE
2020**



Mary Wambui Mwaniki

AUTEURS

Auteur principal

Madrean Schober, PhD, MSN, ANP, FAANP
Président, Schober Global Healthcare Consulting
International Healthcare Consultants
New York, NY, États-Unis

Auteurs collaborateurs

Daniela Lehwaldt, PhD, MSc, PGDipED, BNS
Présidente adjointe, réseau NP/APN du CII
Professeure adjointe et relations internationales
École des sciences infirmières et sciences humaines
Université de Dublin, République d'Irlande

Melanie Rogers, PhD
Présidente, réseau NP/APN du CII
Infirmière de pratique avancée
Chargée d'enseignement universitaire
Université de Huddersfield, Royaume-Uni

Mary Steinke, DNP, APRN-BC, FNP-C
Groupe de direction principal du réseau NP/APN
du CII
Liaison, Sous-groupe des pratiques
Directrice du Programme des infirmières praticiennes
de médecine de famille
Université de l'Indiana-Kokomo, Indiana, États-Unis

Sue Turale, RN, DEd, FACN, FACMHN
Rédactrice/consultante
Conseil International des Infirmières
Genève, Suisse
Professeure invitée, Université de Chiang Mai,
Chiang Mai, Thaïlande

Joyce Pulcini, PhD, PNP-BC, FAAN, FAANP
Professeure, Université George Washington
École des sciences infirmières
Washington, DC, États-Unis

Josette Roussel, MSc, MEd, RN
Cheffe de programme, Pratique infirmière et politiques
Programmes et politiques
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Ottawa, Canada

David Stewart, RN, BN, MHM
Directeur associé, Soins infirmiers et politique
en matière de santé
Conseil International des Infirmières
Genève, Suisse

REMERCIEMENTS

Le CII tient à remercier les personnes suivantes, qui ont effectué un examen préliminaire des directives :

- Fadwa Affara, Consultante, Édimbourg, Écosse
- Fariba Al Darazi, ancienne Directrice régionale des soins infirmiers, OMS, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Bahreïn
- Majid Al-Maqbali, Direction des soins infirmiers, Ministère de la santé, Oman
- Michal Boyd, Infirmier praticien/Professeur, Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande
- Lenora Brace, Présidente, Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada
- Karen Brennan, ancienne Présidente de l'Irish Association of Nurse Practitioners
- Denise Bryant-Lukosius, Professeure, Université McMaster, Centre canadien de recherche sur les IPA
- Jenny Carryer, Professeure, Université Massey, Nouvelle-Zélande
- Sylvia Cassiani, Conseillère régionale en soins infirmiers, Organisation panaméricaine de la santé
- Irma H. de Hoop, Présidente, Dutch Association of Nurse Practitioners, Pays-Bas
- Christine Duffield, Professeure, Université technologique de Sydney, Australie
- Pilar Espinoza, Directrice, diplôme de troisième cycle, recherche et affaires internationales, faculté des sciences de la santé, Université Saint-Sébastien, Chili
- Lisbeth Fagerstrom, Professeure, Collège universitaire de Norvège du Sud-Est
- Glenn Gardner, Professeure émérite, Université technologique du Queensland, Australie
- Nelouise Geyer, PDG, Nursing Education Association, Pretoria, Afrique du Sud
- Susan Hassmiller, Conseillère principale en soins infirmiers, Robert Wood Johnson Foundation, États-Unis
- Heather Henry-McGrath, Présidente, Jamaica Association of Nurse Practitioners, Ambassadrice internationale-American Association of Nurse Practitioners
- Simone Inkrot, Sabrina Pelz, Anne Schmitt, Christoph von Dach, APN/ANP Deutsches Netzwerk G.E.V., Allemagne, Suisse
- Anna Jones, Maître de conférences, École des sciences de la santé, Collège des sciences biomédicales et des sciences de la vie, Université de Cardiff, pays de Galles
- Elke Keinath, Infirmière de pratique avancée, APN/ANP Deutsches Netzwerk G.E.V., Allemagne
- Mabedi Kgositau, Ambassadrice internationale-American Association of Nurse Practitioners, Université du Botswana
- Sue Kim, Professeure, École de sciences infirmières, Université Yonsei, Corée du Sud
- Karen Koh, Infirmière de pratique avancée, Hôpital universitaire national, Singapore Nursing Board
- Katrina Maclaine, Professeure associée, Université de South Bank de Londres
- Vanessa Maderal, Professeure adjointe, Université des Philippines
- Donna McConnell, Chargée de cours en soins infirmiers, Université d'Ulster, Irlande du Nord
- Evelyn McElhinney, Maître de conférences, Responsable du programme Master ès sciences infirmières : faire progresser l'exercice professionnel, Université Calédonienne de Glasgow, Écosse
- Arwa Oweis, Conseillère régionale en soins infirmiers, OMS, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Le Caire, Égypte
- Jeroen Peters, Directeur de programme, Université Radboud de Nimègue, Pays-Bas
- Andrew Scanlon, Professeur associé, Université Montclair, Australie
- Bongzi Sibanda, Infirmière de pratique avancée, Anglophone Africa APN Coalition Project, Zimbabwe
- Anna Suutaria, Responsable des questions internationales, Finnish Nurses' Association
- Peter Ullmann, Président, APN/ANP Deutsches Netzwerk G.E.V., Allemagne
- Zhou Wentao, Directeur, Programme de Master en sciences infirmières, Université nationale de Singapour
- Kathy Wheeler, Coprésidente du comité international, American Association of Nurse Practitioners
- Frances Wong, Professeure, Université polytechnique de Hong Kong

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux/figures	6
Glossaire des termes	6
Avant-propos	7
Objet des directives de la PIA du CII	8
Résumé.....	8
Chapitre un : pratique infirmière avancée	9
1.1 Introduction.....	9
1.2 Postulats sur la pratique infirmière avancée	9
1.3 Caractéristiques de la pratique infirmière avancée.....	10
1.4 Les problématiques des pays conditionnent le développement de la pratique infirmière avancée	11
Chapitre deux : l’infirmière clinicienne spécialisée (ICS)	12
2.1 Prise de position du CII concernant l’infirmière clinicienne spécialisée	12
2.2 Historique de l’infirmière clinicienne spécialisée.....	12
2.3 Description de l’infirmière clinicienne spécialisée.....	13
2.4 Domaine de pratique de l’infirmière clinicienne spécialisée	14
2.5 Formation de l’infirmière clinicienne spécialisée.....	14
2.6 Établissement d’une norme professionnelle pour les infirmières cliniciennes spécialisées	15
2.7 Contribution de l’infirmière clinicienne spécialisée aux services de soins de santé	15
2.8 Différencier l’infirmière spécialisée de l’infirmière clinicienne spécialisée	16
Chapitre trois : infirmières praticiennes	19
3.1 Prise de position du CII sur les infirmières praticiennes.....	19
3.2 Historique des infirmières praticiennes	19
3.3 Description des infirmières praticiennes	19
3.4 Domaine de pratique de l’infirmière praticienne.....	20
3.5 Formation de l’infirmière praticienne.....	21
3.6 Établissement d’une norme professionnelle pour les infirmières praticiennes.....	22
3.7 Contribution de l’infirmière praticienne aux services de soins de santé.....	23
Chapitre quatre : distinction entre infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne	24
4.1 Prise de position du CII pour préciser les qualificatifs de la pratique infirmière avancée	25
Sources	29
Annexes.....	35
Annexe 1 : terminologie des accréditations.....	35
Annexe 2 : contexte international et exemples de pays disposant d’infirmières cliniciennes spécialisées.....	35
Annexe 3 : contexte international et exemples de pays disposant d’infirmières praticiennes.....	38
Annexe 4 : exemples de pays avec des variantes ou ayant adapté les infirmières de pratique avancée et les infirmières praticiennes	42

LISTE DES TABLEAUX/FIGURES

Tableau 1 : caractéristiques délimitant la pratique clinique de l'infirmière clinicienne spécialisée

Tableau 2 : différencier l'infirmière spécialisée de l'infirmière clinicienne spécialisée

Tableau 3 : caractéristiques de l'infirmière clinicienne spécialisée et de l'infirmière praticienne

Tableau 4 : similitudes entre l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne

Tableau 5 : différencier l'infirmière clinicienne spécialisée de l'infirmière praticienne

Figure 1 : progression d'infirmière généraliste à infirmière clinicienne spécialisée

Figure 2 : distinction entre infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne

GLOSSAIRE DES TERMES

Pratique infirmière avancée (PIA)

La pratique infirmière avancée est un domaine des soins infirmiers qui prolonge et étend le champ de la pratique infirmière, contribue au savoir en matière de soins infirmiers et promeut l'avancement de la profession (Déclaration de principe de la RNABC, 2001). La PIA se « caractérise par l'intégration et l'application d'un large éventail de connaissances théoriques et fondées sur des données probantes dans le cadre des études supérieures en sciences infirmières » (ANA, 2010, cité dans Hamric, Tracy, 2019, p. 63).

Infirmière de pratique avancée (IPA)

Une infirmière de pratique avancée (IPA) est une infirmière généraliste ou spécialisée qui a acquis, à travers des études supérieures plus poussées (master au minimum), les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer (CIL, 2008). Les deux catégories d'IPA les plus fréquemment mentionnées sont l'ICS et l'IP.

Pratique infirmière avancée (PIA)

La pratique infirmière avancée, dont il est question dans le présent document, est considérée comme une fonction infirmière avancée influant sur les résultats cliniques des soins de santé à la personne, des familles et de populations diverses. La pratique infirmière avancée repose sur une formation et des études supérieures, mais aussi sur la définition des critères essentiels et des compétences fondamentales à la pratique (AACN, 2004, 2006, 2015 ; Hamric, Tracy, 2019).

Diplôme d'infirmière en pratique avancée (DIPA)

Le DIPA (Advanced Practice Registered Nurse, APRN), tel qu'on le conçoit aux États-Unis, est le titre conféré à une infirmière répondant aux critères de formation et d'accréditation, autorisée à exercer en tant que DIPA dans l'un des quatre champs de pratique suivants : infirmière anesthésiste diplômée d'État (certified registered nurse anesthetist, CRNA), infirmière-sage-femme diplômée (certified nurse-midwife, CNM), infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et infirmière praticienne diplômée (Certified Nurse Practitioner, CNP) (APRN Consensus Model, 2008).

Infirmière clinicienne spécialisée (ICS)

Une infirmière clinicienne spécialisée est une infirmière de pratique avancée dispensant des conseils et des soins cliniques d'expert d'après des diagnostics établis dans des domaines de pratique spécialisés et adoptant une approche systémique de la pratique en tant que membre de l'équipe soignante.

Infirmière praticienne (IP)

Une infirmière praticienne (IP) est une infirmière de pratique avancée intégrant des compétences cliniques associées aux soins infirmiers et à la médecine pour évaluer, diagnostiquer et gérer les patients dans les établissements de soins de santé primaires (SSP) et les populations requérant des soins actifs, mais dispensant également des soins continus aux populations atteintes de maladies chroniques.

AVANT-PROPOS

L'Organisation mondiale de la Santé a proclamé 2020, *Année Internationale du personnel infirmier et des sages-femmes*. Elle célèbre à la fois les professionnels dispensant un large éventail de services de santé essentiels aux populations du monde entier et le bicentenaire de la naissance de Florence Nightingale. Mais le Conseil International des Infirmières (CII) estime que cette année doit être plus qu'une simple célébration. Ce doit être un moment d'action et d'engagement de la part des pouvoirs publics, des systèmes de santé et du grand public pour soutenir les moyens, les compétences et l'autonomisation de la profession infirmière, afin de satisfaire les exigences et les besoins sanitaires croissants de la personne et des collectivités. Sans la profession infirmière, des millions de personnes à travers le monde n'auront pas la possibilité d'accéder à des services de santé de qualité, sûrs et abordables. Dans la mesure où c'est le groupe le plus important des effectifs de santé, assurant la majeure partie des soins, notamment dans le cadre des soins primaires, il est naturel que l'implication du personnel infirmier puisse significativement améliorer les résultats chez les patients.

À travers l'histoire, nous pouvons constater l'évolution constante de la profession infirmière afin de relever les défis de santé, de société et des soins centrés sur la personne.

C'est la raison pour laquelle le CII, en tant que voix mondiale de la profession infirmière, appelle à investir dans les soins infirmiers, notamment dans la pratique infirmière avancée (PIA), pour relever les défis sanitaires mondiaux. Membre de la Commission de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles (MNT), la Présidente du CII peut témoigner du fait que la communauté mondiale s'efforce de trouver des solutions pour répondre au besoin de réduire de 30% la mortalité due aux MNT d'ici à 2030. Il s'avère très clair qu'il n'est plus possible de maintenir le statu quo ; les pouvoirs publics doivent réorienter leurs systèmes de santé et soutenir les personnels de santé, en particulier les infirmières de pratique avancée (IPA), pour efficacement promouvoir la santé, prévenir et gérer les maladies. La déclaration d'Astana faisait écho à cette nécessité en proposant de façon visionnaire de travailler à réaliser la santé pour tous à travers les soins de santé primaires (SSP). Pour ce faire, les infirmières doivent travailler dans toute l'étendue de leur domaine de pratique. Nous soulignons clairement que les IPA constituent une ressource productive et efficace en vue de relever les défis relatifs à l'accessibilité, la sécurité et l'aspect financier des soins de santé.

C'est parfaitement visible pour ce qui est de la PIA. Bien que ce concept semble relativement récent, des tendances distinctes apparaissent dans l'évolution de la pratique spécialisée vers la PIA ces cent dernières années (Hanson, Hamric, 2003).

Durant cette période, la demande de PIA a augmenté dans le monde entier ; néanmoins, tous les pays n'ont pas atteint le même stade d'intégration de ces fonctions au sein des personnels infirmiers. En outre, de nombreux postes d'IPA ont été créés au coup par coup, avec des responsabilités, des fonctions et une nomenclature variables. Le champ de pratique est souvent diversifié et hétérogène dans les différentes régions du monde. Il arrive que les voies d'accès et les limites de la pratique soient floues, mal comprises et parfois remises en question. Cela a provoqué une certaine confusion chez les décideurs politiques, les professionnels de santé et le grand public.

Pour appréhender la richesse et les possibilités offertes par la PIA, il est important que la profession fournisse des directives et une orientation claires. Le CII a été un fer de lance du développement de la professionnalisation des soins infirmiers depuis le tout début, en 1899. Il dispense des conseils sur un éventail de sujets liés aux soins infirmiers, dont la définition de la PIA la plus communément utilisée à ce jour.

Le CII entend poursuivre ce travail en publiant de nouvelles directives sur la pratique infirmière avancée. Elles ont été réalisées avec le soutien du réseau NP/APN du CII, faisant l'objet d'un processus de consultation mondiale éminemment rigoureux et solide. Elles ont pour objet d'appuyer le développement actuel et futur du réseau de PIA dans les pays, en vue d'améliorer la qualité des services dispensés par notre profession à la personne et aux collectivités.

Nous souhaitons que les présentes directives aident à éliminer certains des obstacles et des murs auxquels s'est heurtée la profession infirmière. Nous espérons qu'elles appuient la profession, offrent une meilleure compréhension et contribuent à l'évolution constante de la PIA. Chacun, partout dans le monde, a droit à des soins de santé de qualité, sûrs et abordables. Les infirmières de pratique avancée sont l'une des solutions pour y parvenir.

Annette Kennedy
Présidente du CII

Howard Catton
Directeur général du CII

OBJET DES DIRECTIVES DE LA PIA DU CII

Les présentes directives ont pour objet de contribuer à une vision commune de la pratique infirmière avancée (PIA) et de l'infirmière de pratique avancée (IPA) pour le public, les pouvoirs publics, les professionnels de santé, les décideurs, les formateurs et la profession infirmière. Pour ce faire, le présent ouvrage aidera les parties prenantes à élaborer des politiques, des cadres et des stratégies à l'appui d'une initiative de pratique infirmière avancée. Les pays ayant mis en place la fonction d'IPA peuvent juger de son état actuel à l'une des présentes directives. Cela favorisera l'uniformité et la clarté de la PIA à l'échelon international et permettra de renforcer les fonctions d'IPA pour répondre aux besoins de soins de santé des personnes et des

collectivités. Ce projet est également important pour faire progresser la recherche dans le domaine des soins infirmiers, au sein des pays et d'un pays à l'autre.

Force est de constater que le cadre et la façon de voir la PIA varient selon les régions du monde, mais aussi que la profession évolue en fonction des changements apportés à la formation, à la réglementation et à la pratique infirmière, pour répondre aux besoins de soins de santé et à l'évolution de la prestation des services de santé. Les présentes directives fournissent des principes communs et des exemples concrets des meilleures pratiques dans le monde.

RÉSUMÉ

Pour accompagner l'évolution des besoins de la population mondiale et répondre aux attentes des usagers, les systèmes de santé à travers le monde changent et se restructurent. À mesure que les systèmes s'adaptent et se recentrent sur les exigences diverses en matière de services de soins de santé, des perspectives s'ouvrent pour les infirmières, en particulier pour les IPA, en vue de satisfaire ces exigences et les besoins non satisfaits (Bryant-Lukosius et coll., 2017 ; Carryer et coll., 2018 ; Cassiani, Zug, 2014 ; Cooper, Docherty, 2018 ; Hill et coll., 2017 ; Maier et coll., 2017).

En 2002, le Conseil International des Infirmières (CII) s'est officiellement prononcé sur la PIA (CII, 2008a).

Depuis, ce domaine des soins infirmiers s'est énormément développé, simultanément et partout dans le monde, gagnant en maturité. Le CII a estimé qu'il était nécessaire de réexaminer sa déclaration de principe pour évaluer la pertinence de la définition et des caractéristiques proposées en 2002. Les présentes directives définissent les différents aspects tels que les postulats et les composantes fondamentales de l'IPA. Les caractéristiques et les descriptifs évoqués dans le présent document visent à promouvoir une conception commune, pour que le monde des soins infirmiers et des soins de santé prennent encore mieux la mesure des fonctions que l'on appelle couramment infirmière clinique spécialisée (ICS) et infirmière praticienne (IP).



Mary Wambui Mwaniki

CHAPITRE UN

PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE

1.1 Introduction

La pratique infirmière avancée (PIA), telle qu'évoquée dans le présent document, se réfère aux services et aux interventions de santé renforcés et étendus, assurés par des infirmières qui, grâce à des compétences avancées, influent sur les résultats des soins de santé cliniques et dispensent des services de santé directs à la personne, aux familles et aux collectivités (CNA, 2019; Hamric et Tracy, 2019). Une infirmière de pratique avancée (IPA) a acquis, grâce à une formation complémentaire, une base de connaissances spécialisées, des capacités perfectionnées en matière de prise de décision et des compétences cliniques pour une pratique infirmière plus étendue, dont les caractéristiques dépendent du contexte dans lequel elle est accréditée à exercer ses fonctions (CII, 2008a). L'infirmière clinique spécialisée (ICS)¹ et l'infirmière praticienne (IP) sont les deux catégories d'IPA les plus généralement

mentionnées à l'échelle de la planète (APRN, 2008; Begley, 2010; Carryer et coll., 2018; CNA, 2019; Finnish Nurses Association, 2016; Maier et coll., 2017; Miranda Neto et coll., 2018).

Les présentes directives dégagent d'abord des postulats généraux sur la pratique infirmière avancée. Ensuite, les chapitres deux et trois présentent les caractéristiques fondamentales de l'ICS et de l'IP, mais aussi les prises de position du CII concernant leurs fonctions. En vue d'éclairer le dialogue et de distinguer les deux types d'IPA (ICS et IP), les caractéristiques des fonctions de l'ICS et de l'IP sont présentées et dissociées au chapitre quatre. Les exemples de pays figurant en annexe montrent la diversité de pratique des ICS et des IP.

1.2 Postulats sur la pratique infirmière avancée

Les postulats suivants s'appliquent à l'infirmière qui suit des études poussées et obtient le diplôme d'IPA (ICS ou IP). Les critères mentionnés ci-dessous sont la base de l'IPA et perçus ainsi à l'échelon international, lorsque l'on évoque la pratique infirmière avancée, quel que soit le cadre de travail ou d'intervention. Toutes les IPA :

- sont des praticiennes de soins infirmiers dispensant aux patients des soins de façon sûre et compétente ;
- s'appuient sur une formation en soins infirmiers ;
- ont des fonctions ou des niveaux de pratique exigeant une formation reconnue, supérieure à celle de l'infirmière généraliste² (un master au minimum) ;
- ont des fonctions ou des niveaux de pratique requérant des compétences et des capacités plus importantes et quantifiables que celles d'une infirmière généraliste ;
- ont acquis la capacité de formuler et d'appliquer des connaissances théoriques, empiriques, déontologiques, juridiques, de prestation de soins et de perfectionnement professionnel, indispensables à la pratique infirmière avancée ;
- maîtrisent les compétences et les normes de l'IPA, réexaminées périodiquement pour les maintenir à jour ; et
- sont inspirées par l'environnement mondial, social, politique, économique et technologique.

(CII, 2008a)

Le degré et la richesse d'esprit critique, de compétences, de connaissances, de responsabilité, d'autonomie et de responsabilisation d'une IPA sont bien plus importants et étendus que ceux d'une infirmière généraliste. Cette plus grande envergure et le perfectionnement pratique se gagnent par l'expérience de l'exercice clinique et une formation plus poussée, sanctionnés par l'obtention d'un master (au minimum). Néanmoins, l'IPA reste fondamentalement rattachée au cadre des soins et des principes infirmiers (CII, 2008a).

Les conclusions d'une recherche menée en Australie ont révélé que les infirmières du domaine de la PIA utilisent des modèles de pratique différents de ceux des autres infirmières (Gardner et coll., 2015). Grâce à un outil de délimitation des fonctions de la pratique avancée fondé sur le *Strong Model of Advanced Practice*, les résultats démontrent leur capacité à délimiter et définir clairement la PIA (Gardner et coll., 2017). L'intérêt de cette recherche est que, vu sous l'angle des personnels de santé, il est possible de mesurer et d'identifier plus clairement les fonctions et les postes d'IPA.

1 Dans le présent document, l'accent est mis sur les caractéristiques et les normes professionnelles de l'ICS. Il est fait usage du qualificatif ICS pour définir les fonctions ou le niveau de soins infirmiers, sachant qu'il s'agit d'une catégorie de pratique infirmière avancée largement admise partout dans le monde.

2 Tel que le CII définit une infirmière : l'infirmière est une personne qui a suivi un programme d'enseignement infirmier, qui possède les qualifications requises et qui est habilitée dans son pays à exercer en tant qu'infirmière. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.

1.3 Caractéristiques de la pratique infirmière avancée

Les caractéristiques des fonctions de l'IPA sont les éléments permettant d'identifier la PIA. La description des domaines de la formation, de la pratique, de la recherche, du leadership et de la réglementation professionnelle, sont autant d'indications permettant de clairement distinguer la PIA de la pratique généraliste. Bien que l'activité fondamentale de la PIA repose sur la formation et les connaissances avancées en matière de soins infirmiers, il peut y avoir juxtaposition d'expertise avec d'autres professionnels de santé. L'ampleur et la portée de l'autonomie associée à l'IPA s'inscrivent souvent dans le cadre d'un éventail plus large et étendu de services aux collectivités, à l'instar des soins de santé primaires, des services ambulatoires et des contextes extrahospitaliers. Le degré d'autonomie peut évoluer ou augmenter avec le temps, à mesure que le concept de PIA gagne en reconnaissance.

Les sections ci-après fournissent les directives en vue d'identifier la PIA :

Formation

- La formation universitaire va au-delà de celle d'une infirmière généraliste ou d'une infirmière spécialisée. Un master au minimum est exigé (les modules de master suivis en auditeur libre ne satisfont pas à cette exigence). On sait que pour certains pays, l'exigence d'un master peut être ambitieuse, sachant que cette norme demeure un objectif à atteindre. Des programmes transitionnels et des cours passerelles peuvent être adoptés pour se rapprocher de cette norme.
- Une reconnaissance formelle des programmes de formation préparant spécifiquement les infirmières à la PIA (ICS ou IP) (p. ex. accréditation, approbation ou autorisation par des organismes publics ou non gouvernementaux).
- Un système officiel d'accréditation lié à des niveaux d'études définis.
- Même si certains pays exigent une expérience clinique pour qu'une infirmière puisse intégrer un programme de formation d'IPA, aucune preuve n'a été trouvée pour l'étayer.

Caractère de la pratique

- Fonction assignée ou niveau de soins infirmiers axé(e) sur la prestation de soins, la prévention des maladies et la guérison, grâce à des services de soins de santé directs et indirects à un niveau avancé, y compris les soins de réadaptation et la gestion des maladies chroniques. Cela dépasse le champ de pratique d'une infirmière généraliste ou spécialisée (consulter la [section 2.3](#) pour les définitions des soins directs et indirects).
- Capacité de gérer des épisodes de soins complets et des problèmes de santé complexes, y compris les populations difficiles à atteindre, vulnérables et à risque.
- Capacité d'intégrer la recherche (pratique fondée sur des données probantes), la formation, le leadership et la gestion clinique.
- Gamme d'autonomie plus large et étendue (variant selon le contexte national et le milieu clinique).
- Gestion de cas (gestion de sa propre charge de travail à un niveau avancé).

- Compétences avancées en matière d'évaluation, d'esprit critique, de prise de décision et de raisonnement diagnostique.
- Compétences cliniques avancées reconnues, supérieures à celle d'une infirmière généraliste ou spécialisée.
- Capacité d'assurer un appui et/ou des services de consultation à d'autres professionnels de santé, en mettant l'accent sur la collaboration professionnelle.
- Planifier, coordonner, mettre en œuvre et évaluer les mesures pour améliorer les services de santé à un niveau avancé.
- Premier point de contact reconnu des patients et des familles (en général, mais pas exclusivement, dans les établissements de soins de santé primaire).

Dispositifs de réglementation – Réglementations et politiques professionnelles propres à chaque pays qui sous-tendent l'exercice professionnel de l'IPA :

- Autorisation de diagnostiquer.
- Autorisation de prescrire des médicaments.
- Autorisation d'ordonner des tests de diagnostic et des traitements thérapeutiques.
- Autorisation d'orienter les usagers/patients vers d'autres services ou professionnels.
- Autorisation d'admettre les usagers/patients à l'hôpital et dans d'autres services ou de leur donner congé.
- Titre(s) de la profession officiellement reconnu(s) pour les infirmières travaillant comme IPA.
- Loi pour attribuer et protéger le(s) titre(s) de la profession (p. ex. infirmière clinicienne spécialisée, infirmière praticienne, etc.).
- Lois et politiques d'une autorité officielle ou toute forme de dispositif réglementaire faisant explicitement référence aux IPA (p. ex., agrément, accréditation ou autorisation propre au cadre du pays).

(CII, 2008a)

Les postulats et les caractéristiques de la PIA sont perçus comme suffisamment intégrateurs et souples pour tenir compte des différences entre systèmes de soins de santé, dispositifs réglementaires et formations des infirmières d'un pays à l'autre. Au fil des ans, la PIA et les soins infirmiers à l'échelon mondial ont gagné en maturité, l'IPA étant vue comme une experte médicale dont les caractéristiques de la fonction sont transversales et comprennent une vision et un rôle actif en matière de gouvernance, d'élaboration de politiques et de leadership clinique (AANP, 2015 ; CNA, 2019 ; Gouvernement écossais, 2008 ; NCNZ, 2017a). La promotion des compétences en leadership et l'intégration des connaissances et des capacités de recherche, sont chaque jour un peu plus des éléments fondamentaux de la formation et de l'évolution de ses fonctions, aux côtés de l'expertise clinique avancée. Au Royaume-Uni, les quatre pays ont adopté une approche coordonnée reposant sur quatre piliers et englobant l'exercice clinique, le leadership, la formation et la recherche. L'exercice clinique est perçu comme le principal pilier à développer lorsque l'on se penche sur les questions de financement et de ressources humaines (communication personnelle, K. Maclaine, mars 2019).

1.4 Les problématiques des pays conditionnent le développement de la pratique infirmière avancée

À l'échelon national, ce sont le niveau de base de la pratique infirmière et l'accès à un niveau de formation adéquat, qui conditionnent la capacité à mettre en place et à développer la PIA. L'élan donné à la PIA dépend du statut professionnel de la profession infirmière dans le pays et de la faculté de ce dernier à créer de nouvelles fonctions ou un niveau supplémentaire de soins infirmiers. L'importance et le degré de maturité des soins infirmiers peuvent être évalués en fonction de l'existence d'autres spécialités infirmières, du niveau de formation en soins infirmiers, des politiques relatives aux infirmières, de l'étendue de la recherche en sciences infirmières et du leadership infirmier (Schober, 2016).

On constate que, dans les pays où la formation infirmière généraliste progresse et où le contexte se prête à la création d'un master en pratique infirmière avancée, il est possible d'adopter des programmes transitionnels ou des cours passerelles pour former les infirmières généralistes ou spécialisées aux fonctions d'ICS ou d'IP. Ces programmes de transition peuvent potentiellement combler un vide au niveau des études en sciences infirmières, le temps que le pays mette en place le diplôme de niveau master dont le besoin se fait sentir.

On sait, en outre, que certains pays ont des filières ou des niveaux et des grilles de carrière (p. ex., l'échelonnement) bien définis pour les titres de profession, les descriptions d'emploi, les accréditations, les pratiques et les politiques de recrutement des infirmières. Ces systèmes de grille ou niveaux de fonctions se répercutent sur la mise en œuvre de la PIA (ICS ou IP), étant donné qu'à chaque palier correspond un certain niveau de formation et d'années d'expérience, y compris pour les fonctions de niveaux avancés. On peut penser qu'avec un tel système de classification, les infirmières d'un échelon donné auront un rendement plus uniforme, puisqu'elles possèdent une formation et une expérience semblables. Les titres reconnaissant les fonctions, associés à des critères clairs d'accréditation, contribuent à un exercice uniforme des fonctions au niveau souhaité.

Surtout, ces directives rattachent fondamentalement la PIA à la fonction infirmière, reposant sur des principes infirmiers visant à assurer des conditions optimales pour l'amélioration et la maximisation de services de soins de santé complets. L'IPA n'est pas perçue comme une concurrente des autres professionnels de santé, de la même façon que l'adoption des domaines de pratique d'autres prestataires de soins de santé n'est pas considérée comme le cœur de la pratique de l'IPA.



Chroma

CHAPITRE DEUX

L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE (ICS)³

L'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) est la catégorie généralement considérée comme la pratique infirmière avancée (APRN, NCSBN, 2008 ; Barton, Allan, 2015 ; CNA, 2019 ; Maier et coll., 2017 ; Tracy, O'Grady, 2019). La présente section dépeint la toile de fond de l'ICS, définit ses fonctions et décrit la façon dont le champ de pratique et la formation constituent son socle. En outre, les dispositifs d'accréditation et de réglementation sont précisés, tout comme leur importance pour établir le caractère et les normes professionnelles des ICS.

2.1 Prise de position du CII concernant l'infirmière clinicienne spécialisée

L'ICS est une infirmière disposant d'un master et qui a été formée pour ce domaine particulier. L'ICS dispense des services de soins de santé reposant sur une expertise avancée et spécialisée, pour prodiguer des soins à des patients ou des populations complexes et vulnérables. En outre, les infirmières sont à même d'assurer une formation et un appui au personnel interdisciplinaire et encouragent l'évolution et l'innovation au sein des systèmes de santé. Son champ d'activité se concentre sur les soins infirmiers avancés et spécialisés et une approche systémique combinant la prestation de services cliniques directs et indirects (consulter la [section 2.3](#) pour une définition des soins directs et indirects). Pour définir le profil de l'ICS, on s'appuie sur des données probantes montrant son rôle positif joué dans certains pays ; pourtant, même en jouant un rôle actif et en dispensant un précieux service, cela passe

souvent inaperçu dans les établissements de santé. Il est nécessaire de mener des recherches plus approfondies pour clairement identifier la diversité des contextes et des pays où l'ICS exerce ses activités.

Au fur et à mesure de l'accélération de la réforme des soins de santé à l'échelle de la planète, les ICS auront l'occasion de répondre aux besoins non satisfaits de populations variées, dans des contextes de soins de santé diversifiés. Pour tirer parti de ces possibilités, il est essentiel de mieux comprendre l'ICS dans le cadre de la PIA. Pour ce faire, l'idéal serait de protéger le titre de la profession, de définir la formation supérieure (master au minimum) et de fixer un domaine de pratique identifiable dans le cadre d'un processus d'accréditation.

2.2 Historique de l'infirmière clinicienne spécialisée

L'extension des fonctions dans les soins infirmiers que l'on associe à l'ICS n'est pas un phénomène récent. Le terme *spécialiste* est apparu aux États-Unis au XIX^e siècle – début du XX^e siècle, à mesure que des cours de troisième cycle dans des domaines précis de la pratique infirmière ont été créés (Barton, East, 2015 ; Cockerham, Keeling, 2014 ; Keeling, Bigbee, 2005). L'origine de l'ICS procède d'un besoin identifié de pratiques spécialisées (Chan, Cartwright, 2014). Les infirmières cliniciennes psychiatriques spécialisées en soins infirmiers, ainsi que les infirmières anesthésistes et les infirmières sages-femmes, ont ouvert la voie. Le développement des hôpitaux dans les années 1940, ainsi que l'établissement de spécialités et la mise au point de technologies médicales, ont favorisé l'évolution de la PIA. Le degré de spécialisation de ces infirmières était plus haut que ce qui se faisait autour d'elles, c'est pourquoi on les voit comme les devancières des ICS actuelles. Si, au fil des ans, leurs fonctions ont évolué dans le monde, les ICS tirent leurs origines du domaine communément admis de la pratique infirmière, et ont creusé ensuite ce sillon (Barton, East, 2015).

Dans cet ordre d'idées, les ICS sont apparues au Canada dans les années 1970, à mesure que la prestation des services de santé se complexifiait. Le principe de la fonction était de fournir des services de consultation clinique, d'orientation et de leadership au personnel

infirmier gérant des soins de santé complexes et spécialisés, pour améliorer la qualité des soins et promouvoir une pratique fondée sur des données probantes. Les ICS se concentraient sur des questions délicates de soins aux patients et de systèmes de soins de santé, où des améliorations étaient requises. Il s'est avéré que la présence des ICS a eu des résultats positifs quantifiables pour les populations dont elles avaient la charge (CNA, 2019).

Chan et Cartwright ont avancé les arguments ci-après pour expliquer la création des fonctions de l'ICS (2014, p. 359) :

- *Dispenser des soins directs aux patients atteints de maladies ou d'affections complexes.*
- *Améliorer les soins aux patients, en augmentant les compétences cliniques et l'esprit critique des personnels infirmiers.*
- *Conserver les infirmières expertes en pratique clinique.*

La fonction de l'ICS s'est perfectionnée au fil du temps, devenant plus souple et mieux adaptée aux besoins de la population et aux contextes des soins de santé. En Afrique subsaharienne par exemple, l'ICS a connu une forte évolution, en particulier pour ce qui est des progrès réalisés dans la gestion et la prévention du VIH

³ Il est avéré que certains pays disposent d'infirmières cliniciennes consultantes (ICC), dont la pratique est considérée conforme à la pratique des ICS (Bryant-Lukosius, Wong, 2019 ; Carryer et coll., 2018 ; Gardner et coll., 2013 ; Gardner et coll., 2016). L'appel à des ICC est propre à chaque pays et l'on recourt parfois à elles de façon interchangeable avec les ICS ; néanmoins, le présent document d'orientation s'applique à identifier les ICS.

à l'égard des populations vulnérables (communication personnelle, B. Sibanda, mars 2019). Le ressort fondamental de la fonction d'ICS est de fournir des soins spécialisés complexes, tout en améliorant la qualité de la prestation des soins de santé grâce à une approche systémique. Le profil multidimensionnel de l'ICS, outre les soins directs aux patients dans une spécialité

clinique, comprend les soins indirects à travers la formation, la recherche et l'appui aux autres infirmières et personnels de santé, le leadership pour élaborer des programmes de pratique spécialisée et l'impulsion donnée aux systèmes de santé en termes d'évolution et d'innovation (Lewandowski, Adamle, 2009).

2.3 Description de l'infirmière clinicienne spécialisée

Une ICS est une infirmière ayant des connaissances et des compétences avancées en pratique infirmière, disposant d'une formation plus poussée par rapport à une infirmière généraliste ou spécialisée, capable de

prendre des décisions complexes dans une spécialité de soins infirmiers cliniques et faisant appel à une approche systémique pour influencer sur les soins optimaux dans les établissements de santé.

Tableau 1 : caractéristiques délimitant la pratique clinique de l'infirmière clinicienne spécialisée

LES CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES, COMBINÉES DE DIFFÉRENTES FAÇONS, DÉLIMITENT LA PRATIQUE DE L'ICS
<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) sont des infirmières professionnelles, disposant d'une formation de deuxième ou de troisième cycle (master ou doctorat). • Les ICS sont des cliniciennes expertes dispensant des soins cliniques directs dans un domaine spécialisé de la pratique infirmière. La pratique spécialisée peut être définie en fonction de la population (p. ex. pédiatrie, gériatrie, santé des femmes), du milieu clinique (p. ex. soins intensifs, urgences), d'une maladie/surspécialité médicale (p. ex. oncologie, diabète), du type de soins (psychiatrie, rééducation) ou du type de problème (p. ex. douleur, blessure, incontinence). • La pratique clinique pour une population donnée comprend la promotion de la santé, la réduction des risques et la gestion des symptômes et des problèmes fonctionnels liés aux maladies. • Les ICS dispensent des soins directs aux patients et aux familles, ce qui peut comprendre le diagnostic et le traitement de la maladie. • Les infirmières dispensent des soins centrés sur le patient et la famille, insistant sur les forces et le bien-être plutôt que sur la maladie ou les carences. • Les ICS influent sur les résultats de la pratique infirmière, en donnant l'impulsion et en soutenant les infirmières, pour qu'elles fournissent des soins fondés sur des données scientifiques et d'éléments de preuve. • Les ICS apportent des améliorations au système de prestation de soins de santé (soins indirects) et convertissent les données de recherche de qualité en pratique clinique, pour améliorer les résultats cliniques et financiers. • Les ICS participent aux travaux de recherche, afin de produire des connaissances utiles à la pratique. • Les ICS conçoivent, mettent en œuvre et évaluent des programmes de soins et des programmes de recherche traitant les problèmes communs de populations particulières. (Fulton, Holly, avril 2018)

Si les ICS ont d'abord travaillé dans les hôpitaux (Delamaire, LaFortune, 2010), leur fonction a évolué et elles dispensent désormais des soins spécialisés aux patients atteints de maladies complexes et chroniques en consultation externe, aux urgences, à domicile, en milieu communautaire et dans les contextes de soins de longue durée (Bryant-Lukosius, Wong, 2019; Kirkpatrick et coll., 2013). La prestation de services de santé d'une ICS combine d'ordinaire des services de santé directs et indirects (section 2.3), d'après les principes infirmiers et une approche systémique (AIIIC, 2014; NACNS, 2004; NCMN, 2007). C'est un fait établi que les services indirects de l'ICS sont très appréciés aux côtés des soins cliniques directs et ils devraient être pris en compte dans la définition du domaine de pratique.

Bien que les infirmières exerçant leurs activités dans diverses spécialités (p. ex. unités de soins intensifs, tables d'opération, soins palliatifs, soins des plaies, néonatalogie, gériatrie) puissent parfois se considérer comme des infirmières spécialisées, l'ICS diplômée dispose d'un éventail élargi et étendu de pouvoirs et de responsabilités pour améliorer le système de prestation des soins, y compris une spécialisation clinique de niveau supérieur. Grâce à une formation de deuxième ou de troisième cycle (master ou doctorat), l'ICS acquiert des connaissances approfondies, un esprit critique et des capacités de prise de décision, lui permettant d'agir à un niveau avancé de pratique et de prise de décision.

2.4 Domaine de pratique de l’infirmière clinicienne spécialisée

Du fait de l’expertise avancée des ICS, des fonctions associées à leur rôle et de leur maîtrise d’une spécialité distinctive, leur domaine de pratique s’étend au-delà de celui des infirmières généralistes ou spécialisées. Leur niveau de pratique accru et étendu comprend une responsabilité élargie et approfondie. Le domaine de pratique reflète un corpus perfectionné de connaissances pratiques, théoriques et empiriques en matière de soins infirmiers et de santé. Les ICS évaluent les pathologies, les progrès technologiques, les conditions environnementales et les influences politiques. En outre, dans le cadre des services infirmiers, elles décryptent la responsabilité professionnelle pour répondre aux besoins des usagers. En agissant à titre de cliniciennes expertes dans une spécialité, les ICS jouent un rôle primordial en vue de faire progresser la pratique infirmière. Elles enseignent, encadrent, donnent des conseils et veillent à ce que la pratique infirmière soit fondée sur d’éléments de preuve.

Dans le cadre de la définition du domaine de pratique des ICS, l’identification des compétences de base comprend les niveaux de soins infirmiers directs et indirects. Ces niveaux de soins comprennent l’aide apportée aux autres infirmières et professionnels de santé afin d’établir et d’atteindre les objectifs de soins à la personne et à une population diversifiée de patients (CNA, 2014, NACNS, 2004).

- **Les soins directs** impliquent une interaction directe avec les patients, les familles et les groupes de patients afin de promouvoir la santé ou le bien-être et d’améliorer la qualité de vie. Ces soins :
 - intègrent des connaissances avancées sur le bien-être, la maladie, l’autotraitement, les pathologies et la thérapeutique médicale dans une évaluation globale des personnes. En même temps, ils sont axés sur le diagnostic infirmier des symptômes, des problèmes fonctionnels et des comportements à risque dont l’étiologie nécessite des interventions infirmières pour prévenir, stabiliser ou soulager ;

- utilisent des données d’évaluation, des recherches et des connaissances théoriques pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer les interventions infirmières qui intègrent des traitements médicaux délégués le cas échéant ; et
- comprennent des prescriptions ou ordonnances d’interventions thérapeutiques.
- **Les soins indirects** sont prodigués à travers des activités influant sur les soins aux patients, mais n’impliquant pas d’engagement direct auprès des populations. Il peut s’agir, par exemple, d’élaborer des directives ou des protocoles reposant sur des données probantes pour les activités de soins et de développement du personnel. Une ICS qui dispense des soins indirects :
 - conseille les autres infirmières et professionnels de santé afin de les aider à gérer des problèmes très complexes liés aux soins des patients et à atteindre des résultats de qualité et d’un bon rapport coût-efficacité pour les populations dans tous les contextes médicaux ;
 - fait preuve de leadership concernant l’utilisation adéquate des recherches et d’éléments de preuve en matière d’innovation de la pratique, afin d’améliorer les services de soins de santé ;
 - développe, planifie et dirige des programmes de soins à la personne et des populations, et oriente le personnel infirmier et les autres acteurs de ces programmes ;
 - évalue les résultats chez les patients et le rapport coût-efficacité des soins afin d’identifier ce qu’il faut améliorer dans la pratique au sein de la spécialité ou du programme clinique ; et
 - donne l’impulsion aux groupes multidisciplinaires en vue de concevoir et de mettre en œuvre des solutions alternatives en cas de problèmes liés aux soins des patients, tout au long du processus de soins. (CNA, 2014 ; NACNS, 2004).

2.5 Formation de l’infirmière clinicienne spécialisée

Pour un apprentissage adéquat, il est important que les ICS suivent un programme d’études supérieures (master ou doctorat) spécifique à la formation de l’ICS dans une école/université ou un département de sciences infirmières agréé. L’objectif du programme de formation est de préparer l’infirmière à la pensée critique et abstraite à un niveau avancé, pour l’évaluation et le traitement des patients, des familles ou des populations. Elle sera également en mesure de transmettre ses connaissances aux autres infirmières et professionnels de santé et de les soutenir dans des situations cliniques complexes. Ce programme prépare l’ICS à utiliser et à intégrer les recherches dans la pratique clinique, quel que soit le contexte ou la population de patients.

Cet apprentissage s’appuie sur la formation des infirmières généralistes ou spécialisées du pays dans lequel l’ICS exercera ses fonctions. La nécessité d’une formation de niveau master au minimum a été démontrée par trois études canadiennes. Ces études révèlent que les infirmières s’identifiant comme ICS et titulaires d’un master sont plus à même d’appliquer l’ensemble des domaines reconnus de la pratique infirmière avancée que leurs consœurs n’ayant pas cette formation de master (Bryant-Lukosius et coll., 2018 ; Kilpatrick et coll., 2013 ; Schreiber et coll., 2005). Il est démontré que les ICS diplômées travaillent différemment des titulaires d’une licence en sciences et qu’en outre, elles améliorent les résultats de santé au niveau de la population et contribuent davantage à l’innovation et à l’amélioration de l’unité, de l’organisation et des systèmes. Cela permet d’optimiser l’accessibilité et la qualité des services infirmiers et de soins de santé.

2.6 Établissement d'une norme professionnelle pour les infirmières cliniciennes spécialisées

En plus de respecter les normes professionnelles des infirmières généralistes, les ICS sont tenues d'avoir les compétences de base ou définies pour la pratique avancée, notamment :

- Dispenser des services de soins infirmiers au-delà du niveau d'une infirmière généraliste ou spécialisée, dans le domaine de spécialité de la pratique avancée donné et pour lequel les ICS ont été formées.
- Reconnaître les limites de leurs connaissances et de leurs compétences en consultant les patients/populations ou en les orientant vers d'autres professionnels de santé, le cas échéant.
- Respecter les normes déontologiques énoncées par la profession pour les IPA.

La norme professionnelle définit les limites et les éléments essentiels de la pratique. Par ailleurs, elle relie les ICS à la qualité et aux compétences attendues pour leur rôle ou leur niveau de pratique, à travers le descriptif des composantes obligatoires des soins. Les critères identifiés pour la norme professionnelle servent à établir les règles, conditions et exigences de performances axées sur les processus de prestation des soins.

Accréditation et réglementation concernant les infirmières cliniciennes spécialisées

La reconnaissance de l'exercice de la profession d'ICS suppose de présenter à un organisme d'accréditation faisant autorité (public ou non) une attestation de diplôme de master ou de doctorat dans la spécialité clinique donnée, délivrée par une école ou un département de sciences infirmières bénéficiant d'une habilitation. Le programme de formation doit expressément faire apparaître que l'infirmière est formée à l'exercice

de la profession d'ICS. La reconnaissance continue de la pratique est concomitante au renouvellement de l'autorisation d'exercer en tant qu'infirmière généraliste et à toute réglementation professionnelle pertinente pour la profession d'ICS dans l'État, la province ou le pays d'exercice. Dans certains pays, l'autorisation d'établir des ordonnances fait partie intégrante des fonctions de l'ICS. Elle est régie par la législation du pays, de l'État ou de la province en fonction du domaine d'exercice clinique. Outre de mener à bien un programme de formation adéquat, il peut être stipulé que l'ICS doit suivre un processus de certification ou d'accréditation supplémentaire pour démontrer l'excellence de sa pratique et ses compétences dans le domaine donné ou la spécialité d'exercice. Cette exigence dépend de l'environnement dans lequel l'initiative relative à l'ICS voit le jour et évolue.

Les politiques qui assurent la protection du titre et une accréditation sans ambiguïté sont importantes pour la reconnaissance et la clarté de la fonction. La protection du titre d'ICS par des règlements est fortement recommandée (CNA, 2019). Selon des études sur la PIA, dans les pays où les titres et le domaine de pratique sont réglementés, la clarté de la fonction, sa reconnaissance et son acceptation par les usagers et les autres professionnels de santé sont généralement supérieurs (Maier et coll. 2017 ; Donald et coll., 2010). Il est communément admis que c'est un point particulièrement important pour les ICS, dans la mesure où elles souhaitent accroître leur visibilité en faisant valoir l'importance de leur rôle dans les systèmes de santé du monde entier.

Pour consulter la terminologie de l'accréditation, reportez-vous à l'[annexe 1](#).

2.7 Contribution de l'infirmière clinicienne spécialisée aux services de soins de santé

Les éléments de preuve tirés d'analyses documentaires systématiques démontrant les résultats positifs des soins dispensés par les ICS comprennent les exemples suivants :

- Amélioration de l'accès aux soins de support, grâce à une gestion des cas collaborative facilitant l'évaluation et la gestion des risques et des complications, la planification et la coordination des soins et la surveillance et l'évaluation permettant de plaider pour des services sanitaires et sociaux répondant le mieux aux besoins des patients/usagers.
- Amélioration de la qualité de vie et du taux de survie, baisse du taux de complications et amélioration du bien-être physique, fonctionnel et psychologique des patients atteints de maladies aiguës ou chroniques complexes.
- Meilleure qualité des soins.
- Mieux promouvoir la santé.
- Contribution au recrutement et à la fidélisation du personnel infirmier parmi les effectifs des soins de santé.
- Réduction de la durée d'hospitalisation et des réadmissions à l'hôpital et des consultations aux urgences.

- Réduction des erreurs de médication dans les services hospitaliers et les salles d'opération. (Brown-Brumfield, DeLeon, 2010 ; Bryant-Lukosius et coll., 2015a ; Bryant-Lukosius et coll., 2015b ; Bryant-Lukosius, Martin-Misener., 2016 ; Cook et coll., 2015 ; Flanders, Clark, 2010 ; Kilpatrick et coll. 2014)

Le caractère multidimensionnel de l'activité des ICS et leur aptitude à s'adapter à des demandes très variées ont semé la confusion sur leur fonction. Par conséquent, il est plus difficile de comprendre l'incidence des ICS sur les résultats cliniques (Chan, Cartwright, 2014). Des recherches collaboratives plus poussées sont nécessaires pour combler les lacunes sur ce sujet. En outre, les ICS et les infirmières leader doivent prendre davantage l'initiative d'expliquer aux bailleurs de fonds et aux décideurs du secteur de la santé la valeur ajoutée des contributions des ICS. Il s'agit notamment de leur alignement sur les priorités des politiques d'amélioration des systèmes de santé et de leur contribution aux politiques et aux décisions de santé en vue d'obtenir de bons résultats (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016).

2.8 Différencier l'infirmière spécialisée⁴ de l'infirmière clinicienne spécialisée

Il est avéré que dans certains pays, des infirmières disposant d'une vaste expérience et d'une grande expertise dans une spécialité n'ont pas suivi d'études universitaires ni de troisième cycle. Au Chili par exemple, les qualifications professionnelles des infirmières spécialisées sont hautement reconnues et appréciées des équipes soignantes et des organisations de soins de santé. Pour être identifiées comme telles, elles doivent mener à bonne fin une formation courte ou annexe, en complément de leur solide expérience. Il est envisagé qu'à l'avenir, les infirmières spécialisées au Chili suivent un programme de formation d'ICS sanctionné par un diplôme de master, afin de promouvoir le changement, de mettre en œuvre des améliorations des systèmes et d'optimiser la qualité des soins dans les contextes cliniques (communication personnelle, Pilar Espinoza, mars 2019).

Dans son guide régional pour le développement d'une pratique infirmière spécialisée, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale (OMS-EMRO), donne la définition suivante :



Une infirmière spécialisée détient une autorisation valable d'exercer en tant qu'infirmière généraliste et a mené à bonne fin un programme de formation conforme à la norme prescrite pour la pratique infirmière spécialisée. L'infirmière spécialisée est autorisée à exercer dans un domaine de pratique défini dans un secteur spécifié des soins infirmiers.



(OMS-EMRO, 2018 : 7)

L'un des critères pour désigner une spécialité dans le cadre de la pratique infirmière est que cette spécialité soit officiellement reconnue et soutenue par le système de santé du pays. De plus, les niveaux de pratique infirmière spécialisée progressent vers une spécialisation avancée, à l'instar des ICS, reposant sur l'obtention d'un diplôme de master dans le domaine pertinent. L'usage du titre « infirmière de pratique avancée diplômée », avec indication du domaine de spécialité, a également tendance à se généraliser. Par exemple, « infirmière de pratique avancée diplômée en cardiologie » (OMS-EMRO, 2018).

Dans le même ordre d'idée, l'European Specialist Nurses Organization (ESNO, 2015) recommande le développement de compétences pour les ICS afin de clarifier la position et la pratique de ces infirmières en Europe. Cette recommandation comprend l'élaboration d'un cadre correspondant aux caractéristiques de la spécialité d'exercice de l'ICS. Des qualifications uniformisées permettraient aux ICS de passer plus facilement d'un État membre de l'Union européenne à l'autre. Conformément aux directives énoncées dans le présent document, l'ESNO définit l'ICS comme une IPA, formée dans une spécialité clinique au niveau master, post-master ou doctorat.

Sous l'angle du développement des effectifs et des réformes sanitaires, il est entendu que la prestation des services de soins de santé exige un large éventail de personnel et que les postes d'infirmières spécialisées sont plus nombreux que ceux d'ICS. Les ICS, disposant d'une expertise clinique avancée et étant titulaires d'un diplôme d'études supérieures (master au minimum) dans une spécialité clinique, œuvrent dans le cadre des équipes soignantes. Elles utilisent une approche systémique pour coordonner les directives relatives aux soins spécialisés, en plus de fournir des services de soins de santé directs. Le tableau 2 ci-dessous est un outil utile pour distinguer les caractéristiques des infirmières spécialisées de celles des ICS.

⁴ Dans sa Série sur la réglementation, sous le titre Nursing Care Continuum Framework & Competencies (Cadre et compétences pour le continuum des soins infirmiers) (CII, 2008b), le CII définit l'infirmière spécialisée comme une infirmière formée au-delà du niveau généraliste, autorisée à exercer en tant que spécialiste dans une branche du domaine infirmier.

Tableau 2 : différencier l'infirmière spécialisée de l'infirmière clinicienne spécialisée

DOMAINE	INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE	ICS
Formation	Apprentissage spécialisé, au-delà du niveau d'une infirmière généraliste.	Master ou diplôme supérieur, axé sur une spécialité.
Domaine de pratique Description du poste	<p>Mène des activités identifiées dans une spécialité, en fonction de son niveau de compétence personnelle et de son domaine de pratique.</p> <p>Formule un plan de soins dans une spécialité avec des résultats identifiés en fonction des diagnostics infirmiers, des conclusions d'une évaluation des soins infirmiers et de la santé, des contributions des autres membres de l'équipe soignante et des normes de la pratique infirmière.</p>	<p>Outre des soins cliniques directs, spécialisés et avancés, elle élabore et mobilise des ressources pour des soins complets et coordonnés, avec des résultats identifiés. Pour ce faire, elle s'appuie sur les normes de pratique des ICS et sur des décisions éclairées concernant les actions préventives, les diagnostics et les interventions thérapeutiques.</p> <p>Délègue des activités à d'autres membres du personnel soignant, selon leurs capacités, leur niveau d'apprentissage, leur compétence et leur domaine de pratique.</p> <p>Défend et met en œuvre des politiques et des stratégies d'ordre systémique pour mettre en place des cadres de pratique positifs, dont l'usage des meilleures pratiques en matière de recrutement, de fidélisation et de valorisation des ressources humaines.</p>
Norme professionnelle et réglementation	Norme nationale relative aux infirmières généralistes agréées, qui s'ajoute à un apprentissage identifié (expérience et formation) en tant qu'infirmière spécialisée.	Titre d'ICS désigné/protégé, délivré par un organisme législatif ou réglementaire. Si la protection du titre n'existe pas encore, il est préférable de la mettre progressivement en place.

Figure 1 : progression d’infirmière généraliste à infirmière clinicienne spécialisée



La figure 1 décrit la progression d’infirmière généraliste à ICS, en suivant un programme de master propre à l’ICS. Cette progression permet de reconnaître les fondements de l’expertise clinique spécialisée sur la base d’une formation d’infirmière généraliste. Une infirmière généraliste peut directement intégrer un programme d’ICS si elle satisfait les critères nationaux et universitaires de formation à l’ICS. L’obtention d’un master au minimum confère une plus grande crédibilité professionnelle et clinique à l’infirmière, qui progresse ainsi pour obtenir le titre d’ICS. La formation supplémentaire et l’expertise clinique acquises grâce à un diplôme

universitaire sont de nature à renforcer la qualité des soins dispensés à diverses populations. Reposant sur des programmes universitaires normalisés et accrédités, ce niveau de développement professionnel est perçu comme essentiel lorsqu’il s’agit de fournir en toute sécurité des soins de santé optimaux et de qualité en renforçant la rigueur intellectuelle, le raisonnement scientifique et la pensée critique.

Pour des exemples de pays disposant d’infirmières cliniciennes spécialisées, reportez-vous à l’[annexe 2](#), p. 35.



Carolyn Jones

CHAPITRE TROIS

INFIRMIÈRES PRATICIENNES

Les infirmières praticiennes (IP) sont généralement considérées comme une catégorie d'IPA (APRN, 2008 ; Barton, Allan 2015 ; Maier et coll., 2017, Tracy, O'Grady, 2019). Le présent chapitre exprime la position du CII sur les IP, décrit le contexte historique, le concept d'IP et explique en quoi un domaine de pratique et une formation appropriée constituent la base de l'exercice clinique. En outre, le présent chapitre définit les mécanismes d'accréditation et de réglementation et examine l'importance d'établir les IP dans divers contextes.

3.1 Prise de position du CII sur les infirmières praticiennes

Les descriptifs et les recherches démontrent l'efficacité des IP dans différents contextes médicaux. Les services des IP s'inscrivent dans une dynamique internationale croissante. Néanmoins, pour lancer et soutenir avec réussite une initiative d'IP efficace, il est nécessaire de traiter et de gérer plusieurs questions. La protection du titre et un domaine de pratique bien développé, déterminé par le ou les systèmes de santé et la

culture du pays concerné, sont essentiels. L'étendue de la pratique et les compétences identifiées pour les IP exigent une solide base de formation, associée au soutien fourni par des processus d'accréditation et de réglementation. Afin d'étayer la légitimité de la pratique des IP, il faudra poursuivre les recherches pour démontrer la valeur de ces infirmières en matière de prestation de services de soins de santé.

3.2 Historique des infirmières praticiennes

Le concept d'IP est né en 1965 aux États-Unis d'après un modèle de santé publique visant à fournir des soins de santé primaires (SSP) aux enfants n'ayant pas accès aux services sanitaires. Cette fonction reposait sur une approche des soins à la fois globale et centrée sur la personne, avec des responsabilités supplémentaires en matière de diagnostic, de traitement et de gestion auparavant réservées aux médecins. Ce modèle se distinguait néanmoins du modèle médical car il mettait également l'accent sur la prévention, la santé et le bien-être, ainsi que sur la sensibilisation des patients (Dunphy et coll., 2019). Au milieu des années 1970, le Canada et la Jamaïque ont emboîté le pas des États-Unis, en vue d'améliorer l'accès aux SSP pour les populations vulnérables des communautés rurales, éloignées et mal desservies. Dans les années 1980, au Botswana, alors que le pays était en pleine réforme des soins de santé et que les besoins de la population augmentaient en flèche, une fonction d'infirmière praticienne familiale a été lancée. La fonction d'IP a ensuite été instaurée dans les quatre pays du Royaume-Uni à la fin des années 1980. Elle a été introduite dans d'autres pays au cours des années 1990 et au début des années 2000. Le CII et la communauté médicale internationale ont pu constater l'accroissement

substantiel de l'intérêt suscité par cette fonction et son développement dans le monde entier (Maier et coll., 2017 ; Schober, 2016).

Depuis ses débuts, la fonction d'IP s'est diversifiée pour prendre en charge des populations globales de patients de tous âges en SSP et répondre aux besoins complexes des patients souffrant d'une affection aiguë ou critique. L'enthousiasme soulevé par le concept d'IP et l'évolution tendant à accroître l'accès aux services de SSP montrent qu'un nombre croissant d'IP œuvrent à développer les soins dans différents contextes, notamment auprès des populations vieillissantes et des personnes atteintes de maladies chroniques en traitement ambulatoire et à domicile (Bryant-Lukosius, Wong, 2019 ; Kaasalainen et coll., 2010 ; Maier et coll., 2017 ; Schober, 2016).

Le principe de l'IP se développe souvent à partir des besoins en soins de santé et des critères perçus par les infirmières, à titre personnel, qui voient ce que peuvent apporter les IP à diverses populations (Steinke et coll., 2017). Même si le concept de l'IP a évolué, un éventail complet de SSP demeure un objectif commun, avec une pratique restant axée sur les principes des soins infirmiers.

3.3 Description des infirmières praticiennes

Les IP sont des infirmières généralistes qui, après une formation plus poussée (niveau master au minimum), sont devenues des cliniciennes autonomes. Elles sont formées pour diagnostiquer et traiter les affections d'après des directives reposant sur des données probantes. Selon les principes de soins infirmiers qu'elles intègrent, c'est la personne dans son intégralité qui doit être traitée, et pas seulement une maladie ou une pathologie. Dans le cadre de la pratique des IP, le niveau d'autonomie et de responsabilité est déterminé et influencé par le contexte et les politiques de réglementation du pays ou l'environnement d'exercice.

Les IP procurent une perspective globale aux services sanitaires, en combinant leur expertise clinique en matière de diagnostic et de traitement des problèmes de santé, y compris pour la prescription de médicaments, et en mettant l'accent sur la prévention des maladies et la gestion de la santé. La pratique des IP est généralement identifiée par la population de patients : famille, pédiatrie, adultes, gérontologie, santé des femmes, etc. Elle peut être exercée dans un contexte de SSP ou de soins intensifs (AANP, 2018 ; CNA, 2018 ; NMBI, 2017 ; RCN, 2018 ; Gouvernement écossais, 2008).

3.4 Domaine de pratique de l’infirmière praticienne

Le domaine de pratique d’une IP fait référence à l’éventail d’activités (procédures, actions, processus) qu’elle est juridiquement autorisée à mener. Il établit dans quel cadre précis les IP ont la possibilité d’exercer leurs fonctions, en définissant ce qu’elles peuvent faire, les populations qu’elles peuvent examiner et traiter, et dans quelles circonstances elles peuvent dispenser des soins. De plus, une fois définis, le domaine de pratique et les compétences associées sont liés au titre désigné et constituent la base du développement d’une formation appropriée et d’une norme professionnelle (ANA, 2015 ; AANP, 2015 ; Schober, 2016).

Le domaine de pratique de l’IP diffère de celui de l’infirmière généraliste par les niveaux de responsabilité et de reddition de compte requis pour exercer. Lorsque le concept d’IP est reconnu, l’établissement d’un domaine de pratique est un moyen d’informer le public, les administrateurs et les autres professionnels de santé au sujet de son rôle. Il est ainsi possible de différencier l’IP qualifiée des autres cliniciennes ne disposant pas de la formation adéquate en la matière ou n’étant pas autorisées à exercer à ce titre.

Prise de position du CII sur le champ de pratique des infirmières praticiennes

Le champ de pratique des IP décrit l’éventail d’activités associées aux responsabilités professionnelles reconnues, conformément à la réglementation et aux politiques en vigueur dans les contextes où elles sont actives. Il est fondamental de comprendre le contexte du pays/de l’État/de la province où exerce l’IP au moment de définir son domaine de pratique pour la prestation des services de soins de santé. De plus, il est essentiel que le développement d’un domaine de pratique soit axé sur les activités d’une IP qui soutiennent les connaissances et les compétences les plus complexes de la pratique. Voici la position du CII concernant le domaine de pratique des IP :

L’infirmière praticienne possède des compétences avancées en matière d’évaluation de la santé, de diagnostic et de gestion clinique. Ces compétences comprennent notamment la gestion pharmacologique reposant sur des études supérieures plus poussées (diplôme de master au minimum) et une formation clinique intégrant un stage pratique spécifié, afin de permettre la prestation d’un éventail de services de soins de santé. La pratique des IP est axée sur les soins cliniques directs spécialisés et la gestion des besoins en soins de santé des populations, des personnes et des familles, dans les contextes de SSP ou de soins intensifs. Elle intègre une expertise supplémentaire en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. En tant que clinicienne agréée et accréditée, l’IP dispose d’un niveau d’autonomie plus élevé par rapport à une infirmière généraliste. Elle prend des décisions vitales, avancées et approfondies, et travaille en collaboration avec d’autres professionnels de santé. La pratique des IP peut comprendre, sans toutefois s’y limiter, l’orientation directe des patients vers d’autres services et professionnels. Cette pratique inclut également l’intégration de la formation, des recherches et du leadership, tout en mettant l’accent sur les soins cliniques avancés directs.

Exemples de domaine de pratique des infirmières praticiennes dans trois pays

Tout pays où le rôle d’IP est bien développé a besoin d’un solide domaine de pratique. Trois exemples de domaine de pratique des IP sont présentés ici à des fins d’orientation et d’échanges sur le sujet. Tout d’abord, le domaine de pratique des IP de l’American Association of Nurse Practitioners (AANP), stipule que :



Les infirmières praticiennes évaluent, diagnostiquent, traitent et gèrent les maladies aiguës épisodiques et chroniques. Elles commandent, effectuent, supervisent et interprètent des tests diagnostiques et de laboratoire, prescrivent des agents pharmacologiques et des traitements non pharmacologiques, et informent et conseillent les patients. Les IP sont expertes en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. En tant que cliniciennes agréées, les IP exercent de façon autonome et en coordination avec d’autres professionnels de santé. Elles peuvent assumer des fonctions de recherche en soins de santé, de conseil interdisciplinaire et de défense des droits des patients, en plus de fournir une vaste gamme de services de soins de santé aux individus, familles, groupes et communautés.



(AANP, 2015)

La déclaration de principe de l’AANP sur le domaine de pratique précise également le niveau de formation des IP et mentionne un niveau de responsabilité et de reddition de compte associé à la prestation au public de soins avancés de qualité et conformes à la déontologie.

Le Nursing Council of New Zealand (NCNZ, 2017a : 1) décrit le domaine de pratique suivant pour les IP et le relie à six compétences définissant les connaissances, les aptitudes et les comportements qui leur sont demandés :



Les infirmières praticiennes ont suivi des études supérieures et une formation clinique. Elles possèdent également les compétences démontrées et l'autorisation légale permettant d'exercer au-delà du niveau d'une infirmière diplômée. Les infirmières praticiennes travaillent de façon autonome et collaborent en équipe avec d'autres professionnels du secteur pour promouvoir la santé, prévenir les maladies et améliorer l'accès et les résultats de santé de la population pour un groupe particulier de patients ou une communauté. Les infirmières praticiennes gèrent les épisodes de soins en tant que principales prestataires de soins de santé, en collaborant avec les usagers et leur famille/whanau. Les infirmières praticiennes associent des connaissances et des compétences infirmières avancées avec un raisonnement diagnostique et des connaissances thérapeutiques pour fournir des services de soins de santé axés sur le patient, y compris le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de maladies communes et complexes. Elles procèdent à un large éventail d'interventions d'évaluation et de traitement, commandent et interprètent des tests diagnostiques et de laboratoire, prescrivent des médicaments dans leur domaine de compétence et assurent les admissions et sorties au sein des hôpitaux et d'autres services/milieus médicaux. En tant que leaders du secteur clinique, elles travaillent dans divers contextes médicaux et influencent la prestation des services de santé et la profession en général. Une infirmière praticienne doit disposer des compétences suivantes :

1. Démontrer une application responsable, sûre, se maintenir à jour et nourrir ses compétences.
2. Effectuer des évaluations exhaustives et appliquer un raisonnement diagnostique pour déterminer les besoins/problèmes de santé et les diagnostics.
3. Développer, planifier, mettre en œuvre et évaluer des interventions thérapeutiques pour gérer les épisodes de soins.
4. Impliquer constamment le patient pour l'associer pleinement à la prise de décision et lui permettre de participer activement aux soins.
5. Travailler en collaboration pour optimiser les résultats des patients/groupes de population en matière de santé.
6. Entreprendre des activités et y participer de façon à favoriser la sécurité des soins, les partenariats communautaires et les améliorations pour la population.



3.5 Formation de l'infirmière praticienne

La formation des IP varie d'un pays à l'autre ; elle n'est pas uniforme. Toutefois, un diplôme de master est considéré comme la norme minimale pour la pratique d'IP. De plus, le programme d'études correspondant doit être spécifiquement destiné à l'apprentissage des IP (CNA, 2008 ; CNA, 2019 ; Fagerström, 2009 ; Association des infirmières finlandaises, 2014 ; NCNZ, 2017b ; NMBI, 2017). Aux États-Unis, l'obtention d'un doctorat en pratique infirmière (Doctor of Nursing Practice - DNP) a tendance à devenir le minimum requis pour l'apprentissage des IP.

En République d'Irlande, les infirmières praticiennes avancées diplômées (Registered Advanced Nurse Practitioners – RANP) travaillent également dans le cadre d'un domaine de pratique approuvé et répondent aux critères établis par le Nursing and Midwifery Board of Ireland (NMBI, 2017). L'autonomie de l'IP a été mise en évidence dans le domaine de pratique en indiquant que l'IPA :



...est responsable des décisions qui sont prises à des niveaux avancés dans le cadre de la gestion de dossiers spécifiques de patients/usagers, et doit en rendre compte. Les IPA peuvent effectuer une évaluation complète de la santé et appliquer leurs compétences spécialisées dans le diagnostic clinique et le traitement des maladies aiguës et/ou chroniques dans le cadre d'un domaine de pratique approuvé, en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Toutefois, le facteur crucial pour définir la pratique infirmière avancée est le niveau de prise de décision et de responsabilité plutôt que la nature ou la difficulté de la tâche entreprise par la praticienne. Les connaissances et l'expérience en matière de soins infirmiers ou d'obstétrique devraient continuellement éclairer la prise de décision des infirmières/sages-femmes praticiennes avancées, même si certains aspects de leur rôle peuvent coïncider avec les fonctions des agents médicaux ou d'autres professionnels de santé.



(NCMN, 2008b, p. 7)

En République d'Irlande, cette description de l'autonomie s'applique à la fois aux IPA et aux sages-femmes praticiennes avancées (Advanced Midwife Practitioner – AMP).

La présente section souligne l'importance d'établir un domaine de pratique pour les IP. Elle fournit des exemples à prendre en compte lors du développement d'un domaine de pratique. L'identification d'un domaine de pratique est influencée par le contexte du pays et par les contextes médicaux dans lesquels les IP exercent leur profession. En outre, le programme de formation et la conception du cursus doivent s'aligner sur le domaine de pratique et les compétences attendues de l'IP. Cet aspect est abordé dans la [section 3.5](#).

La crédibilité et la pérennité du concept d'IP reposent sur la formation suivie par l'infirmière pour acquérir les qualifications requises à l'exercice de cette fonction. La définition de la formation des IP pose les fondations permettant de les différencier des infirmières généralistes. Les compétences cliniques et les principaux éléments communs de la pratique clinique des IP constituent la base du développement du programme et du cursus (Nursing and Midwifery Board of Australia, 2014 ; CNA, 2008 ; NCNZ, 2017b ; NMBI, 2017).

L'axe du programme de formation doit être vu comme l'apprentissage des infirmières pour exercer en tant qu'IP à un niveau avancé en milieu clinique. Il est essentiel que la formation des IP comprenne une pratique clinique supervisée ou un stage clinique pratique – en fixant généralement un nombre d'heures minimum –, avec une IP ou un médecin confirmé. La République d'Irlande (NMBI, 2017) recommande 500 heures en milieu clinique ; au Royaume-Uni, le Royal College of Nursing (RCN, 2012) exige un minimum 500 heures supervisées en milieu clinique (soins directs et indirects) ; en Nouvelle-Zélande, 300 heures sont exigées (NCNZ, 2017b) ; enfin, aux États-Unis, le prérequis est un minimum de 500 heures supervisées de soins directs aux patients en milieu clinique (NONPF, 2017).

En Nouvelle-Zélande, le domaine de pratique des IP comprend six thèmes ou compétences que l'on attend d'une candidate souhaitant s'inscrire en tant qu'IP (voir la [section 3.4](#), Domaine de pratique des infirmières praticiennes). Ces thèmes sont liés à un programme de formation des IP. L'IP doit suivre un programme de master accrédité par le NCNZ et disposer des compétences requises pour le domaine de pratique des IP. Le programme doit être axé sur l'exercice clinique à un niveau avancé. Les étudiantes disposent de deux choix : obtenir un diplôme d'études supérieures (parcours des infirmières diplômées autorisées à établir des ordonnances) avant de terminer le programme de master, ou effectuer un stage pratique sur les prescriptions vers la fin dudit programme. En Nouvelle-Zélande, le stage pratique des IP comprend un nombre minimal d'heures d'apprentissage clinique, la rédaction d'un mémoire compilant l'exercice clinique, deux études de cas approfondies et une évaluation sommative avec un mentor pour ce qui est des compétences requises en matière de champ de pratique des IP (NCNZ, 2017b).

3.6 Établissement d'une norme professionnelle pour les infirmières praticiennes

Les normes et les compétences professionnelles sont au cœur de tout système d'accréditation, car elles définissent la qualité des performances exigées d'une entité ou d'un établissement accrédité, ou de la personne bénéficiaire de l'accréditation. Les normes établissent le niveau de formation et de performances pour l'accès à la pratique d'IP, ainsi que les exigences de renouvellement des accréditations. Les compétences définissent le niveau et la qualité des performances dont l'IP est censée faire preuve en tant que clinicienne praticienne. Il existe un lien entre le domaine de pratique défini, la norme professionnelle, les politiques et les procédures, et chacun de ces éléments constitue la base d'un autre (Jhpiego, 2016). Dans les pays ou les régions ne disposant pas de domaine de pratique légal ou publié pour les IP, les directives relatives à la pratique et les normes professionnelles reposent sur les options les mieux adaptées aux circonstances dictées par le contexte national et les processus régissant les services de soins de santé. Néanmoins, il est fortement recommandé d'élaborer des politiques, une norme professionnelle et des dispositifs réglementaires comprenant la protection du titre, un domaine de pratique défini et/ou une description du poste.

Aux États-Unis, les compétences des IP ont été établies en 1990 par la National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF) et révisées pour la dernière fois en 2017 (NONPF, 2017). Identifier la teneur des compétences fondamentales des IP est considéré comme un appui au développement du cursus. En 2002, dans un contexte d'évolution de la fonction d'IPA au Royaume-Uni, le Royal College of Nursing (RCN) a défini des compétences et des domaines d'après ceux élaborés par la NONPF aux États-Unis (RCN, 2010). Ces domaines comprennent les compétences que doit avoir une IPA. Cependant, en évoluant avec le temps, la pratique infirmière avancée en Angleterre s'oriente vers une intégration à la plus vaste sphère d'activité de la pratique clinique avancée (Advanced Clinical Practice - ACP), qui comprend un éventail de professionnels de santé non médicaux (HEE, 2017). Les autres pays du Royaume-Uni (Écosse, Irlande du Nord et pays de Galles) souhaitent développer leurs propres versions de la catégorie de pratique clinique avancée.

Les programmes de master en sciences infirmières polyvalents ou non spécifiques ne constituent pas un parcours recommandé pour les IP. Dans le même ordre d'idée, un programme de master consacré uniquement à la gestion, la recherche ou l'enseignement en soins infirmiers n'est pas considéré comme une préparation suffisante pour les IP. Néanmoins, dans la mesure où la fonction évolue, les programmes actuels de niveau master peuvent être adaptés pour intégrer des compétences supplémentaires propres à la pratique des IP, notamment l'évaluation physique avancée, le raisonnement clinique avancé et la prise de décision diagnostiques, la pharmacologie/pharmacocinétique, le leadership clinique et professionnel et la recherche axée sur la pratique (NCNZ, 2009 ; NMBI, 2015a ; NMBI, 2017).

Accréditation et réglementation concernant les infirmières praticiennes

L'accréditation est une fonction centrale de tout système de réglementation. Une accréditation représente un degré de qualité et d'accomplissement auquel on peut s'attendre en termes de respect des normes ou de compétences démontrées, que ce soit au niveau de l'IP, du programme d'études ou de l'établissement. Les dispositifs réglementaires diffèrent et sont généralement liés aux traditions et aux ressources réglementaires d'un pays, ainsi qu'à la décision du niveau de réglementation requis pour autoriser une infirmière à travailler au-delà du domaine de pratique juridiquement reconnu pour une infirmière généraliste. Pour l'établissement d'un processus d'accréditation des IP, il est essentiel que l'organisme qui délivre l'accréditation soit reconnu à l'échelle nationale. Il doit également pouvoir rendre compte des méthodes d'accréditation désignées. Dans certains pays, les accréditations sont renouvelées périodiquement, mais les dispositifs et les conditions de renouvellement doivent être clairs et transparents.

La protection du titre d'IP devrait être considérée comme une exigence des processus de réglementation et d'accréditation. Le titre d'IP doit véhiculer un message simple indiquant qui est l'infirmière praticienne, afin de la distinguer des autres catégories et niveaux de pratique des soins infirmiers. Pour le public, la protection du titre constitue également une garantie contre les cliniciens non qualifiés qui n'ont ni la formation ni les compétences que suppose ce titre.

La reconnaissance continue de la pratique d'une IP nécessite généralement le renouvellement de l'autorisation d'exercer en tant qu'infirmière généraliste et la conservation d'une accréditation nationale conforme à la réglementation professionnelle désignée pour le contexte/l'État ou la province d'exercice. Régie par la réglementation d'un pays, d'un État ou d'une province, l'autorisation d'établir des ordonnances est un élément central pour exploiter pleinement le potentiel de l'IP.

Pour consulter la terminologie de l'accréditation, reportez-vous à l'[annexe 1](#).

3.7 Contribution de l'infirmière praticienne aux services de soins de santé

Des éléments de preuve démontrent que les patients recevant des soins des IP sont très satisfaits de la prestation des services et effectuent moins de visites inutiles au service des urgences. On constate également une réduction des temps d'attente, des admissions à l'hôpital et des réhospitalisations (Begley et coll., 2010; Chavez et coll., 2018; Donald et coll., 2015; Maier et coll., 2017; Martin-Misener et coll., 2015; Newhouse et coll., 2011). Des études destinées à évaluer la qualité des soins dispensés par les IP ont démontré que leur efficacité et leur sécurité sont comparables à celles des services de santé assurés par des médecins (Lentz et coll., 2004; Mundinger et coll., 2000; Swan et coll., 2015). Les conclusions d'une analyse systématique et exhaustive documentée de 2006 à 2016 dans les services des urgences et de soins intensifs, ont démontré que les infirmières de pratique avancée, y compris

les IP, ont réduit la durée d'hospitalisation, les délais relatifs aux consultations et aux traitements et la mortalité, tout en augmentant le niveau de satisfaction des patients et les économies réalisées (Jennings et coll., 2015; Woo et coll., 2017).

La rareté des évaluations économiques des fonctions d'ICS et d'IP suggère qu'il existe peu de données probantes précises pour déterminer leur rentabilité (Marshall et coll., 2015). Toutefois, les analyses systématiques des recherches portant sur la prestation des services de soins de santé indiquent que des fonctions d'IPA bien définies peuvent réduire les coûts des soins.

Pour des exemples de pays disposant d'infirmières praticiennes, reportez-vous à l'[annexe 3](#), p. 38.

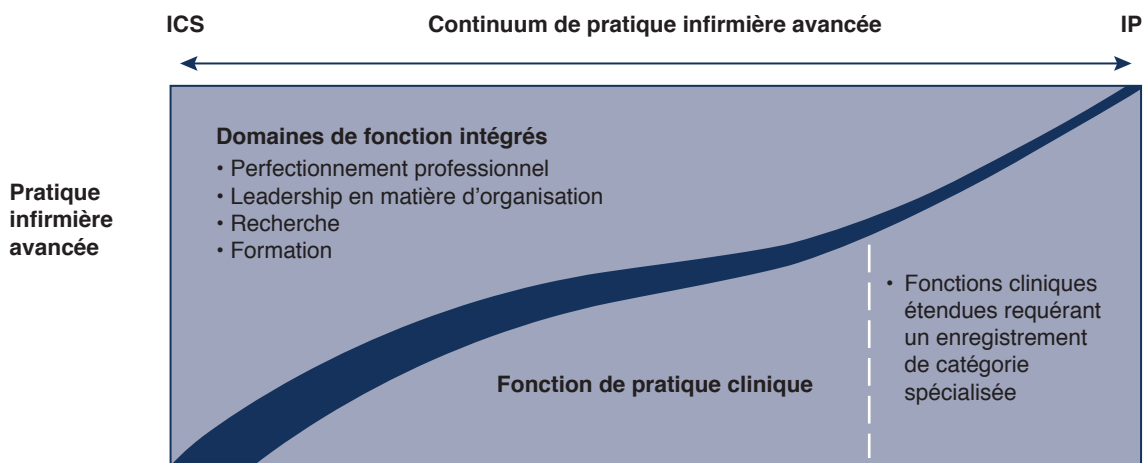
CHAPITRE QUATRE

DISTINCTION ENTRE INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE ET INFIRMIÈRE PRATICIENNE

Les origines de la pratique infirmière avancée, dont il est question aux chapitres 2 et 3, fournissent des informations sur l'historique des fonctions de l'ICS et de l'IP, soulignant les différences lors de la genèse de leur développement. L'émergence de la pratique infirmière avancée à l'échelle mondiale et l'introduction des concepts d'ICS et d'IPA ont donné lieu à des débats vigoureux visant à définir les caractéristiques qui différencient ces nouvelles fonctions et les niveaux de pratique des soins infirmiers. Depuis le milieu des années 1990 (Dunn, 1997) et avec un développement parallèle plus récent à l'échelle internationale, les caractéristiques distinctives des ICS et IP se sont estompées. Malgré cela, les deux fonctions demeurent largement distinctes, bien qu'elles puissent coïncider dans une certaine mesure (Rushforth, 2015; Tracy, Sendelbach, 2019). La présente section vise à faire la distinction et à clarifier les traits caractéristiques des ICS et des IP.

L'ICS est une clinicienne experte ayant un champ d'exercice spécialisé, identifié en matière de population, d'environnement, de maladie ou de sous-spécialité médicale, de type de soins ou de problème, incluant une perspective systémique de la prestation des services de soins de santé (NACNS, 2018). La pratique des IP est axée sur une population, principalement dans le domaine des SSP. Cependant, elle englobe désormais les soins intensifs et les SSP (AACN Certification Corporation, 2011). Denise Bryant-Lukosius (2004 et 2008) a clarifié les différences essentielles entre ICS et IP à l'aide d'un modèle de continuum de pratique infirmière avancée. Elle souligne que l'ICS se concentre sur les soins indirects soutenant l'excellence clinique à partir d'une approche systémique, tandis que l'IP se consacre davantage aux soins directs des patients dans divers contextes cliniques.

Figure 2 : distinction entre infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne



Source : Bryant-Lukosius, D. (2004, 2008). *The Continuum of Advanced Practice Nursing Roles*. Document non publié.

Une étude nationale récente, comparant les ICS et les IP au Canada, étaye l'illustration ci-dessus (Bryant-Lukosius et coll., 2018). Les conclusions de cette étude révèlent que, bien qu'il existe de nombreuses caractéristiques communes, les principales différences entre les ICS et les IP sont liées à une plus grande implication des ICS dans les activités non cliniques (indirectes) ayant trait au soutien des systèmes, de la formation, des publications, du leadership professionnel et de la

recherche. L'implication dans les soins cliniques directs est forte tant pour les ICS que pour les IP, mais les différences dans le domaine de pratique se traduisent par une plus grande participation des IP au diagnostic, aux prescriptions et au traitement de diverses affections ou maladies. Ces conclusions sont corroborées par d'autres études (Donald et coll., 2010; Carryer et coll., 2018) soulignant que les IP prennent une plus grande part aux activités de soins directs que les ICS.

4.1 Prise de position du CII pour préciser les qualificatifs de la pratique infirmière avancée

Les pays entreprennent de façon croissante des réformes des soins de santé, modifiant les systèmes, créant de nouvelles fonctions et des niveaux de pratique avancés pour les infirmières. Ces changements rapides dans la perception de la façon dont les infirmières dispensent les soins exigent d'établir une distinction entre ce qui est identifié comme des soins infirmiers « classiques » et la profession médicale. En outre, cette évolution suppose une formation, des politiques et des règlements appropriés pour appuyer les IPA (ICS et IP) et leur permettre de mettre en pratique tout ce qu'elles ont appris durant leur formation. Malgré un enthousiasme accru pour les IPA – ICS comme IP –, les données disponibles décrivant avec précision les IPA demeurent limitées à ce jour. Cela freine la pleine reconnaissance des IPA dans le monde. Les données disponibles montrent de fortes variations dans le nombre d'IPA et les milieux où elles exercent, les sources disponibles provenant principalement des pays économiquement développés et rédigées en anglais.

Le présent document d'orientation vise à promouvoir des échanges constants sur la pratique infirmière avancée, mais aussi à uniformiser la façon dont les IPA sont perçues et intégrées dans les systèmes de santé internationaux. Non seulement les programmes de formation doivent être propres à l'IPA désignée (par exemple, ICS ou IP), mais des politiques pertinentes et

une norme professionnelle sont nécessaires pour promouvoir durablement l'intégration des fonctions de l'infirmière de pratique avancée en matière de prestation de soins de santé courants.

Pour soutenir le potentiel avenir des ICS et IP, il est nécessaire de continuer à :

- promouvoir la clarté de la pratique des ICS et des IP ;
- identifier la façon dont ces infirmières contribuent à la prestation des services de soins de santé ;
- orienter l'élaboration de cursus de formation propres aux ICS et aux IP ;
- aider ces infirmières à établir les rôles et les niveaux de pratique avancée (ICS ou IP) ;
- proposer des directives aux employeurs, aux organisations et aux systèmes de santé lorsqu'ils créent les fonctions d'ICS et d'IP ; et à
- promouvoir une gouvernance appropriée en matière de politiques, de législation et d'accréditation.

Dans un souci de clarté, le CII propose les tableaux 3, 4 et 5 pour établir les similitudes et les caractéristiques distinctives de ces deux catégories d'infirmières, ICS et IP.



Carolyn Jones

Tableau 3 : caractéristiques de l’infirmière clinicienne spécialisée et de l’infirmière praticienne

INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE	INFIRMIÈRE PRATICIENNE
Domaine de pratique défini dans une spécialité identifiée	Domaine de pratique complet, propre aux IP, les activités comprenant l'établissement d'ordonnance, la gestion du diagnostic et du traitement
Dispense des soins directs et indirects, généralement à des patients dont le diagnostic est établi	Prodigue habituellement des soins cliniques directs aux patients dont l'affection n'a pas encore été diagnostiquée, outre qu'elle dispense des soins continus aux patients dont le diagnostic a déjà été établi
Travaille dans un champ de pratique spécialisé	Travaille de façon générique dans différents contextes et champs de pratique
Travaille auprès de populations définies de patients (p. ex., oncologie, gestion de la douleur, cardiologie)	Travaille auprès de plusieurs populations différentes de patients
Travaille de façon autonome et collabore avec une équipe, en faisant appel à une approche systémique, avec le personnel infirmier et d'autres prestataires et organisations de soins de santé	Travaille de façon autonome et en collaboration avec d'autres professionnels de santé
Partage fréquemment la responsabilité clinique avec d'autres professionnels de santé	Assume l'entière responsabilité clinique et la gestion de sa population de patients
Conseille les infirmières et d'autres professionnels de santé dans la gestion de problèmes complexes de soins des patients	Procède à des évaluations et des examens de santé avancés et complets pour établir des diagnostics différentiels
Dispense des soins cliniques liés à un diagnostic différencié	Initie et évalue un plan de gestion du traitement d'après des évaluations et des examens de santé avancés, fondés sur la réalisation de diagnostics différentiels
Influe sur la pratique clinique et infirmière spécialisée à travers le leadership, la formation et la recherche	S'investit dans les domaines du leadership, de la formation et des recherches cliniques
Dispense des soins reposant sur des données probantes et aide les infirmières et d'autres professionnels de santé à faire de même	Dispense des soins fondés sur des éléments de preuve
Évalue les résultats chez les patients afin d'identifier et d'influencer les améliorations cliniques du système	Est souvent autorisée à orienter et à faire admettre des patients
Peut, ou non, disposer d'un certain niveau d'autorisation d'établir des ordonnances dans une spécialité	Est habituellement autorisée à établir des ordonnances

Tableau 4 : similitudes entre l’infirmière clinicienne spécialisée et l’infirmière praticienne

ICS et IP
• Titulaires d'un diplôme d'enseignement de niveau master au minimum
• Autonomes et responsables à un niveau avancé
• Dispensent des soins aux patients de façon compétente et sûre, grâce à une fonction ou un niveau de pratique infirmière désigné(e)
• Possèdent à la base une qualification d'infirmière généraliste
• Ont des fonctions à des niveaux de compétences plus importants et quantifiables
• Ont acquis la capacité d'appliquer les compétences théoriques et cliniques de la pratique infirmière avancée à travers la recherche, la formation, le leadership et les compétences cliniques diagnostiques
• Disposent de compétences et de normes définies, périodiquement révisées pour maintenir la pertinence de la pratique
• Inspirées par l'environnement mondial, social, politique, économique et technologique
• Reconnissent leurs limites et entretiennent leurs compétences cliniques à travers une formation professionnelle continue
• Respectent les normes déontologiques du secteur infirmier
• Dispensent des soins globaux
• Sont reconnues grâce à un système d'accréditation



Carolyn Jones

Tableau 5 : différencier l’infirmière clinicienne spécialisée de l’infirmière praticienne

PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE		
	Infirmière clinicienne spécialisée	Infirmière praticienne
Formation	Diplôme de master au minimum Programme accrédité propre à l'ICS Spécialité identifiée, explicitement liée à la pratique de l'ICS (voir la section 2.5)	Diplôme de master au minimum Programme accrédité propre à l'IP Généraliste – habituellement SSP ou soins intensifs explicitement liés à la pratique de l'IP (voir la section 3.5)
Définition	Cliniciennes expertes de pratique avancée dispensant des soins directs complexes et spécialisés, avec une approche systémique de la prestation des services de soins de santé (voir la section 2.3)	Cliniciennes autonomes capables de diagnostiquer et de traiter des affectations en fonction de directives reposant sur des données probantes (voir la section 3.3)
Domaine de pratique Description du poste	Pratique spécialisée visant à assurer et à développer la qualité des soins infirmiers, à favoriser la mise en œuvre de soins infirmiers reposant sur des données probantes et à soutenir le plan stratégique de l'hôpital ou de l'organisation pour la prestation de services de soins de santé directs et indirects. L'ICS joue un rôle primordial dans l'avancement de la pratique infirmière, y compris en matière de recherche et de formation interdisciplinaire (voir la section 2.3)	Pratique de soins de santé complète, examen et évaluation autonomes des patients, y compris la mise en place d'un traitement et le développement d'un plan de gestion. La gestion comprend habituellement l'autorisation de prescrire des médicaments et des produits thérapeutiques, d'orienter les patients vers d'autres services et de surveiller les problèmes de santé aigus et chroniques, principalement dans les services de soins de santé directs. Cette pratique inclut l'intégration de la formation, des recherches et du leadership, tout en mettant l'accent sur les soins cliniques directs (voir la section 3.4)
Environnements de travail	Habituellement basée dans un hôpital ou un cadre institutionnel de soins de santé avec une spécialisation particulière	Habituellement basée en SSP et dans d'autres milieux non hospitaliers ou en soins intensifs
Réglementation	Titre protégé par la loi	Titre protégé par la loi
Accréditation	Licence, certification ou autorisation délivrée par un organisme national, public ou non, spécifique à l'exercice de la profession d'ICS. Présentation d'une attestation de réussite d'un programme d'ICS venant d'une école de sciences infirmières accréditée	Licence, certification ou autorisation délivrée par un organisme national, public ou non, spécifique à l'exercice de la profession d'IP. Présentation d'une attestation de réussite d'un programme d'ICS venant d'une école de sciences infirmières accréditée
Politique	Une norme professionnelle explicite comprenant des critères et des politiques spécifiques pour favoriser la réalisation de tout le potentiel de pratique de l'ICS.	Une norme professionnelle explicite comprenant des critères et des politiques spécifiques pour favoriser la réalisation de tout le potentiel de pratique de l'IP.

En adoptant ce principe, le CII admet la nécessité de continuer de présenter des orientations pour débat, afin de répondre à l'évolution des demandes de soins de santé des diverses populations et des systèmes de santé associés, ainsi qu'aux nouvelles dimensions de la pratique infirmière. Le présent document d'orientation résume la situation actuelle au niveau international en matière d'ICS et d'IP, et fournit une base pour aller de l'avant. Le développement de la pratique infirmière avancée est appelé à se poursuivre et ces actrices du secteur doivent bénéficier d'une formation officielle, conforme aux normes les plus élevées de la fonction ou

du niveau de soins infirmiers. Les questions de gouvernance, de formation et de recherche en cours, au sein d'un pays et d'un pays à l'autre, ainsi que l'exploration de la pratique infirmière avancée au-delà de celle des ICS et des IP, méritent d'être discutées de façon plus approfondie.

Pour des exemples de pays où se mêlent les concepts d'ICS et d'IP, reportez-vous à l'[annexe 4](#). Dans nombre de cas, le titre utilisé est *infirmière de pratique avancée* lorsque les attributs de l'ICS et de l'IP sont combinés.

SOURCES

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (non daté), AACN Statement of Support for Clinical Nurse Specialists.

American Association of Colleges of Nursing (AACN), Certification Corporation (2011), ppt consulté le 24 octobre 2018 sur le site : www.aacn.org media.

American Association of Nurse Practitioners (AANP) (2015), *Scope of Practice for Nurse Practitioners*. Déclaration de principe. Auteur : AANP.

American Association of Nurse Practitioners (AANP) (2018), *What's an NP?*, consulté le 5 septembre 2018 sur le site : www.aanp.org/all-about-nps/what-is-an-np.

American Nurses Association (2004), *Nursing: Scope & Standards of Practice*. Washington, DC, American Nurses Association.

American Nurses Association (2015), *Nursing: Scope and Standards of Practice*, 3^e éd., Silver Spring, MD; ANA. ISBN : 978-1-55810-619-2; PUB# 9781558106192.

APRN Consensus Group Work Group & NCSBN APRN Advisory Committee (2008), *Consensus Model for APRN regulation: Licensure, Accreditation, Certification, and Education*. Disponible sur le site : <http://www.nonpf.org/associations/10789/files/APRNConsensusModelFinal09.pdf>.

Barton, T.D., Allan, D. (2015), *Advanced Practice: Changing Healthcare in a Changing World*, Londres, Palgrave/Macmillan Publishers Limited.

Barton, D., East, L. (2015), *The Evolution of Advanced Nursing Practice*. In T.D. Barton, D. Allan (Eds.), *Advanced Nursing Healthcare in a Changing World*, Londres, Palgrave/Macmillan Publishers Limited. p. 1-19.

Begley C., Murphy K., Higgins A., Elliott N., Lalor J., Sheerin F., Coyne I., Comiskey C., Normand C., Casey C., Dowling M., Devane D., Cooney A., Farrelly F., Brennan M., Meskell P., MacNeela P. (2010), *Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE) Final Report*. National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery in Ireland, Dublin.

Brown-Brumfield, D., DeLeon, A. (2010), *Adherence to a medication safety protocol: Current practice for labeling medications and solutions on the sterile field*. Association of Operating Room Nurses Journal, n° 91, p. 610-617.

Bryant-Lukosius, D. (2004, 2008), *The Continuum of Advanced Practice Nursing Roles*. Document non publié.

Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., Donald, F., Kaasalainen, S., DiCenso, A. (2010), *The Clinical Nurse Specialist in Canada*. Nursing Leadership, n° 23 (Special Issue), p. 140-166, doi : 10.12927/cjnl.2010.22273.

Bryant-Lukosius, D., Callens, D., De Geest, S., Degen Kellerhals, S., Fliedner, M., Grossman, F., Henry, M., Herrmann, L., Koller, A., Martin, J., Schwendimann, R., Spichiger, E., Stoll, H., Ulrich, A., Wreibel, L. (2015), *Advanced Nursing Practice Roles in Switzerland: A Proposed Framework for Evaluation*, Bâle, Suisse, Institut des sciences infirmières, Université de Bâle.

Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., DiCenso, A. (2015), *The clinical effectiveness and cost-effectiveness of Clinical Nurse Specialist-led hospital to home transitional care: A systematic review*. Journal of Evaluation of Clinical Practice, n° 21, p. 763-781.

Bryant-Lukosius, D., Cosby, R., Bakker, D., Earle, C., Burkoski, V. (2015), *Practice Guideline on the Effective Use of Advanced Practice Nurses in the Delivery of Adult Cancer Services in Ontario*, Toronto : Cancer Care Ontario. Disponible sur le site : <https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/2166>.

Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R. (2016), *ICN Policy Brief Advanced Practice Nursing: An Essential Component of Country Level Human Resources for Health*, Genève.

Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R., Martin-Misener, R., Donald, F., Moran Pena, L., Brosseau, L. (2017), *Advanced Practice Nursing: A strategy for achieving universal health coverage and universal access to health*. Revista Latinoamericana de Enfermagem, n° 25, e2826, doi : 10.1590/1518-8345.1677.2826.

Bryant-Lukosius, D., Jokiniemi, K., Martin-Misener, R., Roussel, J., Carr, M., Kilpatrick, K., Tramner, J., Y Rietloetter, S. (2018), *Clarifying the contributions of specialized nursing roles in Canada: Results of a national study*. Panel presentation, Canadian Nurses Association Conference, Ottawa, ON, 20 juin.

- Bryant-Lukosius, D., Wong, F. K.Y. (2019), *International Development of Advanced Practice Nursing*. In M.F. Tracy & E.T. O'Grady (eds), *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*, 6^e éd., p. 129-141, Saint-Louis, Missouri, Elsevier.
- Canadian Nurses Association (CNA) (2008), *Advanced Nursing Practice: A National Framework*, Ottawa, chez l'auteur.
- Canadian Nurses Association (CNA) (2014), *Core Competencies for the Clinical Nurse Specialist in Canada*, Ottawa, chez l'auteur.
- Canadian Nurses Association (CNA). (2016a), *The Canadian Nurse Practitioner Initiative: A 10 year Retrospective*, Ottawa, chez l'auteur.
- Canadian Nurses Association (CNA). (2016b), *Position Statement Clinical Nurse Specialist*, Ottawa, chez l'auteur.
- Canadian Nurses Association (CNA) (2018), *Nurse Practitioners*. Consulté le 8 septembre 2018 : <https://cna-aiic.ca/en/professional-development/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners>.
- Canadian Nurses Association (CNA) (2019), *Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework*, CNA, Ottawa, Canada, chez l'auteur.
- Cary, A.H., Smolenski, M.C. (2018), *Credentialing and Clinical Privileges for the Advanced Nurse*. In L. Joel (Ed.), *Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development*. 4^e éd., p. 100-115, Philadelphie, F.A. Davis.
- Carryer, J., Wilkinson, J., Towers, A., Gardner, G. (2018), *Delineating Advanced Practice Nursing in New Zealand: A national survey*. *International Nursing Review*, n° 65(1), p. 24-32.
- Cassiani, S.H.D.B., Zug, K.E. (2014), *Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. n° 67(5), p. 673-674, doi : 10.1590/0034-7167.2014670501.
- Chan, G.K., Cartwright, C.C. (2014), *The Clinical Nurse Specialist*. In A.B. Hamric, C.M. Hanson, M.F. Tracy, E.T. O'Grady (Eds.) *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 5^e éd., Saint-Louis, Elsevier Saunders. p. 359-395.
- Chavez, K., Dwyer, A., Ramelet, A. (2018), *International practice settings, interventions and outcomes of Nurse Practitioners in geriatric care: A scoping review*. *International Journal of Nursing Studies*. n° 78, p. 61-75, doi : 10.1016/j.ijnurstu.2017.09.010. Epub 18 sept. 2017.
- Cockerham, A.Z., Keeling, A.W. (2014), *A Brief History of Advanced Practice Nursing in the United States*. In A.B. Hamric, C.M. Hanson, M.F. Tracy, E.T. O'Grady (Eds.), *Advanced Practice Nursing: an Integrative Approach*. 5^e éd., Saint-Louis, Elsevier Saunders. p. 1-26.
- Conseil International des Infirmières (CII) (2008a), *The scope of practice, standards and competencies of the Advanced Practice Nurse*. Monograph, ICN Regulation Series, Genève, chez l'auteur.
- Conseil International des Infirmières (CII) (2008b), *Nursing care continuum framework and competencies*. Monograph, ICN Regulation Series, Genève, chez l'auteur.
- Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K. (2015), *Exploration of the role of specialist nurses in the care of women with gynaecological cancer: a systematic review*. *Journal of Clinical Nursing*, n° 24 (5-6), p. 683-695.
- Cooper, M.A., Docherty, E. (2018), *Transforming the landscape*. Comment. *British Journal of Nursing*, n° 27 (21), p. 1216.
- Delamaire, M., Lafortune, G. (2010), *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 54, Publications OCDE, doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en.
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kassalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., Harbman, P., Bourgeault, I., DiCenso, A. (2010), *Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners: title confusion and lack of role clarity*, *Nursing Leadership*, n° 23 (Special Issue), p. 189-210, doi : 10.12927/cjnl.2010.22276.
- Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Kassalainen, S., Marshall, D.A., Charbonneau-Smith, R., Donald, E.E., Lloyd, M., Wickson-Griffiths, A., Yost, J., Baxter, P., Sangster-Gormley, E., Hubley, P., Laflamme, C., Campbell-Yeo, M., Price, S., Boyko, J., DiCenso, A. (2014), *A systematic review of the cost-effectiveness of Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists: What is the quality of the evidence?* *Nursing Research and Practice*, doi : 10.1155/2014896587.

- Donald, F., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kassalainen, S., Harbman, P., Marshall, D., Reid, K., DiCenso, A. (2015), *Hospital to community transitional care by Nurse Practitioners. A systematic review of cost-effectiveness*. International Journal of Nursing Studies, janvier, n° 52(1), p. 436-451, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.011.
- Dunn, L. (1997). *A literature review of advanced clinical nursing practice in the United States*. Journal of Advanced Nursing, n° 25, p. 814-819.
- Dunphy, L.M., Flinter, M.M., Simmonds, K.E. (2019), *The primary care Nurse Practitioner*. In M. F. Tracy, E.T. O'Grady (eds), *Advanced Practice Nursing: An integrative approach*, 6^e éd., Saint-Louis, Missouri, Elsevier Inc.
- European Specialist Nurses Organizations (ESNO) (2015), *Competences of the Clinical Nurse Specialist (CNS): Common plinth of competences for the common training framework of each specialty*. Version 1, 17-10-2015.
- Fagerström, L. (2009), *Developing the scope of practice and education for Advanced Practice Nurses in Finland*. International Nursing Review, n° 56, p. 269-272.
- Flanders, S., Clark, A.P. (2010), *Interruptions and medication errors*. Clinical Nurse Specialist, n° 24, p. 281-285.
- Finnish Nurses Association (2016), *New roles for nurses – quality to future social welfare and health care services*. Version anglaise consultée le 8 septembre 2018. Disponible sur le site : https://sairaahoitajat.fi/wp-content/uploads/2018/06/apn_raportti_eng_valmis_pieni.pdf.
- Fulton, J., Holly, V. (2018), *Characteristics of the CNS role and practice*, communication personnelle, avril 2018.
- Gardner, G., Chang, AM., Duffield, C., Doubrovsky, A. (2013), *Delineating the practice profile of Advanced Practice Nursing: a cross-sectional survey using the modified Strong Model of advanced practice*. Journal of Advanced Nursing, n° 69(9), p. 1931-1942.
- Gardner, G., Duffield, C., Doubrovsky, A., & Adams, M. (2016), *Identifying advanced practice: A national survey of a nursing workforce*. International journal of nursing studies, n° 55, p. 60-70.
- Gardner, Glenn, Duffield, Christine, & Gardner, Anne (2017), *The Australian Advanced Practice Nursing Self-Appraisal Tool (The ADVANCE Tool)*, Université de technologie du Queensland.
- Gardner, G., Duffield, C., Doubrovsky, A., Adams, M. (2015), *Identifying advanced practice: a national survey of a nursing workforce*. International Journal of Nursing Studies, n° 55, p. 60-70.
- Gouvernement écossais (2008). *Supporting the development of Advanced Nursing Practice: A toolkit approach*. CNO Directorate, Gouvernement écossais, chez l'auteur.
- Gouvernement irlandais (1998). *Report of the Commission on Nursing. A Blueprint for the Future*. Disponible sur le site : <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/Report-of-The-Commission-on-Nursing.pdf>.
- Hamric, A.B., Tracy, M.F. (2019), *A definition of Advanced Practice Nursing*. In M.F. Tracy & E.T. O'Grady (eds) *Advanced Practice Nursing: An integrative approach*, 6^e éd., Saint-Louis, Elsevier, p. 61-79.
- Hannon, R. A., Ray, S. L., & Staples, E. (2016), *Canadian perspectives on Advanced Practice Nursing*, Toronto, Canadian Scholars Press.
- Hanson, C.M., Hamric A.B., Reflections on the continuing evolution of Advanced Practice Nursing, *Nursing Outlook*, 2003, 51(5): p. 203-211.
- Health Education England (HEE) (2017), *Multi-professional Framework for Advanced Clinical Practice*, <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Multi-professional%20framework%20for%20advanced%20clinical%20practice%20in%20England.pdf>.
- Hill, M.N., Parker, J., Liu, H., Hu, Y., Guo, G. (2017), *Strategic directions and actions for Advanced Practice Nursing in China*, International Journal of Nursing Sciences, n° 4(1), p. 8-11.
- Horrocks, S., Anderson, A., Salisbury, C. (2002), *Systematic review of whether Nurse Practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*, British Medical Journal, n° 324, p. 819, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>.
- Irinoye, O. O. (2011), *North-South collaboration for the advancement of nursing education and quality health care in Nigeria – Report on proposal for collaboration between University of Maryland School of Nursing, Office of Global Health, Baltimore and Department of Nursing Science, Obafemi Awolowo University, ILE-IFE* (document non publié).

Jennings, N., Clifford, S., Fox, A.R., O'Connell, J., Gardner, G. (2015), *The impact of Nurse Practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review*. International Journal of Nursing Studies, n° 52(1), p. 421-35, doi : 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006.

Jhpiego (2016), *Scope, standards, policies and procedures model*. Consulté le 7 septembre 2018 sur le site : https://reprolineplus.org/system/files/resources/o3_SSPP%20Model_tc.pdf.

Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Carter, N. et DiCenso, A. (2010), *Historical overview of Advanced Practice Nursing roles in Canada*, Canadian Journal of Nursing Leadership, n° 23, p. 35- 60.

Keeling, A.W., Bigbee, J.L. (2005), *The history of advanced practice in the United States*. In A.B. Hamric, J.A. Spross, C.M. Hanson (Eds.), *Advanced Practice Nursing: an integrative approach*. 3^e éd., Saint-Louis, Elsevier Saunders, p. 3-45.

Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J.A., Martin-Misener, R., Carter, N. (2013), *Practice patterns and perceived impact of Clinical Nurse Specialist roles in Canada: Results of a national survey*, International Journal of Nursing Studies, n° 50(110), p. 1524-1536.

Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., DiCenso, A. (2014), *The effectiveness and cost effectiveness of Clinical Nurse Specialists in outpatient roles: A systematic review*, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 5 juillet, doi : 10.1111/jep.12219.

Kim, M. Y. (2011), *Effects of oncology Clinical Nurse Specialists' interventions on nursing-sensitive outcomes in South Korea*, Clinical Journal of Oncology Nursing, n° 15, p. 66-74, doi: 10.1188/11.ONF.E66-E74.

Leary, A., Crouch, H., Lezard, A., Rawcliffe, C., Boden, L., Richardson, A. (2008), *Dimensions of Clinical Nurse Specialist work in the UK*, Nursing Standard (Royal College of Nursing), n° 23(15), p. 40-44, doi: 10.7748/ns2008.12.23.15.40.c6737.

Lentz, E.R., Mundinger, M.O., Kane, R.L., Hopkins, S.C., Lin, S.X. (2004), *Primary care outcomes by Nurse Practitioners in patients treated by Nurse Practitioners or physicians: Two year follow-up*, Medical Care Research and Review, n° 61(3), p. 332-351.

Lewandowski, W.S., Adamle, K. (2009), *Substantive areas of Clinical Nurse Specialist practice: A comprehensive review of the literature*, Clinical Nurse Specialist, n° 23, p. 73-90.

Maier, C., Aiken, L. et Busse, R. (2017), *Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation*, Document de travail de l'OCDE sur la santé n 98, OCDE, Paris, doi.org/10.1787/a8756593-en.

Marshall, D.A., Donald, F., Lacny, S., Reid, K., Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Charbonneau-Smith, R., Harbman, P., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., DiCenso, A. (2015), *Assessing the quality of economic evaluations of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners: A systematic review of cost effectiveness*, NursingPlus Open, p. 11-17, doi : 10.1016/j.npls.2015.07.001.

Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A. (2015), *Cost-effectiveness of Nurse Practitioners in ambulatory care: systematic review*, BMJ Open, n°5:e007167, doi : 10.1136/bmjopen-2014-007167.

Miranda Neto, M.V., Rewa, T., Leonello, V.M., Oliveira, M.A.C. (2018), *Advanced Practice Nursing: a possibility for primary health care?*, Revista Brasileira de Enfermagem [internet], 2018, n° 71(Supl 7), p. 716-721, doi : 10.1590/0034-7167-0672.

Mundinger, M.O., Kane, R.L., Lenz, E.R. (2000), *Primary care outcomes in patients treated by Nurse Practitioners or physicians*, JAMA, n° 283(1) p. 59-68, doi : 10.1001/jama.283.1.59.

National Association of Clinical Nurse Specialists (NACNS) (2004), *Model Rules and Regulations for CNS Title Protection and Scope of Practice*, Harrisburg, PA, É.-U, chez l'auteur.

National Association of Clinical Nurse Specialists (NACNS) (2010), *National CNS Competency Task Force: Executive Summary*, Harrisburg, PA, É.-U, chez l'auteur.

National Association of Clinical Nurse Specialists (NACNS) (2018), *What is a Clinical Nurse Specialist?*, Consulté le 24 janvier 2018 sur le site : <http://nacns.org/about-us/what-is-a-cns/>.

National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2007), *Framework for the establishment of Clinical Nurse/Midwife Specialist posts: Intermediate Pathway*, 3^e éd., NCM, Dublin, Irlande.

National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (NCNM) (2008a), *Profiles of Advanced Nurse/Midwife Practitioners and Clinical Nurse/Midwife Specialists in Ireland*, NCM, Dublin, Irlande, chez l'auteur.

National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (NCNM) (2008b), *Framework for the Establishment of Advanced Nurse Practitioner and Advanced Midwife Practitioner Posts*, 4^e éd., NCNM, Dublin, Irlande, chez l'auteur.

National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF) (2017), *Nurse Practitioner core competencies content*, NONPF, chez l'auteur.

Newhouse, R.P., Stanik-Hutt, J., White, K.M., Johantgen, M., Bass, E.B., Zangaro, G., Wilson, R.F., Fountain, L., Steinwachs, D.M., Heindel, L., Weiner, J.P. (2011), *Advanced Practice Nurse outcomes 1990-2008: A systematic review*. *Nursing Economics*, 29/5, CNE Series.

Northern Ireland Practice and Education Council for Nursing and Midwifery (NIPEC) (2014), *Advanced Nursing Practice framework: Supporting Advanced Nursing Practice in health and social care trusts*, Ministère de la santé, des services sociaux et de la sécurité publique (www.dhsspsni.gov.uk).

Nursing Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (NCNM) (2008), *Framework for the establishment of Advanced Nurse Practitioner and advanced midwife practitioner posts*, 4^e éd.

NPAC-AIIPC (2018), Nurse Practitioner definition in Canada, consulté le 4 avril 2019 sur le site : <https://npac-aiipc.org>, Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada, Nouvelle-Écosse.

Nursing Council of New Zealand (NCNZ) (2017a), *Competencies for the Nurse Practitioner scope of practitioner*, NCNZ, chez l'auteur.

Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA) (2014), *Nurse Practitioner standards of practice*.

Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA) (2018), *Nurse Practitioner standards of practice* (mise à jour, mars 2018).

Nursing and Midwifery Board of Ireland (NMBI) (2015a), *Ionising radiation, nurse prescriptive authority. Standards and Requirements*, NMBI, chez l'auteur.

Nursing and Midwifery Board of Ireland (NMBI) (2015b), *Prescriptive Authority for Nurses and Midwives. Standards and Requirements*, NMBI, chez l'auteur.

Nursing and Midwifery Board of Ireland (NMBI) (2017), *Advanced practice (nursing) standards and requirements*, NMBI, chez l'auteur.

O'Connor, T. (2016), *So what's a Clinical Nurse Specialist exactly?*, Kai Tiaki Nursing New Zealand, n° 22(2) p. 15-16.

Office of the Chief Nurse, Department of Health (2017), *Developing a Policy for Graduate, Specialist and Advanced Nursing & Midwifery Practice Consultation Paper*, Ministère de la santé, chez l'auteur.

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale (OMS-EMRO) (2018), *Regional guide for the development of nursing specialist practice*, Le Caire, chez l'auteur.

Prostate Cancer UK (2014), *The specialist nursing workforce caring for men with prostate cancer in the UK: Research report*, Prostate Cancer UK, chez l'auteur.

Royal College of Nursing (RCN) (2008), *Advanced Nurse Practitioners – an RCN guide to the Advanced Nurse Practitioner role, competencies and programme accreditation*, Londres, chez l'auteur.

Royal College of Nursing (RCN) (2010), *RCN competencies-advanced Nurse Practitioners. An RCN guide to the Advanced Nurse Practitioner role, competences and programme accreditation*, consulté le 5 octobre 2018 sur le site : <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/8>.

Royal College of Nursing (RCN) (2012), *Advanced Nurse Practitioners: An RCN guide to Advanced Nursing Practice, Advanced Nurse Practitioners, and programme accreditation*, Londres, chez l'auteur.

Royal College of Nursing (RCN) (2018), *RCN credentialing for advanced level nursing practice: Handbook for applicants*, Londres, chez l'auteur.

Rushforth, H. (2015), *Advanced Nursing Practice: The theoretical context and evidence base*. In T.D. Barton, D. Allan (Eds.), *Advanced Nursing Practice: Changing healthcare in a changing world*, Londres, Palgrave/Macmillan Publishers Limited, p. 21-49.

Sangster-Gormley (2007), *Nurse Practitioner sensitive outcomes*, Halifax, Collège des infirmières et infirmiers de Nouvelle-Écosse, Canada.

Schober, M., Affara, F.A. (2006), *Advanced Nursing Practice*, Oxford, Blackwell Publishing Ltd.

Schober, M. (2016), *Introduction to Advanced Nursing Practice: An international focus*. Cham, Suisse, Springer International Publishing AG.

Schober, M. (2017), *Strategic planning for Advanced Nursing Practice*, Cham, Suisse, Springer International Publishing AG.

Schober, M., Green, A. (2018), *Global perspectives on Advanced Nursing Practice*, in L. Joel (Ed.), *Advanced Practice Nursing*, 4^e éd., p. 55-89, Philadelphie, F.A. Davis.

Schreiber, R., Macdonald, M, Pauly, B., Davidson, H., Crickmore, J., Moss, L., Regan, S., Hammond, C. (2005), *Singing in different keys: Enactment of Advanced Nursing Practice in British Columbia*, Canadian Journal of Nursing Leadership, en ligne, juin 2005, p. 1-17.

Seitio-Kgokgwe, O., Gauld, R.D.C., Hill, P.C., Barnett, P. (2015), *Development of the national health information systems in Botswana: Pitfalls, prospects and lessons*, publication en ligne du Journal of Public Health Informatics, doi : 10.5210/ojphi.v7/2.5630.

Sibanda, B., Stender, Stender, S.C. (2018), *Anglophone Africa Advanced Practice Nurse Coalition Project (AAAPNC): A Proposal to WHO (Africa) Health Systems Leadership*, document non publié.

Steinke, M.K., Rogers, M., Lehwaldt, D., Lamarche, K. (2017), *An examination of Advanced Practice Nurses' job satisfaction internationally*, INR, 65(2), doi :org/10.1111/inr.12389.

Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E., Smaldone, A. (2015), *Quality of primary care by Advanced Practice Nurses: a systematic review*, Int J Qual Health Care, n° 27(5), p. 396-404, doi : 10.1093/intqhc/mzv054.

Tracy, M.F., O'Grady, E.T. (2019), *Advanced Practice Nursing: An integrative approach*, 6^e éd., Saint-Louis, Elsevier.

Tracy, M.F., Sendelbach, S. (2019), *The Clinical Nurse Specialist*, in M.F. Tracy & E.T. O'Grady (eds), *Advanced Practice Nursing: An integrative approach*, 6^e éd., Saint-Louis, Elsevier, p. 343-373.

Wongkpratoom, S., Srisuphan, W., Senaratana, W., Nantachaipan, P., Sritanyarat, W. (2010), *Role development of Advanced Practice Nurses in Thailand*, Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 2010, n° 14(2), p. 162-177.

Woo, BFY., Lee, JXY., Tam, W.W.S. (2017), *The impact of the Advanced Practice Nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review*, Human Resources in Health, n° 15:63, doi : 10.1186/s12960-017-0 237-9.



Carolyn Jones

ANNEXES

Annexe 1 : terminologie des accréditations

ACCREDITATION	Processus d'examen et d'approbation par un organisme agréé, par lequel une institution ou un programme obtient un agrément pour une durée déterminée car satisfaisant les normes établies.
CERTIFICATION	Reconnaissance officielle des connaissances, des compétences et de l'expérience démontrées par le respect des normes professionnelles établies pour l'ICS ou l'IP. Reconnaissance des compétences d'une ICS ou d'une IP ayant satisfait les normes et les critères d'admissibilité préétablis.
FORMATION	La formation officielle de l'ICS et de l'IP : master ou plus, à la différence de l'infirmière généraliste.
AUTORISATION D'EXERCER	La délivrance de l'autorisation d'exercer. Le processus, reconnu par la loi, d'accorder un droit exclusif aux ICS ou aux IP respectant les normes établies, ce qui les autorise à exercer et à utiliser le titre expressément accordé d'ICS ou d'IP.
ENREGISTREMENT	Au sens premier, l'enregistrement signifie que le nom d'une personne a été inscrit au registre officiel des titulaires de qualifications propres aux ICS ou aux IP. Le registre est tenu par un organisme de réglementation ou une autre autorité publique habilitée et protège de façon générale les titres de la profession. Le registre n'est pas une validation de compétence des ICS ou des IP, mais simplement une inscription ou un enregistrement des fonctions.

(Sources : Schober, Affara, 2006 ; Cary, Smolenski, 2018)

Annexe 2 : contexte international et exemples de pays disposant d'infirmières cliniciennes spécialisées

Parfois, l'apport de l'ICS n'est pas manifeste dans les secteurs ou les programmes de soins de santé où exercent ces infirmières. L'influence de l'ICS sur les soins est rarement documentée et les termes *infirmière spécialiste* et *infirmière clinicienne spécialisée* sont souvent utilisés indifféremment avec de nombreuses accréditations. Ces facteurs brouillent la situation lorsqu'on tente de présenter la fonction de l'ICS à l'échelon international. Le présent document n'a pas pour objet d'identifier tous les pays où la fonction de l'ICS existe, mais l'annexe offre un contexte et des exemples de pays où cette fonction est établie et identifiable.

Un aperçu général nous montre qu'au Japon, le premier programme de master en soins infirmiers option ICS concernait les soins infirmiers psychiatriques / de santé mentale ; la première promotion datant de 1986. En 2005, le Japon comptait 139 infirmières exerçant en tant qu'ICS (Schober, Affara, 2006). La première ICS à Taïwan a été recrutée en 1994 en chirurgie cardiaque. La Direction des hôpitaux de Hong Kong a créé la fonction d'infirmière spécialisée (qui n'est pas considérée à l'heure actuelle comme une ICS) en 1994, en espérant que cela motiverait les infirmières à poursuivre leur exercice clinique. En Corée du Sud, la fonction d'ICS en oncologie a été créée dans un hôpital en 1994. Pour obtenir la certification nationale d'ICS (créée en 2005), les infirmières doivent suivre un master et obtenir le

diplôme. Une évaluation précoce de ces fonctions fait apparaître l'influence positive exercée sur les soins aux patients en oncologie (Kim, 2011). La démarche thaïlandaise en matière d'ICS insiste sur la spécialisation et l'extension des soins infirmiers, inspirée du modèle américain, dans six domaines de spécialité (santé maternelle et néonatale, pédiatrie, médecine et chirurgie, santé mentale et psychiatrie, santé des collectivités et gérontologie) (Wongkpratoom et coll., 2010).

L'Islande fait remonter l'évolution des ICS en milieu hospitalier au retour au pays des infirmières titulaires d'un master obtenu aux États-Unis (Schober, 2016). Des fonctions similaires à celles des ICS sont apparues dans d'autres pays nordiques afin de promouvoir la recherche et développer des fonctions d'experte clinique, principalement pour des maladies telles que le diabète, l'hypertension et les maladies psychiatriques. La Suisse en est au tout début du développement et de l'évaluation des fonctions d'ICS (Bryant-Lukosius et coll., 2015). Rushforth (2015) estime que les fonctions de l'ICS au Royaume-Uni sont incohérentes et mal définies.

Les exemples de cas suivants fournissent des descriptions détaillées des pays où le développement de l'ICS a été couronné de succès.

Canada

Les ICS ont vu le jour au Canada pour dispenser des soins hautement complexes et spécialisés, développer la pratique des soins infirmiers, soutenir les infirmières dans les points d'accès aux soins et impulser des initiatives pour améliorer la qualité et les pratiques fondées sur des données probantes, en réponse aux progrès de la recherche en matière technologique et de traitement (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2015). Les trois domaines d'activité de l'ICS comprennent la gestion et les soins des populations complexes et vulnérables, la formation et le soutien du personnel interdisciplinaire et l'appui au changement et à l'innovation au sein du système de santé (Lewandowski, Adamle, 2009). Leur fonction clinique dans l'établissement de santé leur permet d'identifier les lacunes en matière de soins et de ressources, pour améliorer le flux des patients et les résultats cliniques, de même que les politiques du système de santé (CNA, 2019).

Le titre d'ICS au Canada n'est pas protégé et il n'y a toujours pas de programmes de formation normalisés (Bryant-Lukosius et coll., 2010 ; CNA, 2012 ; CNA, 2019). Des chercheurs canadiens (Bryant-Lukosius et coll., 2018) ont constaté que l'absence de réglementation et de protection des titres de la profession empêchent la pratique d'ICS de se révéler pleinement. Cette situation des ICS au Canada peut s'expliquer par le fait que certaines infirmières de pratique avancée sont titulaires d'un master et d'autres non, et toutes exercent à titre de spécialistes sans qu'il y ait clairement des possibilités d'évolution professionnelle, de formation, d'accréditation ou de méthodes pour définir quelles infirmières exercent de façon sûre à un niveau avancé. Aussi, le public, les prestataires de soins de santé et les gestionnaires ne savent pas très bien ce que les ICS peuvent offrir, créant des attentes imprécises à l'égard de leur champ de pratique. Cette absence de clarté et l'incertitude y afférente mettent en péril le recrutement et la fidélisation des ICS, malgré les éléments de preuve démontrant leur rôle positif dans le pays (CNA, 2019).

Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, la fonction d'ICS n'est pas formellement ou juridiquement définie, ce qui sème la confusion à leur sujet et concernant leur champ de pratique (O'Connor, 2016). Pour qu'une ICS puisse exercer ses fonctions en Nouvelle-Zélande, les qualifications requises varient d'un employeur à l'autre. Une étude menée sur place, reprenant une étude australienne, a relevé que les champs de pratique d'une IP et d'une ICS peuvent s'imbriquer, sans qu'elles soient toutefois interchangeables (Carryer et coll., 2018). Les conclusions de l'étude révèlent que le poste d'ICS en Nouvelle-Zélande équivaut à celui d'infirmière clinicienne-conseil en Australie et, à l'instar des études menées en Australie (Gardner et coll., 2013, 2015), ce sont les seules fonctions qui doivent être définies comme étant celles d'infirmière de pratique avancée. L'étude de Carryer et coll. (2018), suggère que le fait qu'il y ait plus d'ICS en Nouvelle-Zélande est à mettre en rapport avec des pratiques de recrutement les favorisant, ce qui ouvre des possibilités aux IPA.

République d'Irlande

Le cadre de développement de l'ICS en Irlande intègre les exigences requises des infirmières pour occuper ces fonctions. La fonction d'ICS est perçue comme un domaine de pointe et défini en matière pratique infirmière, requérant l'application de connaissances et de compétences spécialisées ; cette spécialité est à la fois demandée et nécessaire pour améliorer la qualité des soins aux patients/usagers dans le pays. (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2007).

La fonction d'une ICS compte un volet axé sur l'évaluation, la planification, la coordination et la prestation de soins, la promotion de la santé et la pédagogie à l'égard des patients. L'ICS communique et négocie également les décisions, en collaboration avec d'autres professionnels de santé et les prestataires de ressources communautaires. Elles représentent les valeurs des patients/usagers en milieu hospitalier, communautaire et externe. L'ICS travaille en étroite collaboration avec ses collègues médecins et des services paramédicaux et peut modifier les options cliniques prescrites, selon des directives protocolaires convenues. Les responsabilités particulières figurent dans la description du poste plutôt que dans son titre.

En Irlande, les ICS exercent dans les soins *directs* et *indirects* (voir la [section 2.2](#) du présent document). Comme dans d'autres pays pris pour exemple, les soins *directs* comprennent l'analyse, la planification, la coordination, la prestation et l'évaluation des soins et la pédagogie à l'égard des patients et de leur famille. Les soins *indirects* ont trait aux activités influant sur la prestation de soins directs par d'autres intervenants. À ce titre, l'ICS a toute sa place et met en œuvre des recherches, des vérifications et dispense des conseils en matière de formation et de pratique clinique, à l'intention de ses collègues des soins infirmiers et de l'équipe interdisciplinaire au sens large. Les ICS sont, de pair avec leur supérieur hiérarchique, responsables de leur perfectionnement professionnel continu, y compris de leur participation à des activités de formation officielles et informelles, garantissant ainsi une crédibilité clinique permanente parmi leurs collègues des soins infirmiers et ceux des services médicaux et paramédicaux (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2007).

Japon

La Japanese Nursing Association (JNA) a créé le système des infirmières cliniciennes spécialisées en 1994 en vue de contribuer au développement de la santé et du bien-être, mais aussi pour améliorer les sciences infirmières en dépêchant des infirmières cliniciennes spécialisées disposant de connaissances et de compétences approfondies dans des domaines infirmiers bien particuliers et dispensant efficacement des soins infirmiers de haut vol à la personne, aux familles et aux populations ayant des problèmes infirmiers complexes et insolubles. Selon la définition de la JNA, l'ICS est une infirmière spécialisée et agréée, ayant de grandes compétences en matière de pratique de soins infirmiers dans un domaine spécialisé. Les infirmières spécialisées assument les six fonctions suivantes :

- Assurer une excellente pratique de soins infirmiers à la personne, aux familles et à la population.
- Conseiller les prestataires de soins, y compris les infirmières.
- Assurer la coordination entre les professions pluridisciplinaires concernées pour dispenser les soins requis de façon fluide.
- Résoudre les problèmes de déontologie et les conflits pour protéger les droits de la personne, des familles et de la population.
- Former les infirmières pour améliorer les soins.
- Mener des activités de recherche en milieu clinique pour faire progresser et développer les connaissances et les compétences professionnelles.

Il y avait 13 domaines spécialisés en 2018 : soins infirmiers en oncologie, soins infirmiers psychiatriques et de santé mentale, soins infirmiers de santé communautaire, soins infirmiers en gérontologie, soins infirmiers infantiles, soins infirmiers de santé des femmes, soins infirmiers des maladies chroniques, soins infirmiers de soins intensifs, soins infirmiers de lutte contre les infections, soins infirmiers de santé familiale, soins infirmiers à domicile, soins infirmiers de génétique et soins infirmiers en situation de catastrophe. La JNA certifie les infirmières en tant qu'ICS une fois qu'elles ont mené à bien le cursus d'ICS dans le cadre d'un master et réussi l'examen organisé par la JNA. Le titre d'ICS est protégé car enregistré comme marque et les infirmières certifiées par la JNA sont autorisées à l'utiliser. Les ICS contribuent à améliorer la qualité des soins infirmiers dans leur contexte clinique et leur collectivité en dispensant des soins directs mais aussi en assurant du conseil, une formation, une coordination et une coordination déontologique aux infirmières et aux professions pluridisciplinaires. En outre, les ICS contribuent à mettre au point des soins efficaces en accumulant des données probantes grâce à la recherche (Satomi Sai, Département des affaires étrangères, Japanese Nursing Association).

Turquie

La spécialisation en soins infirmiers a été définie juridiquement en 2007. Conformément à la loi sur les soins infirmiers, les infirmières ayant terminé leur formation de troisième cycle dans ce domaine sont habilitées à être infirmières spécialisées. L'article 8 stipule que : « Les infirmières qui se sont spécialisées en suivant des programmes de troisième cycle relatifs à leur profession et dont les diplômes sont enregistrés par le Ministère de la santé, et les infirmières ayant suivi ces programmes à l'étranger et dont les diplômes sont reconnus comme équivalents, travaillent comme infirmières spécialisées. » (Loi n° 6283, RG : 2.5.2007/26510). Bien que la formation d'infirmière clinicienne spécialisée existe depuis longtemps (depuis les années 1960), son poste officiel n'a pas été intégré dans les systèmes de santé. Jusqu'ici, le seul cadre dans lequel les infirmières peuvent utiliser leurs domaines de spécialisation est celui des universités. Récemment, le Département des services de santé du Ministère de la santé a réclamé un plan d'action pour mettre en place des critères/qualifications pour l'emploi de l'infirmière clinicienne spécialisée dans le cadre d'un poste officiel. En 2019, une équipe spéciale a été chargée, sous l'égide de l'Association turque des infirmières, d'étudier cette possibilité (Association turque des infirmières).

Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande du Nord, pays de Galles)

Au Royaume-Uni, la fonction d'infirmière spécialisée a été créée dans les années 1970 et définie comme une combinaison de quatre aspects : clinique, formation, recherche et consultation. Une étude menée en Angleterre, en Écosse et au pays de Galles a révélé que le travail clinique de l'ICS consistait en grande partie à procéder à des consultations, orienter vers les services spécialisés, soulager les symptômes et effectuer un travail de « secours ». Il a néanmoins été relevé que le travail de l'ICS passe souvent inaperçu car la prise en charge des patients se fait par des voies de soins complexes, ou simplifiées à l'extrême. Par conséquent, les ICS agissent comme des « voies de recours en cas d'échec » pour prévenir les blessures, détecter les symptômes et prévenir les séquelles, anticiper ou traiter les phénomènes iatrogènes et la plupart du temps, traiter les problèmes avant qu'ils ne se transforment en doléances (Leary et coll., 2008). Au Royaume-Uni, la plupart des ICS n'ont pas le niveau master, ce qui constitue un vrai problème, car cela crée de la confusion et des incohérences au moment où elles doivent traiter des cas compliqués et des problématiques relatives aux systèmes de santé. Le titre d'ICS n'est pas utilisé de façon uniforme dans les quatre pays formant le Royaume-Uni car il n'y a pas de législation en la matière. La plupart sont des infirmières expertes hautement spécialisées, mais ne satisfont pas les critères définissant les infirmières de pratique avancée. L'absence de protection du titre de la profession fixant la fonction, de conditions normalisées en termes de formation et les trop grandes charges de travail, sont autant d'obstacles à une optimisation de la fonction d'ICS au Royaume-Uni (Prostate Cancer UK, 2014).

États-Unis d'Amérique (É.-U.)

L'American Association of Colleges of Nursing (AACN) décrit les ICS comme des cliniciennes expertes en soins infirmiers et en pratique infirmière fondés sur des données probantes dans un certain nombre de domaines spécialisés, comme l'oncologie, la pédiatrie, la gériatrie, la psychiatrie/santé mentale, la santé des adultes, les soins actifs/intensifs, la santé des collectivités et autres. Outre des soins directs aux patients, les ICS enseignent, font du mentorat, de la recherche, conseillent, gèrent et améliorent les systèmes. Capables d'adapter l'exercice de leurs fonctions dans tous les contextes, ces cliniciennes influent énormément sur les résultats en dispensant des consultations d'expert à tous les prestataires de soins et en mettant en place des améliorations dans les systèmes de prestation des soins.

Selon la définition de l'American Nurses Association (2004, p.15) :

Les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) sont des infirmières diplômées, disposant d'une formation de deuxième ou de troisième cycle en sciences infirmières (master ou doctorat). Ce sont des expertes cliniques en pratique infirmière fondée sur des données probantes dans un domaine de spécialité, traitant et gérant les préoccupations des patients et des populations en matière de santé. La spécialité de l'ICS peut être axée sur la personne, la population, le contexte, le type de soins, le type

de problème ou la surspécialité des systèmes de diagnostic. Les infirmières exercent de manière autonome et intègrent les connaissances des maladies et des traitements médicaux dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement des maladies des patients. Ces infirmières conçoivent, mettent en œuvre et évaluent des programmes de soins à la fois propres aux patients et centrés sur la population.

Les ICS donnent l'impulsion pour faire progresser la pratique des soins infirmiers en vue d'obtenir des résultats de qualité et rentables pour les patients, dirigeant également des groupes multidisciplinaires pour concevoir et mettre en œuvre des solutions de rechange innovantes, répondant aux problèmes systémiques ou aux problématiques liées aux soins des patients. Dans de nombreuses juridictions, les ICS, dispensant des soins directs, procèdent à des évaluations de santé complètes, établissent des diagnostics différentiels et peuvent rédiger des ordonnances. L'autorisation d'établir des ordonnances leur permet de fournir des traitements avec ou sans médicament et de commander des tests diagnostiques et de laboratoire pour traiter et gérer les problèmes de santé spécialisés des patients et des populations. L'ICS défend les patients, exerce comme consultante et chercheuse dans différents contextes.

Annexe 3 : contexte international et exemples de pays disposant d'infirmières praticiennes

Le présent document n'a pas pour objet de recenser tous les pays disposant d'IP. Il offre néanmoins ici, en annexe, des exemples de pays où la fonction est établie et identifiable, donnant un aperçu des initiatives établies en la matière. De plus, on y décrit de nouvelles initiatives bénéficiant d'un soutien actif, dans l'optique plus large du développement international. Pour illustrer l'importance du contexte, il convient de mentionner l'approche originale qui voit le jour en Angleterre en matière de pratique infirmière avancée. L'IPA s'intègre désormais dans le cadre élargi des attributions de la pratique clinique avancée, englobant un large éventail de professionnels de santé qui ne sont pas médecins (HEE, 2017).

Australie

En Australie, le titre d'IP est protégé et seules les infirmières agréées par le National Nursing and Midwifery Registration Board de l'Australian Health Practitioner Regulation Agency peuvent l'utiliser. Un master propre

à l'IP au minimum est requis pour exercer la profession. En 2014 (NMBA, actualisé en 2018), les normes en matière d'IP ont été examinées et remplacées par les normes ci-après. L'IP : 1) évalue et utilise ses capacités de diagnostic ; 2) planifie les soins et fait participer les autres ; 3) prescrit et applique les interventions thérapeutiques ; et 4) évalue les résultats et améliore la pratique.

Le champ de pratique des IP s'appuie sur celui des infirmières diplômées et doit respecter les exigences réglementaires et professionnelles australiennes, dont les *Registered nurse standards for practice (Normes de la profession d'infirmière diplômée)* et le *Code of conduct for nurses (code de déontologie des infirmières)*. Les normes des IP sont établies d'après les normes exigées d'une infirmière diplômée et les prolongent. On attend d'une IP qu'elle comprenne ce qui la différencie d'une infirmière diplômée et la façon dont son champ de pratique se répercute sur ses responsabilités et ses obligations de rendre compte (NMBA, 2018).

Anglophone Africa APN Coalition

Sous le titre « Anglophone Africa Advanced Practice Nurse Coalition Project (AAPNC): A Proposal to WHO (Africa) Health Systems Leadership » (Sibanda, Stender, 2018), cinq pays se sont fixés comme priorité de lancer des programmes de formation d'IP de médecine de famille et de mettre en place la pratique avancée de sage-femme d'ici à fin 2020. Des experts et des universités du Royaume-Uni et des États-Unis soutiennent résolument cette initiative. Pour réaliser les objectifs du projet, il s'agit d'initier de solides recherches à travers des modèles et des cadres « centrés sur l'Afrique », propres aux besoins de la population et des systèmes de santé. En outre, il s'agit de collaborer avec des représentants des domaines de la médecine, de la pharmacie et d'autres disciplines de la santé. En signe de soutien, LeadNurseAfrica a consacré à la pratique infirmière avancée ses ateliers préparatoires à la conférence d'avril 2019, organisés au Ghana.

Parmi les universités africaines souscrivant à cette initiative, citons : les sites des universités Aga Khan au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie, déjà bien avancées dans l'élaboration d'un programme de master en sciences infirmières (MScN), mention IPA, en collaboration avec le Nursing Council of Kenya ; l'Université du Botswana, seule institution africaine ayant un diplôme de master, option infirmière praticienne de médecine de famille et respectant les normes internationales relatives aux IPA en matière de formation, d'accréditation et de pratique réglementaire ; et l'École des infirmières et des sages-femmes de l'Université du Ghana.

Le concept d'IPA a été défini en Afrique du Sud, au Botswana, en Eswatini, au Kenya, au Malawi, en Ouganda, au Rwanda et en Zambie, mais le domaine de pratique et la législation encadrant leurs pratiques respectives ne sont pas expressément énoncés (Sibanda, Stender, 2018) et pour la plupart des pays africains, appliquer les normes internationales en matière de cursus de master reste du domaine de l'objectif.

Botswana

L'indépendance du pays, la nécessité d'une réforme des soins de santé et la pénurie de médecins, ont poussé les infirmières à accepter des responsabilités accrues en matière de soins de santé primaires au Botswana, mais en contrepartie, elles ont exigé une formation supplémentaire. Le premier cursus d'infirmière de famille a été créé à l'Institut des sciences de la santé en 1981, puis révisé en 1991, en 2001 et en 2007. Pour postuler, les candidates doivent disposer : 1) du diplôme d'infirmière ; 2) d'une expérience de deux ans au minimum comme infirmière ; 3) de l'inscription au Nursing and Advance Diploma in Midwifery Council of Botswana ; et 4) d'un certificat général d'études secondaires au Botswana ou son équivalent. En outre, l'Université du Botswana propose un master d'infirmière praticienne de médecine de famille, s'efforçant actuellement d'unir les composantes des deux options de formation. Les IP dispensent des soins primaires en consultation externe, dans les cliniques, dans les secteurs industriels, dans les écoles, dans les cabinets privés et plus généralement, dans les cliniques gérées par des infirmières ou des IP. Même si la réussite est au rendez-vous, des politiques et des systèmes de réglementation plus solides sont nécessaires pour appuyer les IP (Seitio-Kgokwe et coll., 2015).

Canada

Au Canada, l'IP est la seule fonction d'infirmière de pratique avancée que la réglementation et la protection du titre de la profession placent au-dessus de l'infirmière généraliste. Les IP peuvent poser un diagnostic de façon autonome, commander et interpréter des tests diagnostiques, prescrire des produits pharmaceutiques et effectuer des interventions spécifiques dans le cadre de leur domaine de pratique prescrit par la loi (AIIIC, 2009). L'Association canadienne des infirmières et infirmiers praticiens (2018) offre la définition suivante :



Au Canada, les infirmières praticiennes sont agréées par un organisme provincial ou territorial de réglementation des soins infirmiers. Les IP sont des prestataires de soins de santé diplômés exerçant de manière autonome et indépendante. Elles dispensent des soins directs aux patients pour diagnostiquer et traiter les maladies, prescrire des médicaments, commander/interpréter des tests de laboratoire/diagnostiquer et orienter les patients vers des spécialistes.



(NPAC-AIIPC, 2018).

À la suite d'une initiative financée par le gouvernement fédéral (Initiative canadienne sur les IP), un cadre d'intégration et de viabilité des fonctions des IP au sein du système de santé canadien, a été élaboré. Les IP exercent désormais dans une grande variété de contextes et de modèles de soins. Le domaine de pratique de l'IP est défini, de même que la description des fonctions communes et de la couverture-responsabilité. Le pays continue de travailler à l'élimination des obstacles fédéraux et législatifs concernant la diffusion d'échantillons médicaux, les formulaires médicaux relatifs aux dossiers d'invalidité et d'indemnisations liées aux accidents du travail (CNA, 2016).

Région Caraïbes

Suivant l'exemple des IP aux États-Unis et avec l'appui de l'Organisation panaméricaine de la santé et du Project Hope, des IP ont été formées en Jamaïque en 1977, à Saint-Vincent-et-les Grenadines (interruption en 1987). À Sainte-Lucie, à la Dominique et à Saint-Vincent-et-les Grenadines, les IP sont autorisées à prescrire certains médicaments et exercent principalement dans les établissements de soins de santé primaires, les prescriptions étant établies sur un formulaire spécifique. À Saint-Vincent-et-les Grenadines et à Sainte-Lucie, elles peuvent développer leurs propres programmes. En 2017, 72 IP jamaïcaines dispensaient des services de santé, essentiellement dans les zones rurales. On leur fournit souvent des formulaires préremplis et parfois, on leur demande de diriger seules les cliniques.

Dans la région Caraïbes, la fonction d'IP est clairement définie. Sa formation n'est proposée que dans l'École des sciences infirmières de l'Université des Indes occidentales, en Jamaïque. Le master, de deux ans, n'est pas financé par l'État. Par conséquent, certaines infirmières ne peuvent pas s'inscrire pour des questions de frais. Une fois le diplôme obtenu, elles reçoivent leur description de poste précisant leur domaine de pratique. Le calendrier de travail mensuel est fixé par le médecin-chef, l'infirmière principale ou par les IP elles-mêmes. La formation continue s'insère dans le cadre de l'actualisation de leurs connaissances, à travers des séminaires mensuels.

Si la Jamaïque est le leader dans la région en matière de formation et d'exercice de la profession d'IP, l'absence de législation continue de poser problème. À Sainte-Lucie, les IP disposent d'un enregistrement/d'une licence à part, alors qu'ailleurs dans la région, elles sont tenues d'utiliser leur licence d'infirmière/de sage-femme diplômée pour exercer. Depuis 2018, des amendements à la Loi sur les soins infirmiers et obstétricaux sont en cours de formulation en Jamaïque et aux Bahamas. La plus forte opposition vient de la communauté médicale (communication personnelle, H. McGrath, mars 2019).

Nouvelle-Zélande

La première promotion d'IP en Nouvelle-Zélande date de 2001. La protection du titre de la profession a d'abord été assurée par le biais d'une marque déposée, mais ce principe n'est plus en vigueur. En 2015, le Nursing Council of New Zealand (NCNZ) a supprimé les limitations des IP les confinant à un domaine de pratique particulier, en instaurant un nouveau champ de pratique plus général. Désormais, les IP doivent disposer : 1) de quatre années d'expérience clinique au minimum, avant de pouvoir s'inscrire à une formation ; 2) d'un master agréé comprenant la pratique avancée et des compétences de prescription de médicaments ; 3) d'une évaluation de compétences d'IP approuvée par un jury agréé ; et 4) d'une inscription auprès du NCNZ (Schober, Green, 2018).

Oman

À Oman, l'idée de l'IPA est venue d'une réunion, en l'an 2000, des pays représentés par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale (OMS-EMRO), axée sur le renforcement des capacités infirmières et l'autorisation de prescription de médicaments par les infirmières. La raison principale de mettre en place des IPA à Oman était liée à la pénurie de médecins, en nombre et en expertise, surtout dans les établissements de soins de santé primaires. En outre, les problèmes de santé émergents, l'allongement de l'espérance de vie et le souhait de rapprocher les soins de la population et de mieux les intégrer dans la collectivité, ont retenu l'attention du Ministère de la santé. Le Ministère de la santé et la Direction des soins infirmiers reconnaissaient également que les infirmières, par nécessité, élargissaient leur domaine de pratique au-delà du niveau de leur formation générale dans les petits centres de soins. Suite à une série d'analyses de la situation effectuées par des consultants de l'OMS sur des périodes courtes et la formulation d'une orientation stratégique par la Direction des soins infirmiers d'après les recommandations d'un groupe de travail multidisciplinaire, il a été décidé de donner vie au concept d'IPA et d'assurer des formations en cours d'emploi aux infirmières des centres de santé déjà dotés d'une capacité clinique avancée.

La première IPA, formée dans le cadre d'un master spécialisé aux États-Unis, a pris ses fonctions en 2016. Depuis lors, d'autres infirmières ont suivi des cursus à l'étranger et à la Sultan Qaboos University. Les infirmières exercent dans leur domaine d'expertise et/ou enseignent à l'École des sciences infirmières de la Sultan Qaboos University. La formation en cours d'emploi des infirmières exerçant au-delà de leur domaine de pratique a été mise en place en 2017 et 25 infirmières de tous les gouvernorats d'Oman y ont participé. Capitalisant sur ce succès, la ligne directrice est d'accompagner ces infirmières dans leur formation en cours d'emploi et d'élargir leur domaine de pratique pour leur permettre de devenir des spécialistes (diplôme universitaire d'infirmière en santé publique), puis des IPA spécialisées en santé familiale (communication personnelle, M. Al-Maqbali, avril 2019).

République d'Irlande

En Irlande, l'IPA a vu le jour à la suite du rapport de la Commission of Nursing, recommandant cette évolution en 1998 (Gouvernement irlandais, 2008). Le premier poste d'IPA en soins d'urgence pour blessures mineures a été créé en 2002 (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008a). Depuis, la profession d'IPA n'a cessé de se développer. L'objectif est d'atteindre une masse critique d'environ 700 IPA d'ici à 2021, ce qui se rapprocherait de l'objectif de 2% d'IPA au sein des personnels infirmiers (Bureau de l'infirmière en chef, Ministère de la santé, 2017). Pour encourager cette évolution, le Nursing and Midwifery Board of Ireland (NMBI) a publié, fin 2017, les Normes et exigences nationales en matière de formation des IPA au niveau master. Les normes et exigences relatives à l'autorisation d'établir des ordonnances étaient déjà en place (NMBI, 2015a, 2015b). Les compétences de base de l'IPA en Irlande sont : 1) autonomie dans l'exercice clinique ; 2) expertise ; 3) leadership professionnel et clinique ; et 4) recherche (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008b). Le titre de la profession, Registered Advanced Nurse Practitioner (RANP, *infirmière de pratique avancée diplômée*), est protégé par le NMBI.

Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande du Nord, pays de Galles)

La première promotion d'IP du Royal College of Nursing (RCN), date de 1992 (RCN, 2008). Les 15 premiers étudiants ont ouvert la voie aux IP exerçant désormais sur l'ensemble du Royaume-Uni. Durant les premières années de formation, alors que le RCN élaborait un système d'accréditation pour les établissements de formation, les premières compétences pédagogiques ont vu le jour au Royaume-Uni (Barton, Allan, 2015). Ces compétences étaient axées sur la consultation, le dépistage de maladie, l'examen physique, la gestion des maladies chroniques, la gestion des blessures mineures, l'éducation sanitaire et le conseil. Le cadre de compétences du RCN (2008) a établi des critères pour les nouveaux cours, les compétences fondamentales fixant une norme de résultats pour l'exercice de l'IPA (Barton, Allan, 2015).

Après la décentralisation, les quatre États constituant le Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande du Nord, pays de Galles) ont élaboré leurs propres approches en matière de soins de santé et de services sociaux, mais également en matière de politiques relatives au personnel de pratique infirmière avancée. Par conséquent, les IP ont suivi différentes voies et la formation va d'une approche générique à une tendance forte consistant à commencer la formation au niveau master. En dépit de l'enthousiasme suscité par cette fonction, il n'y a toujours pas de réglementation relative aux IPA au Royaume-Uni.

Depuis 2017, il est question d'élargir l'horizon de la pratique clinique avancée au Royaume-Uni (HEE, 2017). Les divers professionnels de santé non médicaux sont nombreux à s'identifier au domaine de la pratique clinique avancée dans la catégorie multiprofessionnelle plus large, allant jusqu'au personnel paramédical. Par

conséquent, l'usage du terme « avancé » dans le titre de la profession varie au sein des établissements et entre ceux-ci. L'Angleterre est allée encore plus loin en y incluant les pharmaciens et les travailleurs sociaux. En Écosse, il existe des axes de travail infirmiers et paramédicaux distincts, la pratique commençant à s'étendre à d'autres professionnels paramédicaux. En Irlande du Nord, l'accent est actuellement mis sur les soins infirmiers, mais des débats ont lieu pour l'étendre aux professionnels paramédicaux (communication personnelle, K. Maclaine, 8 mars 2019).

Au cours d'une réunion qui s'est tenue en septembre 2018, le Conseil des doyens de la santé (2018) du Royaume-Uni a présenté un document d'information pour relever les différences entre les pays du Royaume-Uni :

Pays de Galles : un cadre pour la pratique avancée dans les soins infirmiers, obstétricaux et les professionnels paramédicaux au pays de Galles a été élaboré en 2010, puis révisé en 2012. Ce cadre a enrichi le contenu et s'est appuyé sur le référentiel écossais de pratique avancée en matière de soins infirmiers (2008), y compris les principes qui le sous-tendent. Conformément à la pratique clinique avancée, le pays de Galles a vu émerger de nombreuses fonctions dans ce domaine.

Écosse : le pays dispose d'un référentiel de pratique avancée depuis 2008 et d'un cadre pour la pratique infirmière avancée depuis 2012. L'Écosse a élaboré une approche nationale pour la formation des IPA, d'après les attentes identifiées en 2017 par le Transforming Nursing Advanced Practice Group. Le pays s'est fixé pour objectif de former 500 IPA supplémentaires au cours des prochaines années, grâce à l'appui financier de l'État.

Angleterre : le Cadre multiprofessionnel de la pratique clinique avancée, publié en 2017, doit être mis en œuvre en 2020. Ce Cadre établit une définition commune de la pratique clinique avancée, afin que les professionnels de santé puissent travailler à un niveau plus élevé dès le départ. À l'heure actuelle, la pratique avancée n'est pas réglementée au Royaume-Uni, c'est pourquoi Health Education England (HEE) met en place une Academy for Advancing Practice pour la gouvernance de la formation et la qualité des services de santé.

Irlande du Nord : l'Irlande du Nord a publié un Cadre de pratique infirmière avancée en 2014 (NIPEC, 2014), pour clarifier les fonctions des IPA. Il s'agit de donner des orientations aux commissaires, aux personnes chargées de la planification des effectifs, aux directions générales des soins infirmiers, aux prestataires de formation, aux employeurs et aux responsables d'infirmières, y compris les infirmières elles-mêmes. La formation passe par un master, dont la prescription non médicale est une composante essentielle. Le diplômé reçoit un titre de profession, par exemple, *master ès sciences, formation de pratique avancée*.

Sous-région ouest-africaine

L'idée de disposer d'un programme d'IPA est à l'étude depuis un certain temps en Afrique de l'Ouest, mais en avril 2019, cela restait encore à l'état de projet, les propositions n'ayant pas trouvé de formulation concrète (communication personnelle, O. Irinoye, avril 2019). Une première tentative de programme d'IPA a été faite au Nigeria en 2011, avec les parties prenantes locales et l'Université du Maryland, aux États-Unis (Irinoye, 2011). L'objectif était que trois universités intègrent le

curcus d'infirmière praticienne de médecine de famille dans leurs programmes de troisième cycle. L'initiative n'a pas vu le jour pour des questions de financement, mais aussi parce qu'il est nécessaire de travailler sur les aspects des politiques pour intégrer ce nouveau cadre d'infirmière dans le milieu de la santé. Néanmoins, les discussions ont repris, l'objectif étant d'inclure ce cursus dans les nouveaux programmes de troisième cycle pour en faire bénéficier les infirmières travaillant – ou prévoyant de travailler – dans le secteur privé.

Annexe 4 : exemples de pays avec des variantes ou ayant adapté les infirmières de pratique avancée et les infirmières praticiennes

Si les pays et les régions fixent et mettent en œuvre la pratique infirmière avancée, l'évolution des fonctions ou les niveaux de soins ne correspondent pas toujours à proprement parler aux IPA ou aux IP. Dans certains cas, la pratique infirmière avancée apparaît comme un mélange des deux, tandis que dans d'autres cas, la transposition linguistique ou la culture des soins de santé influe sur la façon de les percevoir. La présente annexe fournit des exemples de ces variantes.

Allemagne

Si l'Allemagne progresse en matière d'IPA, la question reste toutefois complexe. Il existe des Conseils de soins infirmiers dans des états particuliers et le processus suit son cours depuis 2016. Les défis que doivent relever les IPA allemandes sont liés à l'enregistrement, la protection du titre de la profession et l'autonomie. Depuis l'an 2000, il existe des projets et des concepts de modèles pour les IPA dans chaque clinique. Les possibilités d'études dans les différentes villes d'Allemagne augmentent de façon constante. Des prises de position d'associations d'infirmières plaident pour ces fonctions. Le Conseil allemand des experts économiques a appelé à ce que les soins soient mis en œuvre en se fondant sur les données probantes. En outre, il est d'avis que les soins infirmiers doivent être dispensés d'après une évaluation des besoins de la population (communication personnelle, S. Pelz, S. Inkrot, A. Schmitt, C. von Dach, mars 2019).

Hong Kong

L'Administration hospitalière de Hong Kong a mis en place les fonctions d'infirmière spécialisée en 1994, changeant le titre de la profession en IPA en 2000. Elle a ensuite créé un poste d'infirmière-conseil en 2009, pour aider les IPA à jouer un plus grand rôle dans les services au niveau systémique. L'Administration hospitalière est le prestataire de soins de santé du secteur public. Hong Kong dispose également d'un important secteur privé de soins de santé, où les infirmières s'appuient sur leurs compétences avancées, pour soigner les patients dans différentes spécialités et différents contextes.

La Hong Kong Academy of Nursing est dirigée par des infirmières leaders des secteurs public et privé. Elle comprend pratiquement toutes les spécialités, dispose d'un système pour accréditer les cursus de l'académie et donner l'agrément aux membres et aux consœurs satisfaisant les exigences du programme d'études, disposant de l'expérience clinique et ayant obtenu les examens relatifs à la pratique avancée. En 2018, le Gouvernement hongkongais a chargé le Nursing Council of Hong Kong de créer un groupe chargé de définir le domaine de pratique, les compétences fondamentales et les dispositifs de formation, en vue d'établir un registre de pratique avancée relevant du Nursing Council. Il s'agira dans un premier temps d'un régime volontaire, que les autorités publiques pourront ensuite transformer en un régime d'enregistrement systématique (communication personnelle, F. Wong, mars 2019).

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, la pratique infirmière avancée combine la fonction d'IP à travers les soins directs aux patients et celle d'ICS en étant à la pointe des soins infirmiers, par exemple en améliorant la qualité des soins de santé, en menant des recherches scientifiques et en renforçant la qualité de l'équipe professionnelle (communication personnelle, Mme I. H. (Irma) de Hoop, Présidente de l'Association néerlandaise des infirmières praticiennes, mars 2019).

Le Centre médical universitaire de Groningue a initié la création de cette fonction en 1997, car il souhaitait hisser les soins infirmiers à un niveau avancé. Une nouvelle loi sur les soins de santé a remplacé celle interdisant les soins médicaux dispensés par une personne qui n'est pas médecin. Cela a donné l'occasion aux infirmières d'assurer des services de soins de santé complexes à des groupes de patients bien définis pour améliorer la continuité des soins. Le premier programme de master de l'Université Hanze des sciences appliquées a été créé fin 1997, les 16 étudiants se formant sur un modèle venu des États-Unis. La conception de l'IPA s'est affinée et, en quelques années, neuf universités de sciences appliquées ont proposé un programme de master mêlant théorie et pratique (P.F. Roodbol, in Schober, 2017). Le développement de l'IPA, de 1997 à 2019, est en grande partie dû au soutien du Gouvernement néerlandais.

Même si la notion d'*infirmière praticienne* était connue aux Pays-Bas, le titre de la profession n'était, ni traduit en néerlandais, ni protégé ; il était donc nécessaire d'adopter une législation pour cette spécialisation, ce qui a été fait, de même qu'un processus d'enregistrement. Cela a permis d'identifier les fonctions et de supprimer du registre du système de santé les déclarations indues, l'infirmière ne pouvant plus exercer les fonctions présentées de manière inexacte dans la déclaration. Une définition claire de la pratique infirmière avancée, l'enregistrement officiel (protection du titre de la profession) et l'accréditation pour garantir des soins sûrs et responsables, ont permis des progrès aux Pays-Bas (P.F. Roodbol, in Schober, 2017). En février 2016, environ 2 750 infirmières spécialisées avaient été formées et enregistrées dans le pays. La pénurie de médecins à l'origine de la création cette fonction aux Pays-Bas a été résolue, mais le nombre d'infirmières spécialisées continue d'augmenter. Ces infirmières sont reconnues comme des professionnelles assurant des soins de qualité et des conseils avisés (J. Peters, in Schober, Green, 2018).

Singapour

L'IPA est une profession protégée à Singapour et sa fonction est un mélange d'IPA et d'IP. L'Université nationale de Singapour (NUS), sous l'égide de la Yong Loo Lin School of Medicine, a créé le master en sciences infirmières en 2003. Depuis lors, c'est le seul cursus accrédité par le Singapore Nursing Board (SNB) pour former les IPA et obtenir une certification. Au départ, le programme assurait une formation universitaire en santé des adultes et en santé mentale ; il s'est ensuite étendu aux soins intensifs en 2009 et à la pédiatrie en 2012.

Après un master de deux ans, les lauréats doivent faire un stage structuré d'au moins un an et réussir l'examen national permettant d'exercer – l'examen clinique objectif structuré (ECOS) –, puis faire la demande d'exercer en tant qu'IPA, obtenir l'agrément et s'inscrire auprès du Singapore Nursing Board (SNB). Toutes les IPA doivent exercer un minimum d'heures et obtenir les points de formation continue en soins infirmiers (CNE, Continuing Nursing Education), indispensables pour le renouvellement annuel de leur permis d'exercer en tant qu'IPA sous l'égide du SNB.

Le SNB décrit dans le détail le domaine de pratique et les compétences fondamentales des IPA. Ces compétences fondamentales comprennent quatre domaines : pratique professionnelle, juridique et déontologique des soins infirmiers ; gestion des soins ; leadership et gestion ; et perfectionnement professionnel. Chaque domaine de compétence est assorti de normes de compétences y afférentes et chaque norme comprend une fonction/un domaine fonctionnel de prime importance devant être assuré par une IPA.

En 2018, le Ministère singapourien de la santé, le Alice Lee Centre for Nursing Studies du NUS et le Département de pharmacie du NUS, ont codéveloppé et coorganisé le Programme national de prescription collaboratif (NCPP, National collaborative prescribing programme), d'une durée de trois mois, afin de préparer les IPA et les pharmaciens à établir des prescriptions, conformément à un Accord de pratique de collaboration avec les médecins praticiens. Le programme est proposé deux fois par an. En avril 2019, 74 IPA et pharmaciens avaient suivi le programme et reçu ou attendaient de recevoir l'autorisation de prescrire des médicaments sans avoir à passer par un médecin (<http://pharmacy.nus.edu.sg/national-collaborative%20-prescribing/>) (communication personnelle, Zhou Wentao, Directeur du programme NUS, master en soins infirmier, avril 2019).

Conseil international des infirmières
3, Place Jean Marteau
1201 Genève, Suisse
+41229080100
icn@icn.ch
www.icn.ch