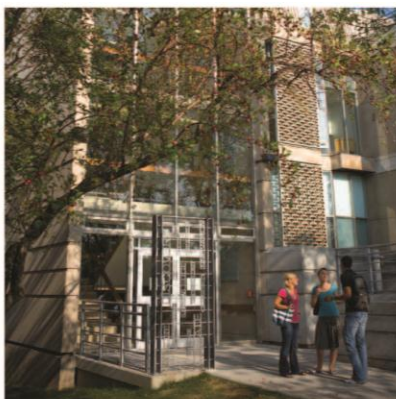
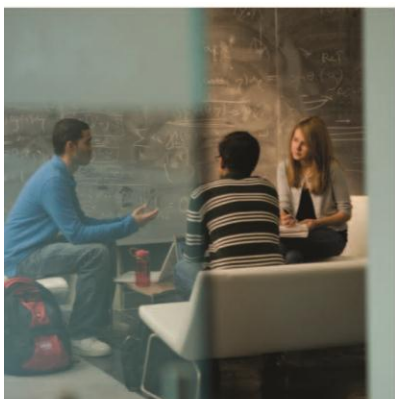
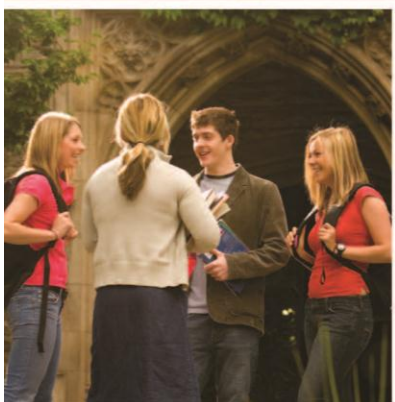
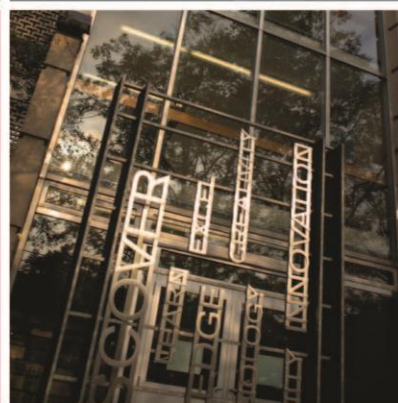




RÉSUMÉ DU
DIALOGUE



L'INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES
CLINIENNES SPÉCIALISÉES ET DES
INFIRMIÈRES PRATICIENNES DANS
LES MILIEUX DE SOINS ACTIFS AU
CANADA



LE 7 JUILLET 2011

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

Résumé du dialogue :
L'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada

Le 7 juillet 2011

McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés, de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer un rôle de pivot de l'amélioration des résultats de santé grâce à la résolution collective des problèmes. En agissant au niveau régional/provincial et au niveau national, le Forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants prêts à mettre en œuvre des actions pour surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le Forum agit comme un agent de changement en donnant aux parties prenantes la possibilité d'influencer les agendas gouvernementaux, de mettre en œuvre des mesures mûrement réfléchies et de communiquer efficacement les raisons sous-jacentes à ces mesures.

Auteur

John N. Lavis, MD, PhD, directeur, McMaster Health Forum, et professeur, McMaster University

Financement

Le financement nécessaire au dialogue avec les parties prenantes (et la synthèse d'information qui l'a éclairé) a été assuré par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et Santé Canada. Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de McMaster University. Les points de vue exprimés dans le résumé du dialogue sont ceux des participants (tels que compris par les auteurs du résumé) et ne représentent pas nécessairement les points de vue des bailleurs de fonds ou du McMaster Health Forum.

Conflit d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial lié au résumé du dialogue. Les bailleurs de fonds ont passé en revue une version préliminaire du résumé du dialogue, mais l'auteur avait le dernier mot quant au contenu du résumé du dialogue.

Remerciements

L'auteur remercie Ileana Ciurea et le personnel du McMaster Health Forum pour leur aide dans l'organisation du dialogue avec les parties prenantes.

Citation

Lavis JN. Résumé du dialogue : L'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, le 7 juillet 2011.

Dialogue

Le dialogue avec les parties prenantes sur l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada a eu lieu le 7 juillet 2011 au McMaster Health Forum à Hamilton (Ontario, Canada).

Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7947 (imprimé)

ISSN 1929-7955 (en ligne)

La traduction a été rendue possible grâce à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). La traduction a été révisée par François-Pierre Gauvin du McMaster Health Forum.

Dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

Table des matières

RÉSUMÉ DU DIALOGUE	5
RÉSUMÉS DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS	6
DÉLIBÉRATION SUR LE PROBLÈME	6
DÉLIBÉRATION AU SUJET DES ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR ABORDER LE PROBLÈME	8
Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique.....	8
Élément 2 – Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus.....	9
Élément 3 – Lancer une campagne d'information et d'éducation.....	10
Tenir compte de tous les éléments	10
DÉLIBÉRATION SUR LES IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE	11
DÉLIBÉRATION SUR LES ÉTAPES SUIVANTES POUR DIFFÉRENTS GROUPES	11

RÉSUMÉ DU DIALOGUE

Les réflexions des participants au dialogue ont alterné entre les défis dans les soins actifs qui révèlent que l'on a besoin d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières praticiennes, et la vulnérabilité de ces deux types de professionnelles de la santé (et particulièrement les infirmières cliniciennes spécialisées) dans les milieux de soins actifs d'aujourd'hui. Au cours de la discussion sur les défis qui se posent dans les soins actifs, plusieurs participants ont convenu que : 1) les besoins en soins de santé deviennent de plus en plus complexes; 2) les patients ne reçoivent pas tous des programmes et services efficaces et, bien souvent, les soins actifs qu'ils reçoivent ne sont pas tant basés sur des données probantes que l'on pourrait espérer; et 3) les arrangements actuels du système de santé ne garantissent pas la qualité optimale dans les soins actifs.

Au cours de la discussion sur la vulnérabilité de ces deux types de professionnelles de la santé, des participants ont reconnu que les arrangements actuels du système de santé ne garantissent pas :

1) l'uniformité, au sein des établissements et entre ceux-ci, de l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans la prestation des soins ou leur protection lorsque l'on délaisse l'amélioration de la qualité en faveur du confinement des coûts; et 2) l'existence de mécanismes structurés d'établissement de normes d'éducation et de reconnaissance normalisée des titres des infirmières cliniciennes spécialisées, mais aussi l'uniformité en matière d'éducation, de dispositions législatives, de champ d'activité et d'autonomie des infirmières praticiennes.

De nombreux participants ont convenu qu'une stratégie en plusieurs étapes pourrait s'avérer prometteuse :

- 1) convoquer un dialogue national des infirmières cliniciennes spécialisées (et peut-être un autre pour les infirmières praticiennes) qui portera sur la clarté du rôle, la proposition de valeur, les compétences essentielles, les résultats/paramètres et les programmes d'éducation;
- 2) convoquer un dialogue national multilatéral portant sur le sujet suivant : quels sont les professionnels de la santé nécessaires, le « nombre » requis et la stratégie pour déterminer leur sélection et formation à suivre afin de répondre aux besoins des patients et atteindre les objectifs du système de santé;
- 3) appuyer un virage vers la reconnaissance des titres et des programmes d'éducation spécialisés pour les infirmières cliniciennes spécialisées, mais aussi vers l'étude de la distribution des programmes de formation et l'amélioration du processus de réglementation des infirmières praticiennes; et
- 4) lancer des campagnes d'information/d'éducation portant sur les innovations dans les soins actifs qui permettent d'offrir plus de soins et d'améliorer les soins.

Deux participants au dialogue ont aussi présenté des arguments en faveur d'une stratégie de recherche précise visant à répondre à des questions portant sur le type de professionnels de la santé nécessaires et le nombre requis au niveau des unités, des établissements, des régions, des provinces et/ou des territoires, ainsi que des recherches permettant de créer des outils qui aideront les décideurs locaux à déterminer la composition optimale des équipes.

Des participants étaient d'avis que l'un des principaux obstacles à la mise en œuvre d'une telle stratégie est le manque de financement pour les dialogues nationaux proposés et le bassin plutôt limité (et déjà surtaxé) de leaders auxquels il est possible de faire appel pour en faire un succès. En effet, ces leaders sont fort occupés et ont plusieurs rôles à jouer. Un participant a signalé que la mise en œuvre d'une telle approche pourrait se faire sans heurt si l'on décide à chaque moment opportun quelles activités devraient être organisées de façon distincte pour les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes qui travaillent dans les soins actifs, ou s'il y a suffisamment d'enjeux similaires pour qu'il soit justifié de les combiner.

RÉSUMÉS DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS

DÉLIBÉRATION SUR LE PROBLÈME

Les participants ont entrepris une évaluation franche du problème, alternant entre les défis qui se posent dans les soins actifs et qui révèlent que l'on a besoin d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières praticiennes, ainsi que la vulnérabilité de ces deux types de professionnelles de la santé (et en particulier des infirmières cliniciennes spécialisées) dans les milieux de soins actifs d'aujourd'hui. Un participant a soutenu qu'il faudrait accorder la priorité aux besoins des patients. Si la réponse est que les patients ont besoin d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières praticiennes, les étapes suivantes devraient alors être de déterminer les meilleures façons de les aider à occuper l'ensemble de leur champ d'activité. Un autre participant s'est dit d'accord, en signalant qu'il faudrait viser l'intégration du point de vue du patient et non du point de vue du fournisseur de soins.

En discutant des défis qui se posent dans les soins actifs, la plupart des participants ont convenu que :

- 1) les besoins en soins de santé deviennent de plus en plus complexes;
- 2) les patients ne reçoivent pas tous des programmes et des services efficaces et, bien souvent, les soins actifs qu'ils reçoivent ne sont pas tant basés sur des données probantes que l'on pourrait espérer; et
- 3) les arrangements actuels du système de santé ne garantissent pas la qualité optimale des soins actifs.

De nombreux participants ont aussi laissé entendre que les infirmières cliniciennes spécialisées sont sous-utilisées, et ce, lorsqu'il est question de fournir des soins actifs de plus grande qualité qui aideront les patients à bien vivre avec leurs problèmes complexes. Cela s'explique en grande partie par le fait que les infirmières n'occupent pas l'ensemble de leur champ d'activité. De plus, elles sont appelées à soutenir les patients et les membres de leur famille qui doivent naviguer dans les différents secteurs du système de santé et les différentes spécialités et surspécialités. Dans le même ordre d'idée, plusieurs participants ont laissé entendre que les infirmières praticiennes sont sous-utilisées puisqu'elles pourraient aider à fournir des soins actifs plus intégrés, que ce soit en complétant ou étendant le travail des spécialistes (et en rejoignant ainsi davantage de patients) ou en aidant à prodiguer des soins plus complexes (p. ex., la prise en charge de la douleur ou des plaies). Des participants ont

Encadré 1 : Contexte du dialogue avec les parties prenantes

Le dialogue avec les parties prenantes devait appuyer une discussion complète sur les facteurs pertinents (y compris les données de recherche) relatifs à un enjeu hautement prioritaire afin d'éclairer l'action. Les caractéristiques clés du dialogue étaient les suivantes :

- 1) il portait sur un enjeu auquel le Canada fait face actuellement;
- 2) il mettait l'accent sur différentes caractéristiques du problème, notamment (lorsque possible) la manière dont celui-ci affecte des groupes particuliers;
- 3) il portait sur trois éléments d'une approche (parmi de nombreux éléments) pour faire face à cet enjeu de politique publique;
- 4) il était éclairé par une synthèse d'information qui a été préalablement transmise aux participants, et celle-ci faisait état de données de recherches locales et internationales sur le problème, les trois éléments d'une approche globale pour faire face au problème et les implications liées à la mise en œuvre de ces éléments;
- 5) il était éclairé par une discussion sur l'ensemble des facteurs permettant de cerner le problème et les éléments d'une approche pour le résoudre;
- 6) il a réuni de nombreux acteurs pouvant être impliqués ou touchés par les décisions futures liées à l'enjeu;
- 7) il a assuré une représentation équitable des décideurs, des parties prenantes et des chercheurs;
- 8) il a fait appel à un facilitateur dont le rôle était de guider les délibérations;
- 9) il a permis de tenir des délibérations franches et confidentielles en suivant la règle de Chatham House : « Les participants sont libres d'utiliser les informations collectées à cette occasion, mais ils ne doivent révéler ni l'identité, ni l'affiliation des personnes à l'origine de ces informations, de même qu'ils ne doivent pas révéler l'identité des autres participants »;
- 10) il ne visait pas l'atteinte d'un consensus.

Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. Le dialogue a été conçu pour susciter des réflexions uniques – réflexions qui ne sont possibles que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions sur un problème, ou affectées par ces décisions, peuvent collaborer. Il a également été conçu pour encourager les participants à agir pour résoudre le problème, mais aussi pour influencer d'autres personnes, notamment ceux qui prendront connaissance du résumé du dialogue et des entrevues vidéo avec les participants du dialogue.

toutefois signalé que la configuration optimale des professionnels de la santé qui permettrait d'optimiser à la fois la qualité et l'étendue des soins était loin d'être claire.

En ce qui concerne la vulnérabilité de ces deux types de professionnelles de la santé, des participants ont reconnu que les arrangements actuels du système de santé ne garantissent pas :

- 1) l'uniformité, au sein des établissements et entre ceux-ci, de l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans la prestation des soins (ou de soutenir l'excellence dans la prestation des soins) ou leur protection lorsque les efforts organisationnels délaissent l'amélioration de la qualité en faveur du confinement des coûts (particulièrement dans les milieux où les spécialistes sont rémunérés à l'acte et où leurs hôpitaux peuvent embaucher des auxiliaires médicaux ou des cliniciens adjoints qui vont travailler avec eux et qui, dans certains cas, contribuent à leur facturation, et où les infirmières praticiennes sont rémunérées à même les budgets globaux des hôpitaux qui peuvent être facilement réduits en période de contraintes budgétaires comme c'est le cas actuellement, ou qui peuvent admettre leurs propres patients et leur donner congé, ce qui établit une dynamique concurrentielle avec les médecins); et
- 2) l'existence de mécanismes structurés d'établissement de normes en matière d'éducation, de réglementation et de reconnaissance des titres des infirmières cliniciennes spécialisées, ainsi que l'uniformité en matière d'éducation, de dispositions législatives, de champ d'activité et d'autonomie des infirmières praticiennes qui œuvrent dans des milieux de soins actifs.

Un participant a prévenu qu'il fallait éviter de penser que la demande diminuerait dans ces deux cas étant donné les pénuries qui persistent dans certaines spécialités de la médecine, le nombre croissant de femmes en médecine et la réduction du nombre d'heures pendant lesquelles les médecins résidents peuvent être de garde. Le même participant a soutenu qu'il pourrait y avoir de nombreuses discussions utiles que l'on pourrait tenir au niveau de la spécialité avant de convoquer un dialogue national.

Un participant a souligné que l'éducation pose un défi supplémentaire. En effet, l'éducation ne semble pas assez bien intégrée dans un système où les diplômés travailleront de plusieurs façons. Ceci comprend l'harmonisation de l'offre et de la demande, mais aussi la façon dont les diplômés sont bien préparés à effectuer le type de travail qu'ils seront appelés à faire et à quel point ceux-ci seront bien « socialisés » lorsqu'ils commenceront à travailler. Un autre participant a indiqué que l'éducation médicale a tendance à former des médecins qui ont le « sentiment que tout leur est dû » au lieu de bien comprendre ce que signifie d'avoir un esprit d'équipe efficace lorsqu'il s'agit de travailler notamment avec des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes. Un troisième participant a signalé que la non-reconnaissance des titres des infirmières cliniciennes spécialisées signifie que n'importe quelle infirmière peut revendiquer le titre en dépit de la grande hétérogénéité qui règne au niveau de leur éducation et de leur expérience clinique. Ce participant a décrit comment un établissement avait « nettoyé » le titre en rédigeant une nouvelle description des tâches afin que leur rôle soit de « favoriser la pratique informée par les données probantes entre les équipes », en reclassant le poste au niveau de la gestion et en « rayant » des personnes qui n'avaient pas un diplôme d'études supérieures ou un domaine de pratique clinique.

Plusieurs participants ont signalé que dans de nombreuses régions du pays, les milieux de soins actifs ne sont pas distincts du système de santé en général. Par conséquent, les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes doivent travailler dans divers secteurs du système et dans diverses spécialités. Un participant a ajouté que les infirmières cliniciennes spécialisées sont jugées non plus en fonction de la façon dont les patients sont bien traités dans leur établissement, mais plutôt en fonction de la façon dont tout le système de soins de santé s'occupe de ces patients. Un second participant a souligné que le rôle de ces deux types de professionnelles de la santé peut être très différent dans les grands centres universitaires par rapport aux petits hôpitaux. Un troisième a soutenu que, bien souvent, ces rôles ne sont pas planifiés de façon réfléchie ou ne sont pas communiqués efficacement. Un quatrième a fait remarquer que l'emploi d'infirmières cliniciennes spécialisées a tendance à être une décision d'employeur qui est « imposée » au milieu de soins actifs. Par contre, l'ajout d'une infirmière praticienne a tendance à être une décision d'équipe basée sur un

argumentaire où des enjeux comme les coûts et les effets sur les résultats ont été analysés (et comparés à d'autres solutions comme les hospitalistes) et où l'on a tenu compte de nombreux enjeux comme la répartition du travail (avant l'arrivée d'une infirmière praticienne). Un cinquième participant a déclaré que les soins intensifs en néonatalogie et les soins en hématologie pédiatrique étaient les deux seuls exemples locaux de collaboration entre des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes.

Des participants sont revenus constamment sur le manque de clarté des résultats auxquels les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes peuvent contribuer, mais aussi sur les paramètres qu'il est possible d'utiliser pour mesurer leur succès. Un participant a signalé que les réductions de coûts peuvent constituer un paramètre, tout comme une grande attention portée à l'utilisation des ressources dans les milieux de soins actifs, des séjours plus courts et la réduction du nombre de réadmissions. Un autre participant a signalé des paramètres comme la sécurité et la qualité. Un participant a signalé l'importance pour les infirmières cliniciennes spécialisées de s'assurer de « laisser des traces » lorsqu'elles se livrent à des activités comme conseiller un patient au sujet de sa plaie afin qu'on puisse noter leur contribution à l'atteinte des résultats. De nombreux participants ont noté que ce manque de clarté au sujet des résultats a contribué à l'absence de proposition de valeur pour les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes.

De nombreux participants ont signalé l'importance d'en apprendre davantage des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes au sujet de ce qu'elles font maintenant et des possibilités qui s'offrent à elles. Un participant a signalé que l'on vient de terminer une enquête pancanadienne auprès des infirmières cliniciennes spécialisées et que les résultats seront bientôt disponibles.

DÉLIBÉRATION AU SUJET DES ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR ABORDER LE PROBLÈME

Les participants ont discuté de trois éléments d'une approche pour faire face au problème. Les trois éléments ont été approuvés auparavant par un groupe de parties prenantes et ont été analysés dans la synthèse d'information. Beaucoup de participants ont convenu que certains aspects des trois éléments étaient prometteurs, bien qu'ils puissent être recadrés légèrement afin de s'assurer qu'on s'occupe des besoins des patients et qu'on décide ensuite qui est le mieux placé pour répondre à leurs besoins. Des participants ont aussi noté que les trois éléments sont placés dans un ordre logique, au moins en ce qui a trait aux infirmières cliniciennes spécialisées. Par conséquent, il serait préférable de s'attarder au premier élément avant le deuxième, pour enfin terminer avec le troisième élément.

Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique

Beaucoup de participants ont appuyé la présence des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans un dialogue national multilatéral. Un tel dialogue pourrait se pencher sur les professionnels de la santé dont on a besoin, leur « nombre », ainsi que la méthode de sélection et de formation à privilégier, et ce, afin de répondre aux besoins des patients, aux besoins des membres de leur famille, et pour atteindre les objectifs du système de santé. De nombreux participants ont insisté sur le fait que les employeurs constitueraient un groupe essentiel qui devait prendre part au dialogue : ce groupe pourrait inclure notamment les dirigeants des autorités régionales de la santé, des hôpitaux de soins actifs et d'établissement de soins de longue durée. Un participant a indiqué que ce dialogue pourrait intéresser le *Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines* à condition que tous les professionnels de la santé, et non seulement les infirmières et les médecins, puissent y participer. Un autre a souligné que la *Commission nationale d'experts* lancée en mai 2011 par l'*Association des infirmières et infirmiers du Canada* a déjà entrepris un tel dialogue.

Dans le cas des infirmières cliniciennes spécialisées, plusieurs participants ont soutenu qu'un travail préparatoire s'imposait, peut-être dans le contexte d'un autre dialogue national portant spécifiquement sur les infirmières cliniciennes spécialisées (et non sur les soins actifs de façon générale ou sur les infirmières cliniciennes spécialisées œuvrant dans des milieux de soins actifs plus précisément). Ce travail préparatoire viserait à :

- 1) clarifier leur rôle (ou pour ceux qui croient qu'il est déjà clair, à faire connaître leur rôle plus efficacement);
 - 2) énoncer une proposition de valeur dans le cas des infirmières cliniciennes spécialisées (p. ex. combler des lacunes visant à aider les patients à s'y retrouver dans le système et atteindre des résultats déterminés);
 - 3) décrire les compétences essentielles des infirmières cliniciennes spécialisées, les résultats qui peuvent contribuer à les atteindre et les paramètres qu'il est possible d'utiliser pour mesurer l'atteinte des objectifs; et
 - 4) planifier les programmes d'éducation pour assurer une offre viable d'infirmières cliniciennes spécialisées.
- Un participant se demandait s'il faudrait chercher d'abord à déterminer les compétences essentielles et passer seulement ensuite à la clarté des rôles, à la proposition de valeur et au programme d'éducation. De nombreux participants ont signalé que les infirmières cliniciennes spécialisées constituaient un groupe souvent oublié dans les discussions portant sur la profession infirmière et qu'un dialogue national portant exclusivement sur elles pourrait être particulièrement important. Un participant a signalé qu'il appréciait l'idée de replacer les infirmières cliniciennes spécialisées dans un contexte compréhensible et que le dialogue national pourrait aider les deux groupes à réfléchir plus à fond et à revaloriser leur rôle. Un autre participant a souligné que le dialogue devrait idéalement réunir l'éventail complet des organismes (p. ex. des petits hôpitaux communautaires jusqu'aux grands hôpitaux d'enseignement ainsi que des hôpitaux de soins actifs jusqu'aux établissements de réadaptation, en passant par des établissements de soins de longue durée, sans oublier des fournisseurs de soins à domicile). Un troisième participant a signalé que la discussion sur la clarté du rôle devait porter sur l'éventail complet des rôles qui pourraient être connexes (p. ex. on compare souvent les infirmières praticiennes aux diplômés en médecine de l'étranger qui travaillent comme hospitalistes pour ce qui est des coûts et des résultats attendus).

Pour les infirmières praticiennes, les participants ont jugé valable un travail préparation semblable, mais les discussions sur la clarté du rôle pourraient être entreprises de concert avec les infirmières cliniciennes spécialisées (compte tenu du fait que cela peut entrer en conflit avec l'idée selon laquelle celles-ci ont besoin d'une orientation spécialisée de façon spécifique). Ils estimaient aussi qu'il serait possible d'étendre avantageusement les discussions sur les résultats pour y inclure des questions sur la charge de travail et la productivité. Cela dit, les participants soutenaient qu'il pourrait être nécessaire de tenir d'abord des discussions sur le financement au niveau provincial ou territorial.

Élément 2 – Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus

Dans le cas des infirmières cliniciennes spécialisées, des participants appuyaient un virage vers la reconnaissance des titres (basée sur des compétences définies et la protection des infirmières cliniciennes spécialisées existantes par une disposition sur les « droits acquis ») et les programmes d'éducation spécialisée (étant donné qu'il n'en existe pas actuellement). Quelques participants se demandaient si une commission nationale (décrite à l'élément 1 ci-dessus) serait la façon idéale d'entreprendre ce travail. De nombreux participants ont signalé qu'il serait difficile d'obtenir (ou de justifier) la protection du titre étant donné que le pouvoir de prescrire utilisé pour obtenir la protection du titre dans les États américains qui voulaient le protéger n'est pas vraiment nécessaire dans le cas des infirmières cliniciennes spécialisées. Un participant a prévenu que l'accent mis sur l'éducation devrait chercher à établir des normes, mais non pas à établir une éducation rigoureusement normalisée, ce qui « étoufferait la flexibilité locale ». Un autre a affirmé la même chose en soutenant que les infirmières cliniciennes spécialisées ont besoin d'une éducation générale afin de pouvoir passer d'un domaine à un autre et d'une formation clinique spécifique (souvent fournie par leur employeur) afin de pouvoir ajouter de la valeur à un domaine en particulier, là où le besoin est important. Un

troisième a signalé qu'en dépit du « prestige » associé à la spécialisation, il est beaucoup plus facile d'obtenir du financement pour les programmes d'éducation générale et de les maintenir avec du savoir-faire local. Un quatrième a lancé l'idée d'un programme national de mentorat afin de faire connaître le point de vue de la spécialité aux infirmières cliniciennes spécialisées qui passent à de nouveaux rôles.

Dans le cas des infirmières praticiennes, des participants ont affirmé qu'il était prioritaire d'aborder la répartition des programmes de formation spécialisée au Canada (étant donné que la plupart des programmes sont des programmes d'éducation générale et que les programmes de formation spécialisée peuvent être difficiles à maintenir étant donné le bassin limité de savoir-faire dans un centre donné) et d'améliorer l'examen de l'*Association des infirmières et infirmiers du Canada* pour les infirmières praticiennes (étant donné que l'examen porte sur le niveau de base et qu'il se peut que ses regroupements généraux de catégories spécialisées ne correspondent pas à des modes particuliers d'exercice comme l'infirmière praticienne qui travaille dans une clinique de traitement du VIH dans un hôpital et qui peut œuvrer dans les deux domaines à la fois, soit les soins primaires et les soins actifs). Même si les infirmières praticiennes constituent un groupe pour lequel la protection du titre ne pose plus de problème, un participant a signalé que la réglementation du rôle varie à travers le Canada (p. ex., les règlements du Québec sont très spécifiques). Un autre a ajouté qu'il n'y a pas de mécanisme national permettant d'assurer que chaque infirmière praticienne ait reçu la formation appropriée compte tenu des rôles qu'elles devront remplir (p. ex., une infirmière praticienne travaillant en soins de santé pourra se présenter à l'examen portant sur des patients adultes seulement, et ce, même si elle verra inévitablement des patients enfants). Un troisième participant a signalé que les rôles des infirmières praticiennes varient considérablement entre les établissements (et même au sein du même établissement).

Un participant a proposé la création d'une commission nationale sur l'éducation en soins infirmiers, mais un autre participant s'est prononcé contre la nécessité et la valeur d'une telle commission. Un autre a proposé une approche plus radicale, soit d'établir un organisme national de certification de l'éducation pour tous les fournisseurs spécialisés, et non seulement les médecins, ce qui pourrait être particulièrement utile dans le cas des infirmières cliniciennes spécialisées. Un autre a signalé que cette approche pourrait soulever de l'intérêt si le seul organisme national existant de certification (le *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*) se restructurait en entité de certification vraiment transprofessionnelle.

Élément 3 – Lancer une campagne d'information et d'éducation

Des participants ont appuyé l'idée de campagnes d'information et d'éducation portant sur les innovations en soins actifs qui permettent de prodiguer plus de soins et de meilleurs soins. Un participant a signalé que l'*Association des infirmières et infirmiers du Canada* emprunte déjà cette voie avec le travail de sa *Commission nationale d'experts* au sujet du rôle et de la contribution des soins infirmiers. De nombreux participants ont signalé que le grand public, et non seulement les professionnels et les employeurs, devrait constituer une cible de premier plan pour la campagne. Un participant a signalé que les personnes vivant avec le VIH dans son établissement sont des porte-paroles particulièrement éloquents au sujet de la façon dont les infirmières praticiennes veillent à ce qu'ils reçoivent des soins de grande qualité. Un autre participant a soutenu qu'une commission nationale sur l'éducation (élément 2) devrait précéder l'élément 3 dans le cas des infirmières cliniciennes spécialisées, étant donné qu'elles ne font habituellement pas « partie de cette conversation » et peuvent être « difficiles à mobiliser ».

Tenir compte de tous les éléments

Étant donné que les délibérations sur l'élément 1 ont porté davantage sur les rencontres nationales préparatoires pour chacun des deux groupes, soit les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes, plusieurs participants sont revenus sur la question d'un dialogue national multilatéral. Un tel

dialogue pourrait porter sur les professionnels de la santé qui sont nécessaires, leur « nombre » et les stratégies de sélection et de formation à suivre pour répondre aux besoins des patients et des membres de leur famille, mais aussi pour atteindre les objectifs du système de santé. Un participant a déclaré qu'un tel dialogue sera essentiel pour confirmer la nécessité de ces rôles et, le cas échéant, la vision que nous avons de ces rôles pour les 20 prochaines années, ce qui constitue un horizon de planification approprié pour beaucoup de programmes d'éducation. De nombreux participants ont indiqué que les employeurs souhaiteraient vivement participer à un tel échange. Un participant a signalé qu'une telle tribune intéressera de nombreux partenaires si les échanges y sont vraiment transprofessionnels. L'*Association canadienne des soins de santé* (association d'employeurs), l'*Association canadienne des soins de santé viables* (association d'entreprises privées qui appuient le travail effectué par le *Conférence Board du Canada* sur la viabilité du système de santé), l'*Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes* (association de compagnies d'assurance vie et d'assurance maladie) et le *Réseau de la recherche sur les ressources humaines de la santé* (réseau de chercheurs), ainsi que le *Groupe d'intervention action santé* (regroupement d'organismes nationaux du secteur de la santé) pourraient être au nombre des partenaires.

Deux participants ont présenté des arguments en faveur d'une stratégie de recherche spécialisée portant sur des questions comme le type de professionnels de la santé nécessaires et leur « nombre » au niveau des unités, des établissements, des régions, des provinces ou des territoires afin d'éclairer à la fois des décisions très locales sur les effectifs optimaux et des décisions à plus grande échelle qui appuient la planification basée sur ces décisions locales. D'autres participants ont complété cette intervention en préconisant la création d'outils qui peuvent aider les décideurs locaux à définir la composition optimale des équipes.

DÉLIBÉRATION SUR LES IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE

Les participants considéraient que le manque de financement pour les dialogues nationaux proposés et le bassin limité de leaders (déjà surtaxés) auxquels il est possible de faire appel pour assurer la réussite de ces dialogues constituent des obstacles importants à la mise en œuvre d'une telle approche. En effet, ces leaders sont bien souvent très occupés par les nombreux rôles qu'ils doivent jouer. De plus, en ce qui concerne le manque de financement, un participant a signalé que les gouvernements s'intéressent probablement peu à de tels dialogues nationaux.

Un participant a signalé que le sondage pancanadien mené auprès des infirmières cliniciennes spécialisées offrira de l'information utile pour appuyer la mise en œuvre des trois éléments. Un deuxième participant a souligné que la mise en œuvre se fera sans heurt si les décisions sont prises avant de franchir chaque étape dans le but de déterminer si des activités distinctes s'imposent pour chaque groupe, soit les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes, ou si les enjeux se ressemblent suffisamment pour qu'il soit justifié de les combiner.

DÉLIBÉRATION SUR LES ÉTAPES SUIVANTES POUR DIFFÉRENTS GROUPES

Les participants ont affirmé que les éléments de l'approche, tels que présentés, se trouvaient dans un ordre logique. Par conséquent, l'ordre optimal pour les étapes à suivre consisterait à :

- 1) convoquer un dialogue national sur les infirmières cliniciennes spécialisées (et, si possible, un autre sur les infirmières praticiennes) qui portera sur la clarté du rôle, la proposition de valeur, les compétences essentielles, les résultats/paramètres et les programmes d'éducation (pour préparer l'étape suivante);
- 2) convoquer un dialogue national multilatéral sur la nature des professionnels de la santé nécessaires, leur « nombre » et la stratégie de sélection et de formation à suivre pour répondre aux besoins des patients, aux besoins des membres de leur famille, et atteindre les objectifs du système de santé;

- 3) appuyer un virage vers la reconnaissance des titres et des programmes d'éducation pour les infirmières cliniciennes spécialisées, ainsi qu'un virage vers la répartition des programmes de formation spécialisée et l'amélioration du processus d'autorisation d'exercer pour les infirmières praticiennes; et
- 4) lancer des campagnes d'information/d'éducation sur les innovations en soins actifs qui permettent de prodiguer plus de soins et de meilleurs soins (peut-être de concert avec les efforts déjà mis en œuvre par l'*Association des infirmières et infirmiers du Canada*).

Un autre élément serait d'établir une stratégie de recherche spécialisée sur des questions comme le type de professionnels de la santé nécessaires et leur « nombre » au niveau des unités, des établissements, des régions, des provinces et/ou des territoires. La création d'outils pouvant aider les décideurs locaux à définir la composition optimale des équipes serait également une question de recherche pertinente à explorer. Les participants n'ont toutefois pas discuté de façon explicite du moment le plus approprié pour une telle stratégie de recherche en fonction des éléments décrits ci-dessus.