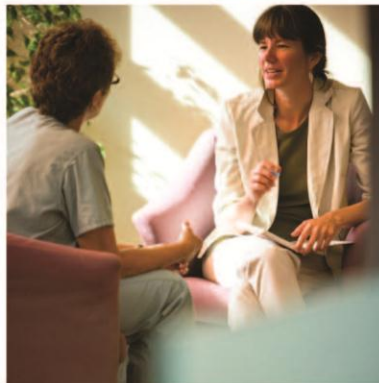
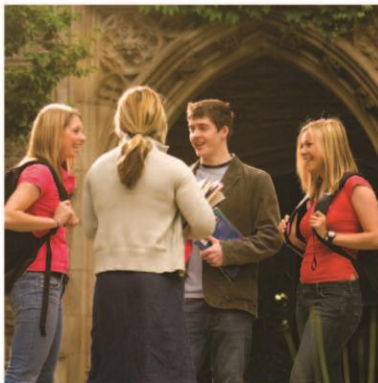




SYNTHÈSE
D'INFORMATION



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



LE 7 JUILLET 2011

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

Synthèse d'information :
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.

Auteurs

Fadi El-Jardali, M.S.P., PhD, leader invité, McMaster Health Forum

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

Financement

La présente synthèse d'information et le dialogue avec les parties prenantes qu'elle devait éclairer ont été financés 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 la synthèse d'information sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux des bailleurs de fonds ou du McMaster Health Forum.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial lié à la synthèse d'information. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans l'évaluation, la synthèse ou la présentation des données de recherche décrites dans la synthèse d'information.

Examen du mérite

Quelques chercheurs, décideurs et parties prenantes ont examiné la synthèse d'information afin d'en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour le système de santé.

Remerciements

Les auteurs remercient Margherita Cina (boursière, McMaster Health Forum) pour la gestion des références bibliographiques, ainsi que Julie Baird (responsable des opérations, McMaster Health Forum) pour son aide pour la prise de rendez-vous afin de réaliser les entrevues auprès des informateurs clés. Nous remercions Ileana Ciurea (directrice générale, McMaster Health Forum) pour ses services de gestion de projet et de soutien. Nous sommes reconnaissants aux membres du Comité directeur, et particulièrement à Alba DiCenso, pour leurs commentaires et suggestions éclairants et de nous avoir fait part de publications pertinentes sur le sujet. Nous sommes aussi reconnaissants aux examinateurs du mérite qui ont formulé des commentaires sur des versions précédentes du document, soit Vanessa Burkoski, Lynn Digney-Davis, Doris Grinspun, Sue Matthews et Sally Thorne.

Citation

El-Jardali F, Lavis JN. Synthèse d'information : L'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 7 juillet 2011.

Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7963 (imprimé)

ISSN 1929-7971 (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

MESSAGES CLÉS.....	5
RAPPORT	7
LE PROBLÈME	10
Les besoins en soins de santé deviennent de plus en plus complexes	11
Les programmes et les services efficaces ne parviennent pas à tous les patients	11
Les structures actuelles du système de santé ne garantissent pas des soins actifs complets et de grande qualité.....	12
TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR ABORDER LE PROBLÈME.....	16
Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique.....	18
Élément 2 – Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus.....	19
Élément 3 – Lancer une campagne d'information et d'éducation	20
IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE	23
RÉFÉRENCES.....	25
ANNEXE	29

MESSAGES CLÉS

Quel est le problème?

- Le problème réside dans le fait que les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées ne sont pas complètement intégrées dans les milieux de soins actifs où elles peuvent améliorer l'éventail et la qualité des services disponibles.
- Le problème a les caractéristiques suivantes :
 - les besoins en soins de santé deviennent de plus en plus complexes, ce qui alourdit les exigences imposées à tous les professionnels de la santé;
 - les programmes et services efficaces ne parviennent pas à tous les patients et souvent, les soins actifs qu'ils reçoivent ne sont pas aussi proactifs et coordonnés qu'ils le seraient idéalement;
 - les arrangements actuels du système de santé ne garantissent pas : 1) la qualité optimale des soins actifs; 2) l'uniformité, au sein des établissements et entre eux, de la façon dont les infirmières en pratique avancée seront intégrées dans la prestation des soins et protégées lorsque les efforts délaissent l'amélioration de la qualité en faveur du confinement des coûts; et 3) des normes, des exigences et des processus structurés d'éducation et de reconnaissance des titres ou de réglementation.

Que savons-nous à propos de éléments d'une approche pour aborder le problème?

- **Élément 1 :** Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique sur l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada.
 - Il faut à cette fin réunir des parties prenantes clés afin qu'elles soient « sur la même longueur d'onde » et bâtir sur cette entente pour chercher à obtenir du financement réservé pour les deux types de postes et, pour les infirmières cliniciennes spécialisées, des dispositions nécessaires au sujet de l'éducation, de la reconnaissance des titres, de la réglementation et de l'aide financière à l'éducation.
 - Nous n'avons pas trouvé de revue systématique portant sur cet élément.
 - Les enjeux qui pourraient stimuler la délibération comprennent le fait que nous avons vu au Canada de nombreuses parties prenantes travaillant à développer des appuis et demander du financement fédéral pour une nouvelle initiative d'envergure de lutte contre le cancer, mais aussi le fait d'établir un lien entre la présence d'infirmières cliniciennes spécialisées et l'agrément « d'hôpitaux-aimants » s'est révélé d'une importance critique pour l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées aux États-Unis.
- **Élément 2 :** Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus d'éducation et de reconnaissance des titres ou de la réglementation concernant les infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes partout au Canada.
 - Il faut à cette fin mettre de l'ordre dans la mosaïque actuelle d'exigences relatives à l'éducation des infirmières cliniciennes spécialisées et des normes d'éducation et de reconnaissances des titres ou de réglementation des infirmières cliniciennes spécialisées. Ceci nuit aux efforts d'intégration déployés dans les juridictions et entre elles, mais limite également la mobilité des infirmières.
 - Nous n'avons pas trouvé de revue systématique portant sur cet élément.
 - Les enjeux qui pourraient stimuler la délibération comprennent le fait que les organismes d'éducation et de réglementation centrés sur les médecins ont montré qu'il est possible d'uniformiser considérablement les normes au Canada, que des administrations au Canada et à l'étranger ont réussi à uniformiser les normes de réglementation des infirmières praticiennes et que des modifications du chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur ont obligé à agir ou à désigner les infirmières en pratique avancée comme une exception.
- **Élément 3 :** Lancer une campagne d'information et d'éducation à l'échelle nationale ou dans des provinces ou des territoires afin de mieux faire connaître comment certaines innovations dans les milieux de soins actifs (notamment l'intégration de la pratique infirmière avancée) pourraient mieux répondre aux besoins des patients.
 - Il faut à cette fin sensibiliser davantage les milieux de soins actifs à propos de certaines innovations (notamment l'intégration des infirmières en pratique avancée) pourraient mieux répondre aux besoins des patients.

- Les médias traditionnels peuvent exercer une influence positive sur les comportements, mais il n'existe aucune revue systématique qui a abordé la question de savoir si et comment les médias traditionnels et les nouveaux médias attirent plus d'attention sur un enjeu particulier.

Quelles implications liées à la mise en œuvre faut-il ne pas oublier?

- Les plus gros obstacles à la mise en œuvre de ces éléments existent probablement au niveau des gestionnaires et des responsables des politiques du système de santé, parce que les infirmières en pratique avancée demeurent un groupe peu nombreux et pas particulièrement visible dans le monde très concurrentiel des soins actifs.
- Il existe deux stratégies transversales de mise en œuvre sur lesquelles il vaudrait la peine de se pencher, soit inscrire cet enjeu au programme permanent d'un forum national et trouver des moyens d'appuyer la voix de ces deux types d'infirmières en pratique avancée.

RAPPORT

Les infirmières cliniciennes spécialisées sont des « infirmières autorisées titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières, spécialisée dans un domaine des soins infirmiers cliniques qui favorise l'excellence dans la pratique des soins infirmiers. Elles sont les modèles des infirmières et les représentent en faisant preuve de leadership quand elles interviennent à titre de cliniciennes, chercheuses, consultantes et formatrices. Elles aident à trouver des solutions à des problèmes complexes de soins de santé et sont les chefs de file de la création de guides cliniques et de la promotion de l'utilisation des données probantes et de la facilitation des changements dans le système »(2).

Les infirmières praticiennes sont « des infirmières autorisées dont la formation et l'expérience sont plus approfondies, qui font preuve des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostics, prescrire des produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome »(3). Contrairement aux infirmières cliniciennes spécialisées qui consacrent habituellement moins de temps au soin direct aux patients et plus de temps au soutien de l'excellence clinique, les infirmières praticiennes passent habituellement la majeure partie de leur temps directement au chevet des patients (souvent pour permettre aux spécialistes de voir plus de patients ou de prodiguer des soins de suivi de façon plus efficiente).

Une synthèse d'aide à la décision sur les soins infirmiers en pratique avancée réalisée en 2009(1) a porté sur les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes. L'expression soins infirmiers en pratique avancée signifie « un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations dans le domaine de la santé. Cette pratique consiste à analyser et résumer des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et des résultats de recherche, à créer des connaissances et à faire avancer le savoir en soins infirmiers, ainsi qu'à promouvoir l'ensemble de la profession »(4). Il est possible d'utiliser l'expression « soins infirmiers en pratique avancée » pour désigner de nombreuses catégories de rôles, mais nous l'utilisons pour désigner à la fois les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées.

La synthèse d'aide à la décision a résumé les connaissances

Encadré 1 : Contexte de la synthèse d'information

Cette synthèse d'information met en lumière des données de recherches mondiales et locales sur un problème, trois éléments d'une approche pour l'aborder et les principales implications liées à la mise en œuvre de ces éléments. La synthèse d'information s'appuie sur les résultats d'une synthèse d'aide à la décision (2). La synthèse d'information résume aussi, dans la mesure du possible, d'autres données de recherche tirées de revues systématiques de la littérature scientifique et, à l'occasion, d'études individuelles. Une revue systématique résume les études portant sur une question claire et utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, choisir et évaluer les études scientifiques et résumer des données tirées de ces études. La synthèse d'information ne présente pas de recommandations.

La préparation de la synthèse d'information a comporté cinq étapes :

- 1) réunir un Comité directeur constitué de représentants d'organismes partenaires et du McMaster Health Forum;
- 2) définir et améliorer le cadre de référence de la synthèse d'information et en particulier énoncer le problème et trois façons viables de l'aborder en consultation avec le Comité directeur et un certain nombre d'informateurs clés, ainsi qu'avec l'aide de plusieurs cadres conceptuels qui ont permis d'organiser les réflexions quant aux façons d'aborder l'enjeu;
- 3) identifier, choisir, évaluer et résumer des données de recherche pertinentes sur le problème, les éléments d'une approche et les implications liées à la mise en œuvre;
- 4) rédiger la synthèse d'information de façon à présenter les données de recherches mondiales et locales de manière concise et dans un langage accessible;
- 5) rédiger la version finale de la synthèse d'information en tenant compte des commentaires de plusieurs examinateurs.

Les trois éléments d'une façon d'aborder le problème ne sont pas mutuellement exclusifs. Il est possible de chercher à les appliquer simultanément (telle était l'intention des parties prenantes qui les ont définis) mais il est aussi possible de retenir certains aspects pour créer un nouvel élément (un quatrième).

La synthèse d'information visait à éclairer un dialogue avec les parties prenantes au cours duquel les données de recherche font partie des nombreux facteurs dont il faut tenir compte. Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. L'un des objectifs du dialogue est de 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.

issues de la recherche disponibles afin d'aider à mieux comprendre les rôles des infirmières en pratique avancée, les milieux où elles œuvrent actuellement et les facteurs du système de santé qui jouent sur leur intégration efficace dans le système de santé du Canada(1). La synthèse a aussi présenté les recommandations de parties prenantes clés sur la façon d'aborder l'intégration des soins infirmiers en pratique avancée au Canada.

Certaines des parties prenantes qui ont lu la synthèse d'aide à la décision décrite à l'Annexe C ont affirmé qu'elle contient « l'étalon-or », c'est-à-dire un résumé des connaissances acquises au cours des dernières décennies au sujet de la sécurité et de l'efficacité des soins infirmiers en pratique avancée (et, pour nos besoins en l'occurrence, dans les milieux de soins actifs).

L'annexe comportait 32 essais contrôlés randomisés portant sur les infirmières cliniciennes spécialisées, dont 16 provenaient des États-Unis, 11 du Royaume-Uni, deux du Canada et trois d'ailleurs(1). La principale conclusion tirée de la synthèse est que les infirmières cliniciennes spécialisées sont des professionnelles sécuritaires et efficaces qui peuvent avoir un effet positif sur tout un éventail de résultats (Tableau 1).

Tableau 1 : Nombre d'études portant sur la sécurité et l'efficacité des infirmières cliniciennes spécialisées dans les milieux de soins actifs et indiquant des résultats en particulier

Direction de l'effet	Résultats centrés sur les patients				Résultats centrés sur les fournisseurs	Résultats centrés sur le système	
	État de santé	Qualité de vie	Qualité des soins	Satisfaction des patients	Satisfaction des fournisseurs	Coûts	Durée du séjour
Amélioration	15	5	2	4		9	5
Baisse							
Aucune différence	8	4		3	1	4	1

Source : (5), qui s'inspire de (1), Annexe C

L'Annexe a aussi mis en lumière 18 essais contrôlés randomisés portant sur les infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs, dont 10 provenaient des États-Unis, six du Royaume-Uni, une du Canada et une de l'Australie(1). Les essais visaient généralement à établir l'équivalence entre les infirmières praticiennes et les médecins (et non leur supériorité) dans les milieux de soins actifs. La principale conclusion tirée de la synthèse est que les infirmières praticiennes sont aussi des professionnelles sécuritaires et efficaces qui peuvent avoir un effet positif sur tout un éventail de résultats (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre d'études portant sur la sécurité et l'efficacité des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs et indiquant des types de résultats en particulier

Direction de l'effet	Résultats centrés sur les patients				Résultats centrés sur les fournisseurs	Résultats centrés sur le système	
	État de santé	Qualité de vie	Qualité des soins	Satisfaction des patients	Satisfaction des fournisseurs	Coûts	Durée du séjour
Amélioration	5			5	1	2	2
Diminution							1
Aucune différence	7	1	7	2	1	2	2

Source : (5), qui s'inspire de (1), Annexe C

Cette synthèse d'information s'appuie sur la synthèse d'aide à la décision afin de passer en revue les données de recherches portant sur les aspects suivants : 1) les défis liés à l'intégration limitée des infirmières en pratique avancée dans les milieux des soins actifs au Canada en dépit de résultats convaincants (ce que nous appelons ci-après le problème); 2) trois éléments d'une approche pour aborder le problème et, par conséquent, de contribuer à la plus grande intégration des infirmières en pratique avancée; 3) les implications liées à la mise en œuvre de chacun de ces éléments. Les milieux des soins actifs constituent certes le thème principal, mais beaucoup des mêmes enjeux seront tout aussi pertinents aux soins de longue durée, aux établissements psychiatriques et autres milieux où œuvrent les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes. Une autre synthèse d'information accompagne celle-ci et porte plus spécifiquement sur les milieux de soins actifs et le rôle des infirmières praticiennes(6).

Certains facteurs contextuels liés au système de santé et aux politiques de santé ont pu avoir un impact sur les efforts visant l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs :

- historiquement, les soins actifs ont été prodigués surtout sous la direction de médecins spécialistes travaillant comme professionnels dans le secteur privé et rémunérés par le secteur public (rémunération à l'acte), et ce, dans des établissements de soins actifs, privés et sans but lucratif qui reçoivent du secteur public des fonds de fonctionnement (souvent des budgets globaux)(7);
- les infirmières cliniciennes spécialisées ont toujours dû définir un rôle pour elles-mêmes dans ces milieux de soins actifs et le défendre en période de compressions budgétaires (comme c'est le cas à l'heure actuelle);
- les infirmières praticiennes travaillent habituellement sous les directives d'un médecin, en particulier dans des domaines spécialisés des soins actifs et celles-ci peuvent donc compter plus souvent sur les médecins spécialistes pour les aider à défendre leur rôle en périodes de restrictions budgétaires (comme c'est le cas à l'heure actuelle);
- nous avons aussi vu apparaître récemment la nouvelle catégorie des « auxiliaires médicaux » qui travaillent sous la surveillance directe d'un médecin (y compris dans les milieux de soins actifs) et le nouveau rôle d'infirmière praticienne en anesthésie en Ontario, sans oublier les rôles qui existent toujours comme ceux des cliniciens adjoints (qui peuvent être des infirmières ou des médecins) dans plusieurs provinces;
- la communauté de politiques qui a fait son apparition dans le contexte des soins actifs demeure relativement hétérogène, et des médecins, des infirmières, des gestionnaires et d'autres intervenants sont souvent tous

Encadré 2 : Observations sur l'équité

Un problème peut avoir des répercussions disproportionnées sur certains groupes au sein de la société. Les avantages, les dangers et les coûts des options qui permettent de faire face à un problème peuvent varier entre les groupes. Les implications liées à la mise en œuvre peuvent aussi varier entre les groupes.

Une des façons d'identifier les groupes nécessitant une attention particulière consiste à examiner huit attributs pouvant être utilisés pour décrire des groupes (tels qu'identifiés par le cadre « PROGRESS »)† :

- le lieu de résidence (p. ex., les populations rurales et éloignées);
- la race, l'origine ethnique et la culture (p. ex., les populations des Premières nations et Inuits, les populations immigrantes et les minorités linguistiques);
- l'emploi ou plus généralement l'expérience du marché du travail (p. ex., les personnes en situation d'emploi précaire);
- le genre;
- la religion;
- le niveau d'éducation (p. ex., la littératie en santé);
- la situation socioéconomique (p. ex., les populations économiquement désavantagées);
- le capital social/l'exclusion sociale.

La synthèse d'information s'efforce de viser tous les citoyens, mais elle cherche aussi (lorsque c'est possible) à déterminer si et comment les données existantes et les résultats de recherche accordent une attention particulière aux personnes ou aux patients en milieux urbains (souvent bien desservis) par rapport aux milieux ruraux. Il est important de porter une attention sérieuse à d'autres groupes (p. ex., les peuples autochtones au Canada vivant en milieu urbain, itinérants, nouveaux immigrants et personnes dont la situation socioéconomique est désavantagée ou qui vivent avec une maladie mentale) et il serait possible d'adopter une approche semblable pour chacun de ces groupes.

† Le cadre PROGRESS a été élaboré par Tim Evans et Hilary Brown (Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion* 2003;10(1-2): 11–12). Il est mis à l'essai par le Cochrane Collaboration Health Equity Field comme moyen d'évaluer l'effet d'interventions sur l'équité en santé.

mobilisés autour des enjeux clés(7);

- le grand public méconnaît en grande partie les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes et le rôle qu'elles jouent dans les milieux de soins actifs (et le grand public risque d'être en proie à une confusion causée par des distinctions entre les auxiliaires médicaux, les infirmières auxiliaires autorisées (en Ontario et dans d'autres provinces et territoires), les infirmières autorisées, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées) et les associations médicales n'émettent habituellement pas d'opinion au sujet des infirmières cliniciennes spécialisées ou des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs;
- les processus annuels visant à établir les budgets des hôpitaux, les assemblées annuelles d'éducateurs et les élections provinciales sont des forums et des événements qui pourraient attirer l'attention (mais n'ont pas tendance actuellement à le faire) sur les enjeux des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs.

Il convient aussi de mentionner deux caractéristiques du contexte plus général de la politique et du système de santé qui compliquent l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada :

- le système de santé du Canada comporte 13 systèmes financés par le secteur public (10 provinces et trois territoires); et
- chaque province a dévolu aux autorités régionales de la santé des décisions sur la planification, le financement et l'intégration des soins de santé et le nombre d'autorités et les types de décisions que chacune peut prendre varient selon la province (même si certaines provinces, comme l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard, ont « recentralisé » la prise de décision).

C'est pourquoi les efforts d'intégration d'envergure passent obligatoirement par une vision et un plan convenu à l'échelle nationale (ou provinciale), ou bien l'intégration se fera par province ou par région, ce qui exigera beaucoup de temps et affectera la capacité de tout groupe de professionnels de la santé, encore plus un groupe aussi peu nombreux que celui des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes.

LE PROBLÈME

De façon générale, le problème réside dans le fait que les infirmières en pratique avancée (c.-à-d. les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées) ne sont pas complètement intégrées dans les milieux des soins actifs où elles peuvent améliorer l'éventail et la qualité des services disponibles.

Les principales caractéristiques du problème sont les suivantes :

1) les besoins en soins de santé sont de plus en plus complexes, ce qui alourdit les exigences imposées à tous les professionnels de la santé; 2) les patients ne reçoivent pas tous des programmes et services efficaces et souvent, les soins actifs qu'ils finissent par recevoir ne sont pas aussi proactifs et coordonnés qu'ils le seraient idéalement; 3) les structures actuelles du système de santé ne garantissent pas a) la qualité optimale des soins actifs, b) l'uniformité, au sein des établissements et entre ceux-ci, de la façon d'intégrer les infirmières en pratique avancée dans la prestation des soins ou de les protéger

Encadré 3 : Réunir des données de recherche sur le problème

Nous avons cherché des données de recherche disponibles sur le problème dans tout un éventail de documents de recherche publiés et de la littérature « grise ». Nous avons cherché des documents publiés présentant une dimension comparative afin de mieux cerner le problème, et ce, en utilisant trois « atouts » en recherche sur les services de santé dans Medline, c'est-à-dire leur pertinence, les processus et les résultats des soins (ce qui augmente nos chances de trouver des études et des enquêtes communautaires dans des bases de données administratives). Nous avons cherché des documents publiés présentant des idées sur la façon de cerner le problème en utilisant un quatrième atout dans Medline, soit la recherche qualitative. Nous avons fait des recherches dans la littérature grise en passant en revue les sites Web de nombreux organismes canadiens et internationaux comme l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, le Conseil canadien de la santé, le Health Evidence Network, le Health Policy Monitor, l'Association médicale de l'Ontario, et l'Organisation de coopération et de développement économiques. Nous avons accordé la priorité aux données de recherche publiées plus récemment, applicables à l'échelon local (les recherches ont été effectuées au Canada) et tenu compte de facteurs liés à l'équité.

Nous avons trouvé d'autres documents en passant en revue la liste des références de la synthèse d'aide à la décision (2) et en communiquant avec des experts dans les juridictions où il était difficile de trouver (ou d'obtenir) des documents.

lorsque l'amélioration de la qualité cède la place au confinement des coûts, c) un ensemble structuré de normes, d'exigences et de processus d'éducation et de reconnaissance des titres ou la réglementation.

Les besoins en soins de santé deviennent de plus en plus complexes

Les besoins en soins de santé deviennent de plus en plus complexes à tous les âges et sans égard aux problèmes médicaux, ce qui impose aux soins actifs des exigences plus lourdes que jamais. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la tendance du fardeau mondial imposé par les maladies effectue un virage vers les problèmes chroniques et complexes depuis un certain temps(8). C'est pourquoi les besoins de la population canadienne sur le plan des soins de santé deviennent de plus en plus complexes en partie à cause de la fréquence à laquelle il faut prendre en charge plusieurs problèmes chroniques simultanément(9).

La complexité croissante des besoins en soins de santé n'est qu'un facteur parmi plusieurs autres qui imposent aux soins actifs des exigences plus lourdes que jamais. Toutefois, il s'agit d'un critère décisif pour le sous-système à cause de la façon dont des maladies au stade clinique avancé obligent plus que jamais une équipe de fournisseurs de soins de santé à prendre en charge les soins d'une façon plus intégrée et coordonnée que jamais. Le vieillissement, le nombre croissant de personnes qui ont de multiples comorbidités nécessitant des soins continus, les pressions de plus en plus lourdes qui s'exercent sur l'observation de lignes directrices basées sur des données probantes et des normes de qualité, la demande croissante de formes de soins plus holistiques et complets, y compris l'éducation des patients, qui aide les patients à bien vivre avec des problèmes chroniques et complexes, sans oublier la complexité croissante des autres sous-systèmes où les fournisseurs de soins actifs doivent aider leurs patients à s'y retrouver (p. ex., soins primaires, soins de santé mentale, soins à domicile, soins continus et complexes et soins de longue durée) sont au nombre des autres pressions qui s'exercent sur les systèmes de soins actifs.

Les personnes qui ont des maladies au stade clinique avancé et de multiples comorbidités sont à l'origine d'un pourcentage disproportionné des coûts globaux des soins de santé. L'incapacité à les prendre en charge prolongent la durée des hospitalisations, entraîne de nouvelles hospitalisations et des visites à l'urgence qui se traduisent en coûts élevés pour les systèmes de santé. Les coûts des soins de santé au Canada sont déjà élevés et continueront de grimper en chiffres réels(9). Le total des dépenses de santé du Canada est un des plus élevés parmi les pays industrialisés (10,8 % du produit intérieur brut en 2008, en hausse par rapport à 8,9 % en 2000)(10).

Les programmes et les services efficaces ne parviennent pas à tous les patients

Il peut être très difficile d'estimer le pourcentage de Canadiens dans les milieux de soins actifs qui bénéficient de l'éventail complet de programmes et de services efficaces nécessaires à la prise en charge des maladies chroniques ou des maladies actives, ainsi que ceux qui reçoivent des soins sécuritaires et de qualité optimale. Des données probantes indiquent que beaucoup de programmes et services, en particulier ceux qui sont habituellement fournis par des spécialistes, mais qui pourraient l'être par des infirmières praticiennes œuvrant en partenariat avec des spécialistes, ne parviennent pas à tous les patients en milieux de soins actifs :

- seulement 13 % des patients victimes d'un accident ischémique cérébral qui avaient droit à une thrombolyse (c.-à-d. à des « médicaments anti-caillots ») l'ont reçue dans l'heure suivant leur arrivée à l'urgence en Ontario en 2009-2010(11); et
- seulement 79 % des patients âgés qui ont subi une crise cardiaque ont fait remplir une ordonnance pour l'un ou l'autre de deux médicaments d'ordonnance recommandés (un bêta bloquant ou un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine/antagoniste de l'angiotensine moins de 90 jours après avoir reçu leur congé en Ontario en 2009-2010(11).

De même, des données indiquent que les soins reçus par les Canadiens dans les milieux de soins actifs ne sont pas aussi sécuritaires ou de qualité aussi optimale qu'on pourrait le souhaiter (ce qui pourrait être possible si les infirmières cliniciennes spécialisées occupaient l'ensemble de leur champ d'activité dans tout un éventail de milieux de soins actifs) :

- on a constaté que 7,5 % des hospitalisations au Canada en 2000 découlaient d'un événement indésirable, dont 36,9 % ont été jugés évitables(12); et
- 12,6 % des patients adultes des services de médecine qui ont reçu leur congé de six hôpitaux de Toronto en 2007 ont été hospitalisés de nouveau dans les 30 jours (dont 51,7 % constituaient, selon un algorithme validé, un risque élevé de réadmission) et 20,9 % ont été réadmis dans les 90 jours suivant leur congé, ce qui indique qu'il faudrait accorder plus d'attention à la préparation des patients à risque élevé de réadmission pour qu'ils reçoivent des soins optimaux après avoir obtenu leur congé(13).

Les structures actuelles du système de santé ne garantissent pas des soins actifs complets et de grande qualité

Il y a tout un éventail de **mécanismes de prestation** qui ne garantissent pas des soins actifs de grande qualité et intégrés. Voici certains des indicateurs qui permettent de brosser un portrait de la situation actuelle :

- 41 % des adultes canadiens ont déclaré en 2010 avoir attendu deux mois ou plus pour voir un spécialiste (dont certains au moins œuvraient dans des milieux de soins actifs), ce qui constituait le pourcentage le plus élevé dans les 11 pays à revenu élevé visés par l'étude(14);
- près du même pourcentage (42 %) des adultes canadiens vivant avec une maladie chronique ont déclaré en 2008 avoir attendu deux mois ou plus pour voir un spécialiste (là encore, dont au moins certains œuvraient dans des milieux de soins actifs), ce qui constituait le pourcentage le plus élevé parmi les huit pays à revenu élevé visés par l'étude(15);
- 25 % des adultes canadiens ont déclaré en 2010 avoir attendu quatre mois ou plus pour une chirurgie élective, ce qui constituait aussi le pourcentage le plus élevé des 11 pays à revenu élevé visés par l'étude(14);
- 17 % des adultes canadiens vivant avec une maladie chronique ont déclaré en 2008 qu'après avoir reçu leur congé de l'hôpital, ils ont été hospitalisés de nouveau ou se sont rendus à un service d'urgence à cause de complications survenues au cours de leur convalescence, pourcentage qui venait au deuxième rang en importance parmi les huit pays à revenu élevé visés par l'étude(15);
- 50 % des adultes canadiens vivant avec une maladie chronique qui ont été hospitalisés au cours des deux années précédentes ont déclaré avoir connu au moins une lacune importante du système après avoir reçu leur congé d'un établissement de soins actifs (ne pas avoir reçu de directives claires au sujet des symptômes à surveiller et quand chercher à recevoir d'autres soins, ne pas savoir avec qui communiquer pour poser des questions au sujet de leur état ou de leur traitement, ne pas avoir reçu de plan de soins écrit après leur congé, et aucun arrangement pour les visites de suivi chez un médecin ou un autre professionnel de la santé(15).

Les mécanismes de prestation existants ne garantissent pas que les infirmières praticiennes puissent aider à prodiguer des soins actifs plus complets, en partie en œuvrant dans des équipes de soins de santé avec les spécialistes qui sont en demande(16). Seulement 22 % des adultes canadiens vivant avec une maladie chronique ont déclaré en 2008 qu'une infirmière intervenait régulièrement dans la prise en charge de leur état, ce qui était beaucoup moins que les 48 % des adultes vivant avec une maladie chronique au Royaume-Uni. qui ont déclaré qu'une infirmière s'occupait régulièrement d'eux(15), mais la majorité de ces expériences auraient découlé d'autres événements survenus en dehors de l'hôpital. Nous ne connaissons pas de données sur le pourcentage d'adultes canadiens qui ont bénéficié de l'intervention d'une infirmière praticienne dans leurs soins actifs en milieu hospitalier. Même lorsque les infirmières praticiennes participent aux soins actifs, les mécanismes de prestation existants (comme les directives médicales qui régissent souvent leur travail) restreignent habituellement leur rôle à un champ d'activité limité(1).

Les mécanismes de prestation existants ne garantissent pas non plus de façon uniforme que les infirmières cliniciennes spécialisées puissent aider à prodiguer des soins actifs de plus grande qualité au Canada(2). Leurs rôles sont souvent négociés individuellement, au cas par cas(17;18). Aux États-Unis, par contre, l'enquête menée auprès de chefs de la direction des soins infirmiers a révélé que les infirmières cliniciennes spécialisées ont joué un rôle important à la fois dans l'obtention et dans le maintien du statut « d'hôpital-aimant », ce qui indique que leurs rôles aux États-Unis se définissent davantage au niveau de l'organisation(19).

Les **mécanismes financiers** existants posent des défis sur les plans de l'intégralité et de la qualité des soins actifs, en grande partie parce que les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes sont habituellement rémunérées à même les budgets globaux des hôpitaux(20). Ceci signifie qu'il est facile de supprimer leurs services lorsque le « *business case* » en faveur de leur participation aux soins actifs n'est pas facile à défendre ou que l'on cherche avant tout à limiter les coûts plutôt qu'à prodiguer des soins actifs complets de grande qualité. Au Canada, les compressions budgétaires des hôpitaux imposées au cours des années 80 et 90 ont entraîné la disparition d'un grand nombre de ces postes(1). Sur le plan historique, le déploiement des infirmières cliniciennes spécialisées a oscillé entre des périodes d'embauche à la hausse pour améliorer la pratique des soins infirmiers et des périodes de réduction du nombre de postes à cause de contraintes budgétaires(2). Le manque de financement stable dans les budgets globaux des hôpitaux pouvant être affecté à des postes en soins actifs peut entraîner une diminution du nombre d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières praticiennes qui obtiennent l'autorisation d'exercer (p. ex., le nombre déclaré d'infirmières cliniciennes spécialisées au Canada est passé de 2 624 en 2000 à 2 222 en 2008)(21;22). Cette diminution continue des effectifs est sérieuse si l'on tient compte des projections pour 2022, alors qu'il manquera au Canada plus de 60 000 infirmières(21). Ceci aura des effets négatifs sur les patients et les membres de leur famille qui auront de la difficulté à obtenir des services de soins infirmiers sécuritaires et de grande qualité en temps opportun.

Les mécanismes relatifs à la gouvernance font également en sorte que l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes est incomplète dans les milieux de soins actifs, alors qu'elles pourraient améliorer l'éventail et la qualité des services disponibles. Les mécanismes de gouvernance ont particulièrement un effet sur le plan du manque d'exigences structurées quant à la scolarité et de mécanismes normalisés de réglementation et de reconnaissance des titres des infirmières cliniciennes spécialisées(1;2;23), sans oublier le manque d'uniformité dans tout le pays sur les plans des dispositions législatives, du champ d'activité et de l'autonomie des infirmières praticiennes œuvrant dans les milieux de soins actifs(24;25).

Si l'on commence par l'éducation, l'obtention d'une maîtrise dans un programme de deuxième cycle en sciences infirmières constitue la formation recommandée pour les infirmières cliniciennes spécialisées au Canada et à l'étranger(4). Contrairement à ce qui se passe chez les infirmières praticiennes, il n'y a toutefois pas de programme officiel de formation spécifique aux infirmières cliniciennes spécialisées au Canada(26). Les programmes actuels de formation du deuxième cycle sont « génériques » et ne sont pas conçus spécifiquement pour garantir la compétence dans la pratique(26). Un examen de 31 programmes de formation supérieure en sciences infirmières a révélé qu'un seul offrait un programme spécifique aux infirmières cliniciennes spécialisées, mais l'inscription au programme était fermée à cause du manque de financement(27). Un deuxième programme offrait une option de leadership en pratique avancée afin de préparer des infirmières cliniciennes spécialisées et des cliniciens qui sont des leaders, et un troisième programme étudiait la possibilité de créer une formation destinée aux infirmières cliniciennes spécialisées. Un autre programme offrait deux cours particuliers aux infirmières cliniciennes spécialisées et six offraient des cours généraux de pratique avancée qui pourraient être pertinents pour les infirmières cliniciennes spécialisées, mais n'étaient pas conçus spécifiquement pour elles(27). Des études réalisées au Canada ont recommandé d'uniformiser les programmes d'études de base des infirmières cliniciennes spécialisées(4;22;28-30). Il serait notamment possible de normaliser la formation des infirmières cliniciennes spécialisées au niveau de la spécialisation et exiger 500 heures cliniques pour l'obtention d'une maîtrise(31), de telles exigences ayant été acceptées dans le cas des infirmières cliniciennes spécialisées aux États-Unis(26).

Le manque d'uniformité dans les programmes de formation peut limiter la visibilité des infirmières cliniciennes spécialisées et entraîner une variabilité au niveau de la pratique. Au Canada, la variabilité au niveau de la pratique des infirmières cliniciennes spécialisées et les nombreuses facettes associées à leur rôle ont causé de la confusion et rendu difficile l'évaluation de leurs résultats(22;26;32;33). La méconnaissance, au sein des équipes de soins de santé, du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée constitue un obstacle à leur intégration dans la pratique infirmière avancée(34-37). Une revue systématique visant à cerner les obstacles et les facilitateurs de l'élaboration et de l'application du rôle de l'infirmière en pratique avancée a révélé que

L'ambiguïté du rôle constituait le facteur le plus important influençant son implantation(38). L'ambiguïté était reliée à la confusion qui régnait chez les intervenants au sujet des objectifs, du champ d'activité, des responsabilités et des résultats attendus(38).

Le manque d'uniformité au niveau des programmes de formation peut entraîner des variations en ce qui concerne les compétences essentielles d'un bout à l'autre du Canada. Cela pose un défi sur le plan de la communication avec les patients et les autres fournisseurs de soins de santé au sujet de ce qu'est une infirmière clinicienne spécialisée et de ce qu'elles peuvent faire dans différentes provinces et différents territoires. Ce manque d'uniformité limite également la mobilité des infirmières cliniciennes spécialisées. Ce manque d'uniformité des normes d'éducation a un impact encore plus important, du moins pour les infirmières praticiennes, depuis les modifications apportées au chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur qui ont été adoptées en 2009(39). Selon ces modifications, la loi interdit de refuser le permis d'exercice à tout professionnel qui en avait auparavant un dans une autre province ou un autre territoire à cause de son éducation, à moins que la juridiction ait défini des exceptions par écrit(39).

Si l'on passe maintenant à la réglementation, il n'y a pas au Canada de mécanismes normalisés de réglementation et de reconnaissance des titres des infirmières cliniciennes spécialisées, dont le titre n'est pas reconnu officiellement(2). La plupart des juridictions du Canada n'ont pas d'autres mesures législatives ou réglementaires sur le rôle des infirmière clinicienne spécialisée(2). Il s'ensuit que des infirmières peuvent se dire infirmières cliniciennes spécialisées même si elles n'ont pas poursuivi des études supérieures et même si elles n'ont pas le savoir-faire requis dans une spécialité clinique(2;20). Il demeure complexe de préconiser la protection du titre parce que les aspects de la pratique des infirmières cliniciennes spécialisées qui sont habituellement couverts par des règlements ne dépassent pas le champ d'activité des infirmières autorisées (même si beaucoup d'autres aspects de leur rôle le font), ce qui signifie qu'il n'est pas nécessaire de réglementer pour protéger le titre(2).

Si l'on passe maintenant au manque d'uniformité au niveau des dispositions législatives, du champ d'activité et de l'autonomie des infirmières praticiennes, seulement 10 des 13 juridictions canadiennes ont adopté des mesures pour permettre aux infirmières praticiennes d'exercer dans les secteurs des soins actifs(24;25). Dans la plupart des juridictions, les infirmières praticiennes en milieux de soins actifs sont autorisées à :

- 1) diagnostiquer une maladie, un trouble ou un état de santé; 2) prescrire un test diagnostique ou de dépistage et en interpréter les résultats; et 3) prescrire des médicaments(25). Le niveau d'autonomie permettant d'exécuter ces fonctions varie entre les juridictions et dépend des lois qui réglementent la pratique dans chaque cas(25). Au Québec, par exemple, des activités comme le diagnostic initial d'une maladie et les certificats de décès à remplir demeurent l'apanage exclusif du médecin(40). En Ontario, la Loi sur les professions de la santé réglementées, de concert avec les lois régissant chaque profession comme la Loi sur les infirmières et infirmiers, réglemente les professions qui ont le pouvoir de poser 13 actes réglementés, qui incluent des activités pouvant causer un préjudice si elles sont exécutées par une personne non qualifiée(40). Ces mécanismes donnent aux infirmières praticiennes le pouvoir de diagnostiquer, de prescrire des examens de laboratoire et de diagnostic, ainsi que des traitements(41). La Loi sur les hôpitaux publics (Règlement 965) restreint toutefois le pouvoir des infirmières praticiennes qui peuvent prescrire des médicaments aux patients en service externe seulement(42). À cause de ce règlement, les infirmières praticiennes de l'Ontario qui prodiguent des services à des patients en service interne doivent continuer de se baser sur les directives du médecin pour poser ces actes réglementés(42). Le gouvernement étudie actuellement des changements possibles à ces règlements(43). Une autre question législative est liée aux privilèges d'admettre des patients et de leur donner leur congé. En Alberta, en Colombie-Britannique et au Québec, les infirmières praticiennes n'ont pas le privilège d'admettre des patients et de leur donner leur congé(42;44-47), ce qui limite leur capacité de prodiguer des soins coordonnés et en temps opportun aux patients en milieux de soins actifs(48). Par ailleurs, le gouvernement de l'Ontario a l'intention de modifier la Loi sur les hôpitaux publics pour accorder aux infirmières praticiennes le pouvoir légal de donner à des patients leur congé de l'hôpital à compter du 1^{er} juillet 2011 et d'admettre des patients en juillet 2012.

Même s'il ne s'agit pas d'une question de réglementation en soi, le manque actuel de planification des ressources humaines comporte une dimension de gouvernance qui inclut des infirmières cliniciennes

spécialisées et des infirmières praticiennes qui établissent un jumelage entre les besoins de la population dans le domaine de la santé et les types de fournisseurs de soins de santé nécessaires pour prodiguer les services répondant à ces besoins.

Observations liées à l'équité au sujet du problème

Le manque d'intégration complète des infirmières de pratique avancée dans les milieux de soins actifs (et les défis à l'origine du manque d'intégration complète) peut varier énormément dans les milieux urbains (souvent bien desservis) par rapport aux milieux ruraux. De plus, même en contexte urbain, le problème peut être très différent pour les peuples autochtones au Canada, les itinérants, les nouveaux immigrants et les personnes dont la situation socioéconomique est faible ou qui vivent avec une maladie mentale. Nous n'avons pas trouvé de données ou de résultats de recherches qui ont permis de déterminer si des caractéristiques particulières du problème étaient plus importantes ou l'étaient moins en milieu urbain qu'en milieu rural.

TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR ABORDER LE PROBLÈME

Il existe énormément de données de recherche sur les défis auxquels fait face le secteur des soins actifs et que pose l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans le secteur. Nous savons toutefois beaucoup moins de choses sur ce qu'il est possible de faire pour relever ces défis.

Il y a de nombreuses façons d'aborder l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada. Bien que nos synthèses d'information présente généralement trois options distinctes, nous présentons ici les éléments d'une seule approche unifiée qui a été approuvée auparavant par un groupe de parties prenantes clés provenant de différents horizons. Les données de recherche résumées et documentées dans le contexte de la synthèse d'aide à la décision susmentionnée ont éclairé leurs discussions(1).

Les trois éléments sont les suivants : 1) lancer une initiative multilatérale de planification stratégique sur l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada; 2) appuyer l'uniformité des normes, des exigences, des processus d'éducation et de reconnaissance des titres et de réglementation des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes d'un bout à l'autre du Canada; et 3) lancer une campagne d'information et d'éducation afin de mieux faire connaître comment des innovations (notamment l'intégration des soins infirmiers en pratique avancée) pourraient mieux répondre aux besoins des patients dans les milieux de soins actifs. Cette section porte avant tout sur ce que nous connaissons de ces éléments, ainsi que sur leurs forces et leurs faiblesses. La section qui suit traite surtout des obstacles à l'adoption et à la mise en œuvre de ces éléments et de stratégies possibles afin de surmonter ces obstacles.

Les huit recommandations, qui ont permis d'éclairer l'élaboration de ces trois éléments, mettaient avant tout l'accent sur la façon d'aborder le manque d'intégration complète des soins infirmiers en pratique avancée au Canada (Tableau 3)(1). (La recommandation finale – soit la recommandation 9 du Tableau 2 – n'est pas abordée par aucun des trois éléments de l'approche proposée). Les recommandations, que les parties prenantes participantes qui ont participé aux réflexions ont toutes jugées nécessaires, n'ont pas été classées séparément pour les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes ni pour les milieux de soins actifs et de soins primaires. Les trois éléments décrits dans les sous-

Encadré 4 : Mobilisation des données de recherches sur des éléments d'une approche pour aborder le problème

Les données de recherche disponibles sur les éléments d'une façon d'aborder le problème proviennent principalement d'une base de données mise à jour continuellement qui contient plus de 1 300 revues systématiques sur les mécanismes de gouvernance, les mécanismes financiers et les mécanismes de prestation de services : Health Systems Evidence (www.healthsystemsevidence.org). Nous avons repéré les revues en cherchant dans la base de données pour identifier des revues portant sur les caractéristiques des éléments (d'abord en utilisant les mots clés infirmière praticienne et soins infirmiers en pratique avancée pour trouver tout jumelage « quasi parfait »). Afin de repérer des données probantes sur les coûts ou la rentabilité, nous avons aussi effectué une recherche dans la base de données sur l'évaluation économique des NHS (disponible par la Cochrane Library) en suivant une approche semblable.

Les conclusions des auteurs ont été extraites des revues dans la mesure du possible. Il se peut que certaines revues ne contiennent aucune étude en dépit d'une recherche exhaustive (c.-à-d. qu'il s'agissait de revues « vides »), tandis que d'autres peuvent conclure qu'il existait une incertitude importante au sujet de l'option basée sur les études repérées. Aucune de ces possibilités n'a été rencontrée dans la production de cette synthèse d'information. Lorsque c'était pertinent, nous avons formulé des mises en garde au sujet des conclusions tirées par ces auteurs et basées sur des évaluations de la qualité des revues, du caractère applicable de leurs résultats au niveau local, des considérations relatives à l'équité et de la pertinence à la question.

Il peut être tout aussi important de savoir ce que nous savons et ce que nous ne savons pas. Face à une revue vide, une incertitude importante ou des préoccupations soulevées par la qualité et l'applicabilité locale ou le manque d'attention aux facteurs liés à l'équité, nous pourrions recommander plus de recherches primaires ou chercher à appliquer une option et concevoir un plan de surveillance et d'évaluation dans le contexte de sa mise en œuvre. Face à une revue publiée il y a de nombreuses années, nous pourrions en commander la mise à jour si le temps le permet.

sections qui suivent ont toutefois été classés pour les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs. Les délibérations à venir pourraient porter sur les regroupements de ces éléments et leur classement en catégories, leurs avantages et leurs inconvénients, ainsi que sur les priorités qui leur sont attribuées et l'ordre dans lequel les éléments devraient être mis en œuvre.

Tableau 3 : Recommandations des parties prenantes sur la façon d'aborder l'intégration des infirmières en pratique avancée, y compris les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes, dans les milieux de soins actifs au Canada

Pour les milieux des soins infirmiers (et leurs partenaires) :
1. Formuler un énoncé de vision qui précise clairement la valeur ajoutée du rôle des soins infirmiers en pratique avancée dans tous les milieux.
Pour les décideurs de niveau sénior (politique et pratique) :
2. Établir un groupe de travail multidisciplinaire pancanadien mettant à contribution des groupes de parties prenantes clés afin de faciliter la mise en œuvre des rôles infirmiers en pratique avancée.
3. Considérer les soins infirmiers en pratique avancée comme un élément de la planification des ressources humaines de la santé et basé stratégiquement sur les besoins de la population en matière de soins de santé.
4. Normaliser dans tout le pays les normes, les exigences et les processus de réglementation et d'éducation en soins infirmiers en pratique avancée.
5. Élaborer une stratégie de communications pour faire connaître à un vaste lectorat les contributions positives des soins infirmiers en pratique avancée.
6. Protéger le soutien financier accordé aux postes de soins infirmiers en pratique avancée et à l'éducation dans ce domaine afin d'assurer la stabilité et la viabilité.
Pour les éducateurs :
7. (Comme ci-dessus) Normaliser dans tout le pays les normes, les exigences et les processus de réglementation et d'éducation en soins infirmiers en pratique avancée.
8. Inclure des éléments qui tiennent compte de l'interprofessionalisme dans tous les programmes de formation professionnelle en santé de premier et de troisième cycles.
Pour les chercheurs et les bailleurs de fonds de la recherche :
9. Effectuer d'autres recherches sur « la valeur ajoutée » des rôles infirmiers en pratique avancée (par rapport à un modèle de substitution), leurs répercussions sur les coûts des soins de santé et le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée.

Source : (1)

Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique

Cet élément consiste à lancer une initiative multilatérale de planification stratégique sur l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada. L'élément combine quatre des recommandations présentées à l'intention des parties prenantes dans la synthèse d'aide à la décision :

- 1) créer un énoncé de vision qui précise clairement la valeur ajoutée du rôle des soins infirmiers en pratique avancée dans tous les milieux (recommandation 1);
- 2) établir un groupe de travail multidisciplinaire pancanadien mettant à contribution des groupes de parties prenantes clés afin de faciliter la mise en œuvre des rôles infirmiers en pratique avancée (recommandation 2);
- 3) considérer les soins infirmiers en pratique avancée comme un élément de la planification des ressources humaines de la santé basé de façon stratégique sur les besoins de la population en soins de santé (recommandation 3); et
- 4) protéger le soutien financier accordé aux postes de soins infirmiers en pratique avancée et à l'éducation dans ce domaine afin d'assurer la stabilité et la viabilité (recommandation 6).

Cet élément est justifié par le fait que, pour améliorer la qualité des soins actifs au Canada, il est essentiel que les parties prenantes clés soient « sur la même longueur d'onde » et bâtir sur cette entente afin d'obtenir du financement dédié à l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada pour y renforcer les soins de santé primaires. Ceci faciliterait également l'obtention de financement dédié afin d'intégrer ou de conserver des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada, mais aussi l'obtention, pour les infirmières cliniciennes spécialisées, de dispositions relatives à l'éducation et à la reconnaissance des titres et de la réglementation. Afin que les parties prenantes clés soient sur la « sur la même longueur d'onde », il serait possible de recourir notamment à un groupe de travail mis sur pied par le gouvernement, à un groupe de travail établi par les parties prenantes, ou à un processus de planification stratégique dictée par les chercheurs. Les dispositions nécessaires au sujet de l'éducation et de la réglementation devraient porter avant tout sur la formation requise et la reconnaissance des titres des infirmières cliniciennes spécialisées, ainsi que sur les normes d'éducation et de réglementation des infirmières praticiennes, qui constituent le thème de la sous-section suivante. L'aide financière serait nécessaire pour l'éducation en général, et pour améliorer les possibilités de formation interprofessionnelle, structurer les modèles de pratique en collaboration et les considérer comme un élément de la planification efficace des ressources humaines de la santé. Une telle initiative devrait établir une voie claire et un calendrier de mise en œuvre, mais aussi s'assurer que chaque organisation participante accepte la responsabilité de sa contribution à l'initiative.

Nous n'avons pas trouvé de revue systématique portant sur cet élément. Nous ne pouvons donc présenter de résumé de données de recherche sur chacun des aspects suivants :

- avantages de l'élément;
- préjudices possibles associés à l'élément;
- coûts ou rentabilité de l'élément par rapport au statu quo;
- incertitude au sujet des avantages et des préjudices possibles (pour éclairer la surveillance et l'évaluation si nous donnons suite à l'élément);
- caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis à l'essai ailleurs;
- opinions des parties prenantes au sujet de l'élément et leurs expériences en la matière.

Comme il n'y a pas de revue systématique, les délibérations sur cet événement devront s'inspirer des connaissances tacites, des opinions et des expériences des responsables des politiques et des parties prenantes. Si le temps le permet, une revue systématique précise pourrait être réalisée.

Afin de favoriser les délibérations, nous passons en revue ici plusieurs points clés de la revue de la littérature scientifique que nous avons repérée. Tout d'abord, à l'échelle fédérale, un processus semblable pour mobiliser l'appui de toutes les parties prenantes a été mis en place afin d'obtenir du financement fédéral pour une nouvelle initiative d'envergure de lutte contre le cancer (Partenariat canadien contre le cancer) et une nouvelle initiative de premier plan en santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada). Deuxièmement, au

moins pour la première de ces deux initiatives, la planification stratégique a consisté à dégager une vision commune capable de mobiliser de nombreuses parties prenantes de différents horizons. Dans ce cas, la vision pourrait consister à renforcer les soins actifs pour améliorer l'accès aux soins infirmiers de grande qualité plutôt qu'à aborder (seulement) l'intégration d'un fournisseur de soins de santé en particulier dans les milieux de soins primaires. Troisièmement, l'établissement d'un lien entre les infirmières cliniciennes spécialisées et l'agrément des « hôpitaux-aimants » s'est révélé d'une importance cruciale.

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

Cet élément consiste à appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus d'éducation et de reconnaissance des titres et de la réglementation pour les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes dans tout le pays. Cet élément conjugue trois des recommandations des parties prenantes énoncées dans la synthèse d'aide à la décision :

- 1) normaliser dans tout le pays les normes, les exigences et les processus d'éducation et de réglementation des soins infirmiers en pratique avancée (recommandations 4 et 7);
- 2) inclure des éléments portant sur l'interprofessionnalisme dans tous les programmes de formation de premier et de troisième cycles des professionnels de la santé (recommandation 8).

Cet élément est justifié par le fait qu'il est essentiel, pour renforcer la qualité des soins actifs au Canada, de mettre de l'ordre dans la mosaïque actuelle d'exigences en matière d'éducation et de normes de reconnaissance des titres des infirmières cliniciennes spécialisées et de normes d'éducation et de réglementation des infirmières praticiennes au Canada. Cela nuit aux efforts d'intégration déployés dans les provinces (et limitent considérablement leur mobilité). L'amélioration de l'interprofessionnalisme peut aussi être considérée comme une étape essentielle. Nous supposons que l'uniformisation consisterait à convoquer des organismes provinciaux et territoriaux d'éducation et de réglementation de toutes les régions du Canada qui collaboreraient volontairement pour améliorer l'uniformité.

Comme exemple de défis que posera n'importe quel processus, il ne faut pas oublier que pour mettre de l'ordre dans les exigences d'éducation imposées aux infirmières cliniciennes spécialisées seulement, il pourrait être nécessaire : 1) d'établir des normes tant au niveau général qu'à celui de la spécialisation (p. ex., une maîtrise avec au moins 500 heures d'expérience clinique comme on l'exige aux États-Unis(26;31); 2) d'établir des exigences relatives aux programmes d'études de base(4;22;28-30); et 3) d'appuyer la création au Canada d'une formation supérieure destinée spécifiquement aux infirmières cliniciennes spécialisées(2;27). Tel que mentionné plus tôt, un examen de 31 programmes de formation supérieure en soins infirmiers au Canada a révélé que 1) seulement un programme offrait une formation spécifique à l'intention des infirmières cliniciennes spécialisées, mais l'inscription au programme a été fermée à cause d'un manque d'argent(27); 2) un deuxième programme offrait une option portant sur le leadership en pratique avancée afin de préparer les infirmières cliniciennes spécialisées et des cliniciennes chefs de file; 3) un troisième programme étudiait la possibilité de créer un volet à l'intention des infirmières cliniciennes spécialisées; 4) un quatrième programme offrait deux cours destinés spécifiquement aux infirmières cliniciennes spécialisées; et 5) six programmes offraient des cours généraux de soins infirmiers en pratique avancée qui pourraient être pertinents pour les infirmières cliniciennes spécialisées, mais n'étaient pas conçus spécifiquement pour elles(27).

Nous n'avons pas trouvé de revue systématique portant sur cet élément. Nous ne pouvons donc pas présenter de résumé de données de recherche sur les bienfaits, les préjudices et les coûts (ou la rentabilité) de l'élément, l'incertitude qui entoure les bienfaits et les préjudices possibles (pour éclairer la surveillance et l'évaluation si nous donnons suite à l'élément), les caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis à l'essai ailleurs ou les opinions des parties prenantes et leurs expériences en la matière. Comme il n'y a pas de revue systématique, les délibérations à venir sur cet élément devront s'inspirer des connaissances tacites, des opinions et des expériences des responsables des politiques et des parties prenantes. Si le temps le permet, une revue systématique précise pourrait être réalisée.

Afin de favoriser les délibérations, nous passons en revue ici plusieurs points clés de notre étude de la littérature scientifique que nous avons repérée. Tout d'abord, les établissements d'enseignement et de réglementation centrés sur les médecins ont montré qu'il est possible d'uniformiser considérablement les normes au Canada. Deuxièmement, les normes d'éducation ont été uniformisées en Australie et aux États-Unis, où l'on exige maintenant l'obtention d'une maîtrise pour les infirmières praticiennes(49) et les normes de réglementation des infirmières praticiennes ont été uniformisées dans certaines juridictions au Canada et à l'étranger, comme l'Australie l'a fait dans le contexte d'un effort législatif visant 10 professions(49). Troisièmement, les modifications du chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur, adoptées en 2009(39), signifient maintenant que la loi interdit de refuser un permis d'exercice à tout professionnel qui en détenait auparavant un dans une autre province ou un autre territoire à cause de son éducation, à moins que l'administration ait défini des exceptions par écrit(39). Ce changement indique qu'il faut un cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des titres et de certification pour toutes les professions de la santé (et non seulement les infirmières praticiennes que ces changements sont susceptibles de toucher comme ils ne le feraient pas chez les infirmières cliniciennes spécialisées, qui auraient toutes une maîtrise en sciences infirmières et n'ont pas besoin de permis précis d'exercice pour jouer ce rôle). Les gouvernements doivent aussi s'engager à harmoniser leur système et établir une vision commune, des principes directeurs, des méthodes unifiées de qualification et de certification et des résultats à atteindre(39).

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

Cet élément consiste à lancer une campagne d'information et d'éducation à l'échelle nationale ou dans des provinces ou des territoires afin de mieux faire connaître comment certaines innovations (notamment l'intégration des soins infirmiers en pratique avancée) pourraient mieux répondre aux besoins des patients dans les milieux de soins actifs (p. ex., en prodiguant des soins plus intégrés ou de plus grande qualité). L'élément émane directement d'une recommandation que les parties prenantes ont énoncée dans la synthèse d'aide à la décision, soit d'élaborer une stratégie de communication afin de diffuser à un vaste public les contributions positives des soins infirmiers en pratique avancée. La campagne devrait viser avant tout à mieux faire connaître : 1) la valeur ajoutée du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs, comme le souligne la recommandation; 2) le fait que ces deux types d'infirmières en pratique avancée prodiguent des soins aussi sécuritaires et efficaces que les autres professionnels de la santé; et 3) comment certaines innovations (notamment l'intégration des infirmières en pratique avancée dans les milieux de soins actifs) pourraient mieux répondre aux besoins des patients. Le deuxième thème, et spécialement le troisième, permettraient de collaborer pour planifier, financer et mettre en œuvre la campagne mettant à contribution différentes professions de la santé et non seulement les infirmières en pratique avancée.

La campagne pourrait viser à la fois le grand public, les professionnels de la santé et les décideurs du système de santé. Toutefois, il serait peut-être plus judicieux d'utiliser ces ressources pour concentrer les efforts sur ceux qui peuvent prendre des décisions au sujet de l'organisation des soins de santé dans les milieux de soins actifs : les professionnels et les gestionnaires de la santé (et à un degré moindre, les membres de conseils d'administration) des milieux de soins actifs (et des autorités régionales de la santé), ainsi que les responsables des politiques qui interviennent dans la gestion du secteur des soins actifs. Quels que soient les publics cibles, la campagne devrait préciser clairement les contributions uniques des infirmières cliniciennes spécialisées, des infirmières praticiennes et d'autres professionnels de la santé dans la prestation de soins complets et de grande qualité dans les milieux de soins actifs.

Cet élément se justifie par le fait que bien des besoins en soins actifs ne sont pas comblés pour beaucoup de Canadiens (ou qu'ils ne sont pas comblés de façon optimale) et que beaucoup de Canadiens ne savent pas que les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes peuvent apporter une contribution importante, et ce, à un coût acceptable. De plus, il est probable que beaucoup de Canadiens ne savent pas comment d'autres professionnels, comme les auxiliaires médicaux, remplissent un rôle qui est effectué seulement sous la surveillance directe d'un médecin. Les professionnels de la santé (comme les médecins) et les décideurs du système de santé (comme les dirigeants des autorités régionales de la santé et les responsables

de politiques des gouvernements provinciaux et territoriaux) peuvent aussi ne pas savoir comment les innovations comme l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées dans les milieux de soins actifs pourraient répondre aux besoins des Canadiens.

Une campagne d'information et d'éducation pourrait inclure les éléments suivants :

- médias traditionnels pour mobiliser le grand public, comme les médias imprimés et électroniques; et
- « nouveaux médias » pour mobiliser le grand public, comme les courts messages de masse et autres stratégies basées sur le téléphone cellulaire, ainsi que des pétitions en ligne et d'autres stratégies Internet, sans oublier les efforts visant à mobiliser directement les dirigeants gouvernementaux et d'autres organismes de parties prenantes.

Nous n'avons trouvé aucune revue systématique visant à déterminer si et comment les médias traditionnels attirent davantage l'attention du public, des professionnels et des responsables des politiques sur un enjeu particulier. Il existe toutefois des revues systématiques sur les effets des médias traditionnels sur les comportements individuels liés à la santé. Il en a été question dans une synthèse d'information précédente produite par le McMaster Health Forum au sujet de la participation des décideurs du système de santé à l'appui de la prise en charge intégrée de la douleur chronique(50). La synthèse d'information a révélé une étude de grande qualité, mais qui a été réalisée il y a quelques années, et qui a révélé que les campagnes dans les médias de masse et la couverture non planifiée dans ces médias peuvent avoir un effet positif sur l'utilisation des services de santé(51). Dans une autre revue de grande qualité, mais plus récente, les 35 études incluses ont conclu que les interventions dans les médias de masse jouent un rôle efficace pour promouvoir le counseling et les tests de dépistage volontaire pour le VIH(52).

Nous n'avons trouvé aucune revue permettant de déterminer si et comment les nouveaux médias attirent davantage d'attention sur un enjeu particulier. Une synthèse d'information antérieure produite par le McMaster Health Forum où il était question de la participation de la société civile afin de soutenir l'utilisation des résultats de recherche dans les systèmes de soins de santé décrivait toutefois comment les nouveaux médias permettent d'agir directement sur l'élaboration des politiques du système de santé(54).

Le tableau 4 résume les principaux points tels qu'identifiés dans le résumé de la littérature scientifique. L'Annexe 1 décrit plus en détail les revues systématiques contenues dans le Tableau 4 à l'intention de ceux qui veulent en savoir davantage sur les revues systématiques (ou pour obtenir les références de ces revues).

Tableau 4 : Résumé des principaux points tirés des revues systématiques portant sur l'élément 3 – Lancer une campagne d'information et d'éducation

Catégorie des points soulevés	Résumé des principaux points soulevés
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Médias traditionnels <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de grande qualité, mais qui date de quelques années, a révélé que toutes les études (dont la qualité variait) sauf une ont conclu que les campagnes planifiées dans les médias de masse et la couverture non planifiée peuvent avoir un effet positif sur l'utilisation des services de santé(52). ○ Une revue de grande qualité a révélé que toutes les études ont conclu que les interventions dans les médias de masse jouent un rôle efficace dans la promotion du counseling et du dépistage volontaire pour le VIH (53).
Préjudices possibles	<ul style="list-style-type: none"> • Non traités par les revues systématiques repérées
Coûts ou rentabilité par rapport au statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • Non traitées par les revues systématiques repérées
Incertitude au sujet des bienfaits et des préjudices possibles (la surveillance et l'évaluation pourraient donc être justifiées s'il était donné suite à l'élément)	<ul style="list-style-type: none"> • Incertitude parce qu'aucune revue systématique repérée <ul style="list-style-type: none"> ○ Nouveaux médias <ul style="list-style-type: none"> ○ Aucune revue repérée portant sur cet élément de l'option. ○ Mobilisation directe des dirigeants gouvernementaux <ul style="list-style-type: none"> ○ Aucune revue repérée portant sur cet élément de l'option. • Incertitude parce qu'aucune étude en dépit d'une recherche détaillée effectuée dans le cadre d'une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans objet (c.-à-d. aucune revue vide repérée) • Aucun message clair tiré des études incluses dans un examen systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans objet (c.-à-d. aucune revue repérée indiquant l'absence de message clair)
Caractéristiques clés de l'élément s'il en a été fait l'essai ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Non traités par les revues systématiques repérées
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Non traitées par les revues systématiques repérées

IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE

Compte tenu de l'analyse des défis qu'il faudra peut-être relever pour de donner suite à l'un ou plusieurs des éléments proposés – ou des défis qui pourraient surgir plus tard – il est utile d'aborder ces défis en fonction de plusieurs groupes : les patients, les professionnels, les organismes et les systèmes. Le tableau 5 présente une liste des défis possibles.

Les plus gros obstacles se situent probablement au niveau des gestionnaires des systèmes de santé et des responsables des politiques parce que les infirmières en pratique avancée demeurent un groupe peu nombreux et en grande partie invisible dans le monde très concurrentiel des milieux de soins actifs. Les patients accorderont probablement de l'attention à l'élément 3 seulement et, même là, cette attention sera limitée. Les groupes ou les associations représentant les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes ne constituent pas actuellement une force assez importante au sein des associations d'infirmières (si les premières sont intégrées dans les secondes), ou une force assez importante pour attirer l'attention des grandes associations de médecins, d'autres parties prenantes et des responsables des politiques (si les premières sont indépendantes). Les organismes provinciaux et territoriaux d'éducation et de réglementation, ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux, pourraient résister à des pressions en faveur d'une plus grande uniformisation entre les provinces et les territoires (ou du moins ne pas l'appuyer) ainsi que des pressions pour agir différemment en période de restrictions budgétaires (compte tenu des coûts de transition connexes).

Tableau 5 : Obstacles potentiels à la mise en œuvre des éléments

Niveaux	Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique sur l'intégration des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes dans les milieux de soins actifs au Canada	Élément 2 – Appuyer l'uniformité des normes, des exigences ou des processus d'éducation et de réglementation des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes au Canada.	Élément 3 – Lancer une campagne d'information et d'éducation afin de mieux faire connaître comment des innovations (notamment l'intégration des soins infirmiers en pratique avancée) pourraient mieux répondre aux besoins des patients dans les milieux de soins actifs.
Patient	Sans objet – un tel changement ne serait probablement pas visible pour les patients.	Sans objet – un tel changement ne serait probablement pas visible pour les patients.	Difficulté à formuler des messages à la lumière de ce à quoi les patients sont habitués et pour les patients qui ne sont pas bien desservis par les arrangements actuels. Concurrence entre les campagnes de promotion qui cherchent à attirer l'attention du grand public.
Professionnel	Il se peut que les associations professionnelles (autres que celles des infirmières) n'aient pas de mandat clair pour s'engager à participer à l'initiative. Il se peut que les professionnels et leurs associations n'aient pas le temps, les connaissances spécialisées et les ressources nécessaires pour contribuer vraiment, ou qu'ils ne le fassent pas.	Il se peut que les associations professionnelles (autres que celles des infirmières) n'aient pas de mandat clair pour s'engager à participer à l'initiative. Il se peut que les professionnels et leurs associations n'aient pas le temps, les connaissances spécialisées et les ressources nécessaires pour contribuer vraiment, ou qu'ils ne le fassent pas.	Il se peut que les associations professionnelles (autres que celles des infirmières) n'aient pas de mandat clair pour s'engager à participer à l'initiative.
Organisme	Les organismes de soins de santé primaires ont une capacité toute nouvelle seulement de se représenter collectivement, de contribuer vraiment à l'initiative et d'en appuyer la mise en	Les organismes de soins de santé primaires ont une capacité toute nouvelle seulement de se représenter collectivement, de contribuer vraiment à l'initiative et d'en appuyer la mise en	Les organismes de soins de santé primaires ont une capacité toute nouvelle seulement de se représenter collectivement, de contribuer vraiment à l'initiative et d'en appuyer la mise en œuvre.

McMaster Health Forum

	œuvre.	œuvre. Les établissements d'enseignement et les organismes de réglementation sont centrés principalement sur la province et le territoire et comptent sur des personnes engagées pour promouvoir les efforts visant à accroître l'uniformité au Canada.	
Système	<p>Les forums nationaux existants (p. ex., comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux, négociations relatives à l'Accord sur la santé) n'ont pas le mandat ou les ressources nécessaires pour parrainer une telle initiative.</p> <p>Les forums existants de planification particulière à une province ou un territoire (p. ex., comités de gestion mixtes) et les mécanismes de financement (p. ex., régimes provinciaux d'assurance-maladie) donnent une voix plus importante et plus de ressources aux médecins qu'aux infirmières cliniciennes spécialisées et aux infirmières praticiennes et aux autres fournisseurs de soins actifs.</p>	<p>Les forums nationaux existants (p. ex., associations de réglementation) n'ont pas le mandat ni les ressources nécessaires pour parrainer un tel effort.</p> <p>Il se peut que les gouvernements provinciaux résistent aux efforts d'uniformisation dans un domaine de compétence des provinces.</p>	<p>Les forums nationaux existants (p. ex., Conseil canadien de la santé) n'ont pas le mandat ni les ressources nécessaires pour parrainer une telle campagne.</p> <p>Il se peut que les gouvernements provinciaux résistent aux efforts visant à alourdir les pressions qui s'exercent sur eux pour qu'ils fassent différemment (car cela peut souvent coûter plus cher, au moins à court terme).</p>

Il serait possible d'envisager plusieurs stratégies de mise en œuvre pour n'importe quel élément (c.-à-d. les colonnes) ou groupe (c.-à-d. les rangées) donné. Toutefois, puisque les parties prenantes participant à la synthèse d'aide à la décision considèrent que les trois éléments sont essentiels, l'élaboration de stratégies « transversales » de mise en œuvre pourrait constituer un premier pas important. Deux stratégies de cette nature valent la peine d'être envisagées : faire inscrire cet enjeu au programme d'un forum national (peut-être en le faisant sous l'angle des équipes interprofessionnelles) et trouver des façons d'appuyer la voix de ces deux types distincts d'infirmières en pratique avancée.

RÉFÉRENCES

1. DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Bourgeault I, Martin-Misener R, Donald F, Abelson J. *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2009.
2. Bryant-Lukosius D, Carter N, Kilpatrick K, Martin-Misener R, Donald F, Kaasalainen S et al. The clinical nurse specialist role in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2010;24(Special Issue):140-66.
3. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Ottawa, Canada : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2009.
4. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Ottawa, Canada : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2008.
5. DiCenso A. Evaluation of the Impact of Advanced Practice Nurses. Paris, France : Communication présentée à la réunion d'experts de l'OCDE sur les rôles avancés pour les infirmières, 12 février 2010; 2010.
6. El-Jardali F, Lavis JN. Synthèse d'information : L'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins primaires au Canada. Hamilton, Canada : Forum de McMaster sur la santé; 2011.
7. Hutchison B, Abelson J, Lavis JN. Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs* 2001;20(3):116-31.
8. Organisation mondiale de la Santé. *Des soins novateurs pour les affections chroniques*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2003.
9. Académie canadienne des sciences de la santé. *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats*. Ottawa, Canada : Académie canadienne des sciences de la santé; 2010.
10. Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2010*. Paris, France : Organisation de coopération et de développement économiques; 2011.
11. Conseil ontarien de la qualité des services de santé. *Observateur de la qualité : rapport annuel 2011 sur le système de santé de l'Ontario*. Toronto, Canada : Conseil ontarien de la qualité des services de santé; 2011.
12. Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC* 2004;170(11):1678-86.
13. Gruneir A, Dhalla I, van Walraven C, Fischer H, Camacho X, Rochon P. Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. *Open Medicine, North America* 2011; disponible à : <http://www.openmedicine.ca/article/view/419/409>(consulté le 17 juin 2011).
14. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Affairs* 2010;29(12):1-12.
15. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs* 2008;28(1):1-16.
16. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2007.
17. Hravnak MR, Kleinpell R, Magdic K, Guttendorf J. The acute care nurse practitioner. *Advanced Practice Nursing: An Integrated Approach* 2009.

18. Kilpatrick K, Harbman P, Carter N, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Donald F et al. The acute care nurse practitioner role in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2010;24(Special Issues):114-39.
19. Walker JA, Urden LD, Moody R. The role of the CNS in achieving and maintaining magnet status. *Journal of Nursing Administration* 2009;39(12):515-23.
20. DiCenso A. *Small Steps Toward Full Integration of APNs : Lessons Learned from the Canadian Experience*. Hamilton, Canada : Programme de chaires FCRSS/IRSC sur la pratique infirmière avancée; 2011.
21. Institut canadien d'information sur la santé. *Les infirmières réglementées au Canada : tendances des infirmières autorisées*. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé; 2010.
22. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Profil statistique de la profession infirmière au Canada en 2005*. Ottawa, Canada : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2006.
23. Dias MH, Chambers-Evans J, Reidy M. The consultation component of the clinical nurse specialist role. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 2010;42(2):92-104.
24. Association of Registered Nurses of Prince Edward Island. *Standards of Practice for Nurse Practitioners*. Charlottetown (Î.-P.-É.) : Association of Registered Nurse Practitioners; 2010.
25. Institut canadien d'information sur la santé, Association des infirmières et infirmiers du Canada. *La réglementation et le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens au Canada : mise à jour de 2006*. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé; 2006.
26. Kaasalainen S, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Harbman P, Bryant-Lukosius D, Donald F et al. A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2010;24(Special Issue):35-60.
27. Martin-Misener R, Reilly SM, Vollman AR. Defining the role of primary health care nurse practitioners in rural Nova Scotia. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 2010;42(2):30-47.
28. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Report on the CASN/FNIHB Workshop on Primary Health Care/Nurse Practitioner Education*. Ottawa, Canada : Association canadienne des écoles de sciences infirmières; 2004.
29. Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Harbman P, Donald F, Kaasalainen S, Carter N et al. Education of advanced practice nurses in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2010;24(Special Issue):61-87.
30. Schreiber R, MacDonald M, Pauly B, Davidson H, Crickmore J, Moss L et al. Singing in different keys: Enactment of advanced nursing practice in British Columbia. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2005;18(2).
31. Gauthier P. Collège Boréal's Professor Invited by American Nurse Specialist. *Sudbury, Ontario: Sudbury Star*; 2009.
32. Donald F, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Carter N et al. The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2010;24:88-113.
33. Sparacino P, Cartwright C. *The Clinical Nurse Specialist. Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*. Philadelphie, États-Unis : W.B Saunders Co.; 2009. p. 349-79.
34. Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens. *Les infirmières et infirmiers praticiens : le temps est arrivé. Une solution pour améliorer l'accès aux soins et réduire les délais d'attente*. Ottawa, Canada : Santé Canada; 2006.
35. Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Kilpatrick K, Carter N et al. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2010;24(Special Issue):189-210.

36. Hass J. Nurse practitioners now able to work across Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2006;174(7):911-2.
37. Urquhart G, Roschkov S. Clinical nurse specialist or nurse practitioner? *Canadian Nurse* 2004;100(5):18-22.
38. Lloyd Jones M. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: Systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(2):191-209.
39. Lenihan D. Foreign qualification recognition and Canada's intergovernmental landscape. *Options politiques* 2010;31(7):44-8.
40. Loi sur les professions de la santé réglementées. Chapitre 18, Codification administrative. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 1991.
41. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Directives professionnelles. Les directives. Toronto, Ontario : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; 2009.
42. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Registered Nurse in the Extended Class: Scope of Practice Review. Submission to the Health Professions Regulatory Advisory Council. Toronto, Canada : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; 2007.
43. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Annonces du ministère : Le ministre envisage de demander l'approbation de certaines modifications au règlement afin d'améliorer l'accès des Ontariens et Ontariennes aux services de santé. Toronto, Canada : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 2009.
44. College and Association of Registered Nurses in Alberta. Health Professions Act: Standards for Registered Nurses in the Performance of Restricted Activities. Edmonton, Alberta: College and Association of Registered Nurses in Alberta; 2005.
45. College of Registered Nurses of British Columbia. Health Professions Act, Nurses (Registered) and Nurse Practitioner Regulation. Vancouver, Canada: College of Registered Nurses of British Columbia; 2008.
46. College of Registered Nurses of British Columbia. Scope of Practice of Nurse Practitioners (Adult). Standards, Limits and Conditions. Vancouver, Canada: College of Registered Nurses of British Columbia; 2009.
47. Gouvernement du Québec. Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les Infirmières et les Infirmiers. Québec: Éditeur officiel du Québec; 2011.
48. Hurlock-Chorosteski C, van Soeren MH, Goodwin S. The acute care nurse practitioner in Ontario: A workforce study. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2008;21(4):100-16.
49. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles : A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. Paris, France : Éditions OCDE; 2010.
50. Wilson MG, Lavis JN. Issue Brief: Engaging Health System Decision-makers in Supporting Comprehensive Chronic Pain Management in Provincial and Territorial Healthcare Systems in Canada. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum; 2011.
51. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: Effects on health service utilization. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(1):Art. NO.: CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389.
52. Vidanapathirana J, Abramson MJ, Forbes A, Fairley C. Mass media interventions for promoting HIV testing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;3:Art. No.: CD004775. DOI: 10.1002/14651858. CD004775.pub2.

53. Lavis JN, McCutchen B, Bopardikar A. Engaging Civil Society in Supporting Research Use in Health Systems. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum; 2009.
54. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: Effects on health service utilisation. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1):Art. No.: CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389.

ANNEXE

Annexe 1 : Revues systématiques portant sur l'élément 3 – Lancer une campagne d'information et d'éducation

Élément	Sujet de la revue systématique	Principaux points soulevés	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études réalisées au Canada	Proportion des études portant explicitement sur le groupe qui est priorisé	Proportion des études portant sur les infirmières praticiennes
Campagne dans les médias traditionnels	Effets des médias de masse sur l'utilisation des services de santé(54)	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les études (dont la qualité variait) sauf une ont conclu que les campagnes planifiées et la couverture non planifiée dans les médias de masse peuvent avoir une influence positive sur l'utilisation des services de santé. 	1999	8/11 (cote AMSTAR tirée de www.rxforchange.ca)	0/20	0/20	0/20
	Les effets des interventions dans les médias de masse et la forme la plus efficace d'interventions dans les médias de masse au niveau de la population en général ou dans des groupes cibles précis, par rapport aux changements liés aux tests de dépistage du VIH(52).	<ul style="list-style-type: none"> Les campagnes dans les médias de masse conçues pour mieux faire connaître le VIH/SIDA ont eu un effet immédiat et important sur la promotion du counseling et des tests volontaires de dépistage du VIH. Aucun effet à long terme n'a été constaté d'interventions dans les médias de masse sur la promotion des tests de dépistage du VIH. Il n'y a eu aucun effet important sur la détection de la séropositivité après une intervention dans les médias de masse visant à promouvoir les tests de dépistage du VIH. Ces résultats reposaient principalement sur de multiples interventions médiatiques destinées au grand public. Une étude seulement reposait sur des interventions à la télévision et une autre ciblait les bénéficiaires de transfusions sanguines. La revue n'a pu comparer le type d'interventions dans les médias de masse et les caractéristiques des messages, ou évaluer la rentabilité à cause du manque d'études pertinentes. 	2004	11/11 (cote AMSTAR tirée du Ontario HIV Treatment Network)	1/35	0/35	0/35