

Avis sur les infirmières cliniciennes spécialisées

Présenté dans le cadre des

États Généraux de OIIQ

18 Mars 2021

Membres de la Faculté des sciences infirmières et
Directrices des soins infirmiers de la Capitale-Nationale
et Directrice des soins infirmiers de Chaudière-Appalaches

Liste des personnes ayant signé cet avis

Mireille Lavoie	Doyenne, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval
Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers, CHU de Québec-Université Laval
Marie Cécilia Galani	Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche Faculté de des sciences infirmières, Université Laval
Nathalie Thibault	Directrice des Soins infirmiers, Institut de cardiologie et pneumologie de Québec
Daphney St-Germain	Directrice des programmes de deuxième cycle et professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Sandra Racine	Directrice des Soins infirmiers et de la santé physique par intérim, CIUSSS-CN
Marie-Soleil Hardy	Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université Laval.
Lilanne Bernier	Directrice des soins infirmiers, CISSS Chaudière-Appalaches
Olive Goulet	Professeure émérite, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Clémence Dallaire	Professeure titulaire, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval

Introduction

Cet avis cible la pratique infirmière avancée et en particulier le rôle des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS). Il répond au 2^e thème des États généraux portant sur « Innovation et spécialisation infirmières: une voie pour les soins de l'avenir », et il offre des éléments de réponses aux questions suivantes : Quels sont les facteurs qui facilitent ou limitent le déploiement du rôle des ICS au Québec? Comment l'intégration des ICS au sein des équipes pourrait-elle être favorisée?

La profession infirmière tente d'ajuster son offre de services aux besoins de la population et aux modifications des systèmes de santé, à l'image de ce que font les autres professions. Les professions ne sont pas statiques, car elles évoluent avec la société, avec les connaissances disponibles et en raison d'une concurrence entre elles. Nancarrow et Borthwick (2005) suggèrent quatre façons permettant à une profession de se modifier: la diversification, la spécialisation, la substitution horizontale et la substitution verticale. Parmi ces dernières, la spécialisation est la façon la plus courante de faire avancer une pratique professionnelle, bien que ce concept soit mal défini et très peu discuté dans la littérature (Nancarrow et Borthwick, 2005). Or, la spécialisation représente l'atteinte, suite à une formation, d'un niveau supérieur d'expertise dans un domaine spécifique d'une discipline et légitimé par l'obtention d'un titre (Nancarrow et Borthwick, 2005). En somme, la spécialisation implique l'expansion d'une profession à l'intérieur de ses frontières disciplinaires et professionnelles, ce qu'offre le rôle d'ICS. L'ICS a, de ce fait, une garantie d'autonomie dans la pratique. Alors que les rôles d'ICS offrent les meilleures garanties d'autonomie et une avenue intéressante de progression dans le cheminement d'une carrière infirmière, ces rôles sont pourtant en voie d'extinction. En fait, après avoir fait un passage sous l'appellation notamment de « cadre-conseil », appellation suspendue pour des raisons externes à la profession, ce rôle a aujourd'hui grand besoin d'une revitalisation.

Plusieurs éléments font consensus au sujet de ce rôle, en particulier le niveau de formation requis. Cet avis ne reviendra pas sur ces éléments afin de porter plutôt attention aux facteurs qui limitent le déploiement des ICS, en particulier la non-reconnaissance de la nécessité d'une offre de soins directs et des défis, notamment à propos d'un manque de clarté dans la distinction à établir entre une infirmière expérimentée et une infirmière spécialiste, d'un manque d'encadrement légal du rôle, ainsi que des défis persistants liés à l'implantation du rôle dans le système de santé. La revitalisation du rôle d'ICS permet d'entrevoir des cheminements de carrière améliorés pour les infirmières, une meilleure reconnaissance de la contribution globale des soins infirmiers avec une autonomie accrue dans la pratique et la capacité d'offrir des soins à la population.

La non-reconnaissance de la nécessité de soins directs dans la pratique des ICS

L'expression « pratique avancée » exige dans la plupart des cas, et surtout dans la perspective du maintien et du développement des habiletés cliniques, qu'une proportion minimale de 25 % du temps des cliniciens soit consacrée à la pratique directe. Or, dans les milieux francophones, en général, le rôle des infirmières détentrices d'une formation de maîtrise ne comprend pas de soins directs sauf dans le cas des infirmières praticiennes spécialisées. Plus spécifiquement, le modèle d'une pratique clinique avancée adopté par les autres professions au terme d'une formation de maîtrise professionnelle n'a pas été retenu. Ce choix menace l'attraction exercée par la pratique avancée sur les infirmières, puisque la pratique clinique est très valorisée par les infirmières autant que la poursuite d'études supérieures. En outre, un consensus international au sujet des ICS leur reconnaît des compétences à prodiguer des soins directs à un niveau de la pratique infirmière avancée (Hamric et al., 2019; CII, 2020). De façon encore plus claire, ce consensus affirme que seules les infirmières dont la pratique comprend une portion de soins directs sont concernées par le titre d'ICS. Ainsi, le fait de prodiguer des soins

est un élément essentiel à la pratique infirmière avancée et on doit réfléchir à la position qui sera proposée aux infirmières québécoises afin que celle-ci soit incluse dans le consensus international. Dans la perspective où l'ICS doit prodiguer des soins directs, il est important de préciser ce qui peut distinguer l'évaluation effectuée par une ICS et la nature des habiletés impliquées par les soins directs « avancés » ou spécialisés.

L'évaluation clinique avancée : que se cache-t-il au-delà des mots ?

Actuellement, plusieurs sont convaincues qu'examen clinique et évaluation clinique sont équivalents. Même si l'examen physique est un outil intéressant, l'évaluation de l'ICS s'étend au-delà de l'examen physique et par conséquent, l'acquisition d'habiletés pour effectuer des examens physiques ne peut résumer l'ensemble des habiletés et la formation nécessaires à une évaluation de pratique avancée. L'évaluation d'une ICS se fait dans un contexte où le degré d'incertitude est plus grand (AIIIC, 2019; CII, 2020; OIIQ, 2016) et elle est en mesure de détecter des problématiques récurrentes chez une clientèle particulière. L'évaluation d'une ICS s'ancre dans une conception des soins infirmiers qui affirme une préoccupation pour la santé humaine globale en ciblant les expériences de santé et de maladie de façon à pouvoir y évaluer les processus de la vie et du bien-être ainsi que les perturbations susceptibles d'amélioration sous l'influence des soins. Puisque la capacité de fonctionner dans la vie quotidienne et dans les relations avec les autres est importante dans la trajectoire de la vie humaine et qu'elle est particulièrement menacée par la maladie, elle sera un point central de l'évaluation effectuée par l'infirmière de pratique avancée (Dallaire et al., 2009a; Dallaire et al., 2009b ; Hamric et al., 2019). Ainsi, l'évaluation d'une ICS a été qualifiée d'évaluation fonctionnelle. Ce qui en fait une évaluation clinique fonctionnelle avancée est le fait qu'elle se caractérise par l'utilisation des connaissances intégrées dans la pratique (AIIIC, 2019; Hamric et al., 2019). La pratique avancée est au carrefour d'une somme de connaissances théoriques et scientifiques acquises par une formation et intégrées à l'expérience clinique par des soins directs. L'utilisation en continu du savoir dans la pratique, et non seulement la quantité ou la qualité du savoir, est une caractéristique fondamentale de la pratique avancée. Pour illustrer, on pourrait référer à une série de concepts infirmiers sur lesquels les travaux de Morse (Porr, 2008) ont porté, notamment la douleur et l'impression de désincarnation des patients victimes de brûlures, l'utilisation du toucher dans les unités de soins intensifs, l'adaptation suite à un infarctus du myocarde, le processus d'action de tamponnage (buffering) des conjoints de femmes recevant de la chimiothérapie, la communication entre les patients sur des unités de soins prolongés (Porr, 2008). Ces travaux théoriques apportent une meilleure compréhension des phénomènes qui intéressent les infirmières et surtout, ils soutiennent les évaluations fonctionnelles des ICS et servent d'inspiration pour intégrer différentes approches de soins avancés afin de répondre à l'ensemble des besoins des personnes.

Par ailleurs, implanter l'évaluation fonctionnelle des ICS soulève des enjeux qui sont souvent mis sur le compte d'un manque de précision du rôle ou encore de la nouveauté du rôle. Dans le cas de la pratique avancée spécialisée, cet enjeu exige une véritable confrontation des idées reçues sur le savoir infirmier. Ainsi, ce rôle devrait en principe résulter de la progression des connaissances et des habiletés du domaine infirmier ou d'innovations dans le champ d'exercice infirmier. Pour le moment, pour un grand nombre d'infirmières, le contenu d'une spécialité infirmière issue de ce savoir demeure difficile à préciser. Cet enjeu est important puisque une spécialisation devrait constituer une voie de développement privilégiée d'une profession puisque l'autonomie s'ancre dans le savoir disciplinaire. Sur ce plan, le défi à surmonter confronte directement la relation des soins infirmiers avec leur propre savoir et constitue une épreuve d'une nature nouvelle, soit l'affirmation de savoirs propres dans la pratique.

Par ailleurs, dans l'évaluation fonctionnelle, des habiletés critiques et analytiques, un jugement clinique et des habiletés de prises de décision avancées sont impliqués. De nombreux travaux

de recherche ont montré que les situations complexes font davantage appel à l'analyse et au raisonnement conscients qu'à l'intuition, plus adaptée à la pratique routinière (Benner et al., 1999; Calkin, 1984; Gobet et Chassy, 2008). Le jugement clinique s'affirme lorsque les connaissances théoriques s'imbriquent dans l'expérience clinique (Benner et al., 1999; Gobet et Chassy, 2008) et des options d'interventions plus nombreuses ou plus efficaces peuvent ainsi être générées. Ces éléments soutiennent la nécessité d'une portion de soins directs en mesure de maintenir les habiletés de la spécialiste clinique.

En résumé, une pratique clinique avancée implique des soins directs qui se caractérisent par une évaluation fonctionnelle lorsque les interventions habituelles ne fonctionnent pas, il y a de nouvelles conditions ou une nouvelle population de patients, un nouvel ensemble de problèmes, de l'imprévisibilité ou finalement, lorsqu'il y a plusieurs problèmes concomitants. Les interventions de niveau avancé, grâce à une utilisation du savoir dans la pratique établissant le lien entre les situations concrètes de soins complexes et des connaissances fondamentales, cliniques et thérapeutiques contribuent à une quête des meilleures pratiques possibles, tout en se préoccupant d'aider les collègues à développer les compétences requises par la complexité ou l'instabilité de la situation.

Défis : Distinguer infirmière de pratique avancée et infirmière expérimentée

L'ajout du rôle d'ICS est souvent perçu par les infirmières généralistes expérimentées comme une critique injustifiée de leurs compétences dans un contexte où les soins et l'infirmière sont confondus. Comme plusieurs l'affirment, « on a toujours donné ces soins, sans ICS et ça allait bien ». Toutefois, les besoins de santé de la population évoluent ainsi que le savoir disponible pour les comprendre comme cela a d'ailleurs été clairement démontré durant la pandémie à la COVID-19. L'implantation du rôle d'ICS devrait s'accompagner d'espaces de discussions entre les infirmières afin d'arriver à une conception d'un continuum de soins infirmiers qui va des généralistes aux spécialistes et qui clarifie les distinctions à établir entre elles. Il semble approprié d'avoir ces discussions intra-professionnelles rationnelles pour définir et ajuster de façon fructueuse les rôles intra-professionnels. Il semble aussi souhaitable d'accorder du temps afin de faciliter une nécessaire transition puisque les généralistes ont occupé tout l'espace auparavant.

Aussi, l'implantation du rôle d'ICS pourrait être facilitée par un recours à un modèle théorique de l'expertise en mesure de soutenir la concertation. Plus spécifiquement, la discussion doit porter sur la distinction entre l'expertise d'une généraliste acquise par le cumul de l'expérience dans une spécialité médicale et celle que peut exercer une infirmière formée à un niveau avancé et exerçant à un niveau avancé. L'intérêt de situer l'expérience par rapport à l'expertise constitue un autre défi pour la profession infirmière même s'il a déjà été amorcé d'une façon différente par l'ajout du rôle d'infirmières praticiennes. L'ICS se distingue d'une infirmière soignante expérimentée (CII, 2020; AICC, 2019). Il peut s'avérer avantageux que les infirmières discutent et établissent les distinctions appropriées quant à la valeur de l'expérience et celle d'une pratique clinique concrète dans le développement d'une expertise de niveau spécialisée ou avancée. Par exemple, le modèle du développement de l'expertise de Benner (1982) affirme que l'expertise repose sur une capacité d'appréhender globalement une situation clinique lorsqu'on dispose d'une pratique basée sur une connaissance approfondie et cumulative acquise à partir d'une pratique clinique et de l'ajout du savoir existant (Dallaire et Dallaire, 2008). Même si Benner met l'importance notamment sur la constitution d'un répertoire de cas à partir de la pratique comme élément de l'expertise, elle affirme aussi la nécessité d'ajouter du savoir pour aider à intégrer cette expérience. Selon, Dreyfus et Dreyfus (2009), c'est seulement lorsque la théorie se joint à la pratique de façon continue que l'expertise peut se développer. Lorsque l'expertise s'apprend uniquement dans les milieux de soins, elle se

développe souvent à partir d'un modèle médical sans le soutien du savoir infirmier omettant ainsi la dimension intellectuelle des soins infirmiers. Benner (1982) propose également qu'on recommence le développement de son expertise lorsqu'on change de rôle. Les discussions autour de l'expérience et de l'expertise sont importantes si l'on vise à ce que l'ICS soit un modèle dans la pratique et faciliter l'implantation du rôle dans les équipes intra-professionnelles.

Par ailleurs, une pratique directe des soins par les ICS offre d'autres avantages aux soins infirmiers. Elle peut constituer une façon de faciliter l'amélioration des pratiques ou l'adoption de nouvelles pratiques soutenues par des résultats de recherche. Cette proposition s'inspire d'un modèle quant à la façon de s'y prendre pour que les résultats de recherche soient transférés dans la pratique, en particulier en soulignant le rôle indispensable de « facilitation » joué par une personne (Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone, 2004). Kitson et al. (1998) et Rycroft-Malone (2004) proposent qu'une implantation réussie des résultats de la recherche dans la pratique dépende de plusieurs éléments, mais surtout de la présence d'une facilitation qui est en fait le rôle joué par une personne qui fournit du soutien à d'autres personnes pour les aider à faire les changements permettant d'incorporer des résultats probants dans la pratique. Il apparaît ainsi que la présence des ICS dans les équipes de soins infirmiers, des ICS donnant elles-mêmes des soins, les positionnerait dans l'environnement immédiat, au sein des équipes soignantes, correspondant ainsi aux conditions que nous venons d'énoncer pour influencer le développement des meilleures pratiques. De leur côté, Aguilera et Rodriguez-Henderson (2014) proposent un rôle où des « facilitatrices de résultats de soins des patients » (patient outcome facilitators) travaillent étroitement avec les infirmières afin de soutenir une pratique fondée sur des données probantes. La présence d'ICS sur les unités leur permettrait également, lors de discussions cliniques, de tenir compte de l'avancement des connaissances. On s'attend également à ce que les ICS participent à la mise en place d'innovations cliniques et cela serait grandement facilité par une présence dans les soins directs. Les ICS impliquées dans une pratique directe seraient en mesure de potentialiser l'énergie requise pour cibler l'attention sur de nouvelles façons de donner les soins et contribuer à une meilleure affirmation du potentiel et de la contribution des soins. Au cœur des soins directs, les ICS collaborent avec les infirmières généralistes afin de résoudre des questions de pratique clinique et favorisent l'atteinte des résultats de soins.

Défi : Le manque d'encadrement légal du rôle

Au Québec, le Code des professions prévoit des modalités générales de reconnaissance d'une spécialisation. Devant la tendance à qualifier de « spécialistes » toutes sortes de rôles infirmiers, il est nécessaire de préciser ce qui relève de la spécialisation, car pour le moment, ces conditions ne sont pas explicitées, ni celles conduisant à l'obtention d'un permis de pratique, le cas échéant. Modifier les pratiques professionnelles en ajoutant des rôles supplémentaires selon le modèle de spécialisation repose généralement sur la mise en place de mécanismes formels qui ont la possibilité d'être enchâssés dans la législation et dans la formation offerte. L'adoption d'une réglementation et la désignation par un titre réservé doivent être complétées rapidement et constituent des étapes indispensables pour concrétiser ces rôles dans les systèmes de santé. L'OIIQ doit ultimement procéder à ces démarches.

Défi : Les difficultés de l'implantation

Les difficultés de l'implantation du rôle des ICS découlent des efforts à consentir pour mettre en place les conditions favorables à l'exercice d'une pratique avancée. Les ICS sont en mesure de répondre à des besoins non comblés, d'assurer des suivis thérapeutiques sur tout le continuum de santé maladie, des soins primaires aux soins à domicile. Ajoutons des rôles intra-hospitaliers nombreux pour les ICS où il faudra, en vue de leur implantation, se questionner à

propos de la dénomination de la ou des spécialités infirmières. Faut-il calquer les spécialisations sur la structure des hôpitaux inspirée des spécialités médicales ou vaut-il mieux se concentrer sur des besoins en soins infirmiers avancés par des personnes dispersées sur différentes unités du centre hospitalier?

Les effets positifs de la pratique avancée sont aussi perceptibles dans les organisations où les infirmières cliniciennes spécialisées opèrent, principalement dans le microsysteme clinique, au niveau de petites unités fonctionnelles. Dans ces milieux, elles influencent de façon directe les personnes malades lorsqu'elles prodiguent elles-mêmes des soins et elles influencent souvent de façon directe le personnel et le système organisationnel. Au niveau organisationnel, elles influencent les décisions concernant l'organisation des soins et des services, elles évaluent la qualité des soins et contribuent à des soins et des services plus sécuritaires ainsi qu'à l'élaboration de nouvelles connaissances et de nouvelles interventions. Il s'ensuit un défi partagé par les milieux cliniques de mettre en place les conditions favorables à l'implantation et à l'exercice de la pratique clinique avancée. Par ailleurs, et afin de demeurer attirante, l'implantation de la pratique infirmière avancée devra composer avec l'enjeu que pose l'équilibre à atteindre entre un contact direct avec les personnes malades d'une part, et les services à rendre à l'organisation en vue d'une amélioration de la pratique des soins, d'autre part. Ce défi est d'autant plus important que les infirmières semblent aspirer davantage à la pratique d'infirmière praticienne en raison de la possibilité de soins directs qu'elle offre.

Considérant :

- Le consensus au sujet de l'exigence de formation de maîtrise pour aspirer à une pratique avancée (OIIQ, 2016 ; AIIC, 2019; CII, 2020; Hamric et al, 2019) ;
- Les précisions du Code des professions nécessaires pour l'obtention d'un titre de spécialiste ;
- Le consensus au sujet d'une portion entre 25 et 50% du rôle en pratique directe pour se qualifier de pratique avancée (OIIQ, 2016 ; AIIC, 2019 ; CII, 2020 ; Hamric et al, 2019).

Il est recommandé que l'OIIQ entreprenne des travaux pour proposer :

- Une description générale des rôles et des fonctions d'ICS s'inspirant d'une vision de l'expertise afin de distinguer infirmière expérimentée et infirmière spécialiste ;
- Préciser et entreprendre les démarches en vue de préciser la réglementation conduisant au titre d'ICS ;
- Proposer un contenu de programmes de formation à une pratique professionnelle infirmière avancée en cohérence avec les travaux canadiens et américains sur les composantes essentielles des programmes de formation; (AACN, 2011 ; ACESI, 2015 ; CASN, 2011)
- Proposer le contenu et la durée d'une formation clinique supervisée offerte dans les programmes conduisant au titre d'infirmière clinicienne spécialisée.

PAGE DE SIGNATURE :

 Mireille Lavoie, doyenne – FSI - ULaval	 Brigitte Martel, DSI, CHU de Québec- Université Laval
 Maria Cecilia Gallani – vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche FSI - ULaval	 Nathalie Thibault, DSI, IUCPQ- Université Laval
 Daphney St—Germain – Directrice 2 ^e cycle – FSI - ULaval	 Sandra Racine – Directrice des soins infirmiers de et de la santé physique par intérim, CIUSSS-CN
 Marie Soleil Hardy – Professeure adjointe- – FSI - ULaval	 Liliane Bernier DSI CSSS Chaudière- Appalaches
 Olive Goulet - Professeure émérite, Faculté des sciences infirmières, Université Laval	 Clémence Dallaire – Professeure titulaire – FSI- ULaval

RÉFÉRENCES

- Aguilera, S. et R. Rodriguez-Henderson (2014). A New role in Nursing : Unit-based Manager of Patient Safety and quality. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 43 : S45
- American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2011), *The essentials of master education*. Washington: AACN
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (CASN/ACESI) (2020). *Nursing Practice in Master's education*. <https://www.casn.ca/fr/prises-de-position/nursing-practice-in-masters-paper/>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (CASN/ACESI) (2015). *Cadre national de L'ACESI sur la formation infirmière*. Ottawa : CASN.
- Association des infirmiers et infirmières du Canada (2019). *Les soins infirmiers en pratique avancée. Un cadre de pratique*. Ottawa : AIIC.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, Vol. ? No?? 402-407.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. et Stannared, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care*. Philadelphie : Saunders.
- Calkin, J.D. (1984). A model for advanced nursing practice. *Journal of Nursing Administration*. 14 (1). 24-30
- Conseil international des infirmières (2020) *Directives sur la pratique infirmière avancée* » Genève : Conseil international des infirmières.
- Dallaire, C., Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Ch. 11 Dans Dallaire. C. (ed). *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession infirmière*. Boucherville: Gaëtan Morin, 265-312.
- Dallaire, C., Dallaire, M. (2009a). Proposer de nouvelles perspectives de carrière : comment choisir? Ch. 16 Dans Delmas, P. , Sliwka, C.. Paris : Éditions Lamarre)
- Dallaire, C et Dallaire, M. (2009b). *Pratique infirmière avancée : où en est-on ? Santé mentale*, #141. Octobre (accessible en ligne à <http://www.santementale.fr>; ou http://www.santementale.fr/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=52&Itemid=72)
- Dreyfus, H.L. and Dreyfus, S.E. (2009) *The relationship of theory and practice in the acquisition of skill* chapter 1 in Benner, P., Tanner, C. And Chesla, C. *Expertise in nursing practice – Caring, clinical judgment, and ethics*. Second edition, Springer publishing company.
- Gobet, F., P. Chassy (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 45 . 129-139
- Hamric, A.B. Tracy, M.F, E. T. O.Grady. (2019). *Hamric and Hanson's advanced practice nursing*. 6th ed. St-Louis, Missouri:Elsevier
- Kitson A, Harvey G, McCormack B: *Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework*. *Quality in Health Care* 1998, 7:149-158.
- Nancarrow, S.A., Borthwick, A.M. (2005). *Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce*. *Sociology of Health & Illness*, 897-919
- OIIQ (2016). *Pratique infirmière avancée. Réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée*. Montréal. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Porr, C. (2008). *The scholarly work of Janice Morse: Synthesis and reflection*. *International Journal of Nursing Practice*; 14: 265–272
- Rycroft-Malone J. (2004). The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297–304.