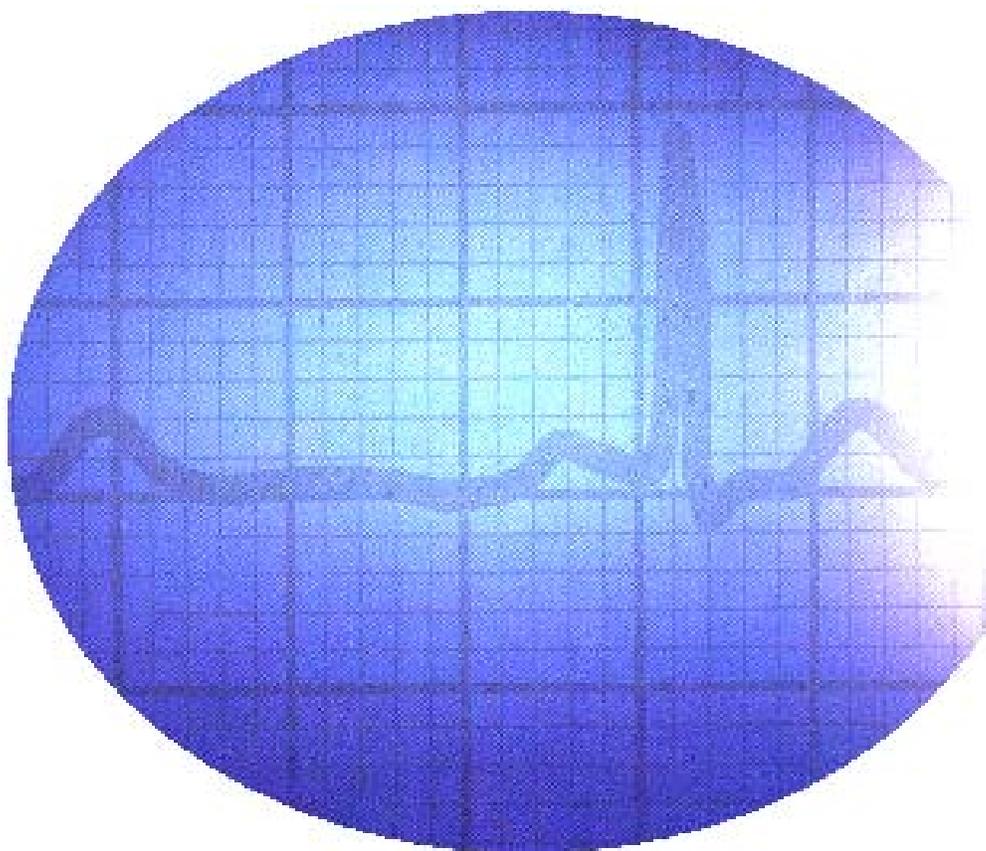


# RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE (RQCT)

Rapport du Comité de l'infirmière spécialisée en  
cardiologie tertiaire adopté  
par le Comité directeur du RQCT

Assises de la demande de création de la spécialité  
pour le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie

24 mars 2003



Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

Québec 

Le rapport du Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire a été adopté à l'unanimité par le Comité directeur du Réseau québécois de cardiologie tertiaire le 8 avril 2003 avec la mention que la demande de création de la spécialité adressée à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec devra porter sur le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie plutôt qu'en cardiologie tertiaire.

Document préparé par Margo Ménard, coordonnatrice du Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire (ISCT) avec la collaboration des personnes suivantes, pour l'élaboration des contenus de nature scientifique :

- Madame Réjeanne Dubeau - Institut de cardiologie de Montréal
- Madame Nicole Bolduc - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et Université de Sherbrooke
- Madame Manon Fabi - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Madame Louise Cantin - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Madame Jacinthe Thibault - Institut de cardiologie de Montréal
- Madame Marie-Claude Dupont - Chargée de projet pour une partie de la recension des écrits

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	1
SOMMAIRE EXÉCUTIF .....	3
AVANT-PROPOS .....	5
1. MISE EN CONTEXTE.....	6
1.1 Origine du mandat du Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire .....	6
2. PROBLÉMATIQUE .....	8
3. BREF HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE.....	9
4. ÉTAT DE LA SITUATION HORS QUÉBEC.....	10
4.1 Contexte légal entourant l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée.....	10
4.1.1 Contexte légal aux États-Unis.....	10
4.1.2 Contexte légal au Canada .....	11
4.2 Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire en Amérique du Nord .....	13
4.2.1 Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée aux États-Unis.....	13
4.2.2 Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée au Canada.....	16
4.3 Compétences requises pour la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée .....	16
4.3.1 Critères de base.....	17
4.3.2 Compétences principales.....	17
4.3.3 Noyau central de compétence .....	19
4.4 Programmes de formation pour la pratique infirmière avancée hors Québec .....	19
4.4.1 Aux États-Unis : <i>University of California in San Francisco</i> .....	20
4.4.2 Au Canada : Université de Toronto – Ontario .....	20
5. RETOMBÉES DE L'EXERCICE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE.....	22
5.1 Expérience des États-Unis.....	22
5.2 Expérience du Royaume-Uni .....	26

5.3	Expérience de l’Australie.....	27
5.4	Expérience du Canada.....	27
6.	ÉTAT DE LA SITUATION AU QUÉBEC .....	28
6.1	Contexte légal favorable à l’implantation du rôle d’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire .....	28
6.2	Mise en oeuvre de programmes de formation pour la pratique de l’infirmière praticienne en spécialité.....	28
7.	MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE AU QUÉBEC.....	30
7.1	Résultat de la consultation menée auprès des intervenants concernés par les services de chirurgie cardiaque.....	30
7.1.1	Pertinence d’implanter le rôle de l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire.....	30
7.1.2	Grandes lignes du rôle tel que défini par les personnes consultées.....	31
7.1.3	Préoccupations des intervenants québécois consultés .....	32
7.2	Avis du comité au regard des grands enjeux en cause.....	34
7.2.1	Proposition de rôle et de fonctions de l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire québécoise.....	34
7.2.2	Compétences requises chez l’infirmière praticienne spécialisée au Québec.....	37
7.2.3	Déploiement du rôle au Québec .....	37
7.2.4	Suivi et évaluation de l’implantation de la mesure .....	38
7.2.5	Coûts reliés à l’introduction du rôle de l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire.....	39
7.3	Recommandations du Comité de l’infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire.....	40
7.3.1	Rôle de l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire, niveau de responsabilités, statut, rémunération et conditions de travail .....	40
7.3.2	Première cohorte d’infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire, formation et choix des milieux de stage.....	41
7.3.3	Déploiement du rôle au Québec et désignation des centres .....	41
7.3.4	Évaluation de l’introduction du rôle au sein des centres québécois de cardiologie tertiaire.....	42
7.3.5	Octroi des fonds nécessaires à l’actualisation du projet .....	42
	CONCLUSION.....	43

## Table des matières

---

Annexe 1 - Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire Modèle de rôle implanté au <i>Beth Israel Medical Center</i> de New York.....	46
Annexe 2 - Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire Modèle de rôle implanté au <i>St. Michael's Hospital</i> de Toronto .....	48
Annexe 3 - Compétences de base en pratique infirmière avancée selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada .....	50
Annexe 4 - <i>University of California in San Francisco</i> – États-Unis .....	53
Annexe 5 - Université de Toronto - Ontario - Canada .....	54
Annexe 6 - Résumé des perceptions d'infirmières praticiennes spécialisées, de médecins, de gestionnaires et du personnel infirmier de quatre centres de soins tertiaires concernant les retombées du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques sur les soins aux patients .....	56
Annexe 7 Résumé des recommandation d'infirmières praticiennes spécialisées, de médecins, de gestionnaires et du personnel infirmier de quatre centres de soins tertiaires de l'Ontario concernant l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques .....	57
Annexe 8 - Programmes québécois de formation en sciences infirmières pour l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire à l'Université Laval et à l'Université de Montréal et exigences d'admission .....	59
Annexe 9 - Demande d'aide financière de l'Université Laval .....	61
Annexe 10 - Demande d'aide financière de l'Université de Montréal.....	64
RÉFÉRENCES .....	66

## Remerciements

Le Comité directeur du Réseau québécois de cardiologie tertiaire tient à remercier tous les membres du Comité de l'Infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire\* :

- Dr Jean E. Morin - Président  
Réseau québécois de cardiologie tertiaire
- Dr Richard Bauset - Chirurgien cardiovasculaire et thoracique
- Dr Richard Baillot - Chirurgien cardiovasculaire et thoracique  
Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec
- Dr Yves Langlois - Chirurgien cardiovasculaire et thoracique  
Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis
- Céline Doray - Directrice associée des soins infirmiers  
Centre universitaire de santé McGill
- Louise Jobin - Directrice des soins infirmiers  
Hôpital Laval
- Claire Beaudin - Adjointe au suivi systématique de clientèles et de la durée de séjour  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- Nicole Bolduc - Infirmière clinicienne spécialisée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et professeure au département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke
- Réjeanne Dubeau - Infirmière conseillère en soins spécialisés, en formation, enseignement et recherche  
Institut de Cardiologie de Montréal
- Édith Côté - Professeure titulaire et vice-doyenne aux études à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et représentante de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières - Région du Québec
- Dr Abraham Fuks - Doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill  
Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec
- Louise Cantin - Secrétaire générale adjointe et directrice de la Direction du développement et du soutien professionnel
- Manon Fabi – Infirmière-conseil  
Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
- Dre Joëlle Lescop - Secrétaire générale
- Dr Claude Ménard - Secrétaire du comité d'inspection professionnelle  
Collège des médecins du Québec

## Remerciements

---

- Anne Magnan  
Direction générale du personnel réseau  
Ministère de la Santé et des Services sociaux
  
- Margo Ménard - Coordonnatrice au RQCT  
Responsable du Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

De plus, le comité remercie madame Jacinthe Pepin, vice-doyenne à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ainsi que madame Édith Côté, vice-doyenne aux études à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et membre actif du comité, qui ont accepté de rencontrer le comité afin d'informer les membres sur leurs programmes de maîtrise en sciences infirmières - option pratique infirmière avancée respectifs. Également, un merci tout particulier est adressé à madame Josée Bourdages de la Direction de la planification stratégique, évaluation et gestion de l'information du MSSS pour son éclairage au sujet de l'évaluation.

Enfin, le comité tient à souligner la précieuse collaboration obtenue de la part des médecins, infirmières et administrateurs au moment d'organiser et de réaliser la tournée de consultation des centres québécois offrant des services de chirurgie cardiaque au printemps 2002. Des remerciements personnels s'adressent à chaque personne concernée.

\*La composition du comité a varié au cours des travaux. Le nom de toutes les personnes qui ont été présentes à un moment donné a été mentionné.

Le genre féminin utilisé dans ce document désigne aussi bien les hommes que les femmes.

## Sommaire exécutif

Au Québec, la demande d'instaurer le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire s'inspirant de modèles déjà existants chez nos voisins américains et canadiens a été exprimée de façon insistante au cours des dernières années, tant par le Comité de travail de cardiologie tertiaire que par les chirurgiens cardiaques et les membres de la profession infirmière. En février 2002, le Réseau québécois de cardiologie tertiaire a mis sur pied le Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire à qui il a confié le mandat de faire les recommandations nécessaires afin que ce rôle soit introduit au Québec dans les meilleurs délais. Cette mesure vise à solutionner ou à réduire différentes lacunes prévalant dans le mode d'organisation et de fonctionnement des services de chirurgie cardiaque tout en apportant aux chirurgiens cardiaques le soutien consenti lors de négociations antérieures.

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée existe depuis fort longtemps, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et dans certaines provinces canadiennes. Aux États-Unis, ce rôle a été introduit pour la première fois en néonatalogie au début des années 1970 et s'est développé à partir de 1973 dans d'autres types de soins spécialisés. On y dénombre 105 817 infirmières praticiennes ayant obtenu la licence de pratique. Au Canada où quatre provinces possèdent une réglementation régissant cet exercice, le rôle de l'infirmière praticienne a été introduit initialement en soins de santé primaires. Il s'est ensuite étendu aux domaines de la cardiologie, de la gériatrie, de la néonatalogie, de la néphrologie et de la psychiatrie, en urgence et en soins critiques. Le développement du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée ne se fait pas de façon uniforme dans tous les milieux. Dépendant du centre hospitalier, du contexte légal et de l'encadrement de l'organisme réglementaire, on observe des variations dans les fonctions dévolues à cette infirmière et dans le niveau de responsabilités assumées.

Il existe environ 73 programmes de formation pour l'infirmière praticienne spécialisée en Amérique du Nord offrant un diplôme de maîtrise en sciences infirmières et un certificat de deuxième cycle universitaire.

Aux États-Unis, peu d'études mesurant l'efficacité et les retombées de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques ont été réalisées. Cette rareté s'explique par l'introduction récente du rôle. Des données recensées dans l'État de New-York révèlent cependant que l'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en chirurgie cardiaque a amélioré l'évolution de l'état de santé des patients et que les taux de morbidité et de mortalité des patients demeurent maintenant parmi les plus bas de cet État. La planification des congés effectuée par l'infirmière praticienne spécialisée se traduit par la diminution de la durée du séjour des patients, laquelle a été en constante diminution depuis l'introduction du rôle. D'autre part, bon nombre d'études américaines portant sur le suivi des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque en clinique externe ont démontré que les suivis réalisés par des infirmières praticiennes spécialisées entraînent une réduction du nombre de visites à l'urgence, de réadmissions et de jours d'hospitalisation des malades. Le monitoring permet en effet une détection plus rapide et un traitement des problèmes, avant qu'ils n'obligent une réadmission à l'hôpital. L'enseignement de la gestion de l'insuffisance cardiaque aux patients augmente la prise en charge personnelle, la diminution des épisodes de décompensation et l'amélioration de leur qualité de vie. En plus d'accroître la satisfaction générale des patients quant aux soins reçus, ce type de suivi clinique aide à prévenir les décompensations physiques et par le fait même, contribuerait à diminuer les coûts hospitaliers de façon significative. On a également observé que le suivi externe des patients atteints d'angine réalisé par des infirmières praticiennes spécialisées entraîne un meilleur contrôle des symptômes, qu'il permet une meilleure compréhension du problème et qu'il augmente l'assiduité aux traitements. Le suivi de l'infirmière praticienne spécialisée se compare alors à celui d'un médecin généraliste, en ce qui a trait à la quantité des prescriptions, au nombre de visites par patient et au nombre de références aux services d'urgence.

Dans une méta-analyse effectuée en Angleterre en l'an 2000, on a comparé les soins des infirmières praticiennes en soins de santé primaires et ceux des médecins. Les résultats ont révélé que les patients étaient davantage satisfaits

des soins des infirmières praticiennes que de ceux des médecins et ce, sans qu'il n'y ait de différence au niveau de l'évolution de l'état de santé. Aucune différence significative n'a été démontrée dans les prescriptions de médicaments, dans le retour pour une seconde consultation ou dans les références. De plus, les infirmières praticiennes ont procuré des soins dont la qualité équivaut à celle des soins médicaux. De même, au Royaume-Uni, des programmes intégrant l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée ont permis d'atteindre une importante diminution du délai de traitement des patients admis avec des symptômes de l'infarctus du myocarde.

Au Canada, la littérature ne présente aucune étude empirique portant sur les incidences de l'exercice d'infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie. Cependant, une étude qualitative récente identifie la perception de membres d'équipes multidisciplinaires de quatre centres de soins tertiaires de Toronto et de London où le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée a été implanté en cardiologie, en néphrologie, en gériatrie ou en soins intensifs. L'amélioration de la continuité des soins aux patients, l'amélioration de l'approche de soins et du plan thérapeutique, une meilleure communication à tous les niveaux à commencer par les patients et leurs familles, une meilleure planification du congé et une plus grande disponibilité pour l'enseignement aux patients et à leurs familles, sont les bénéfices qui ont été le plus souvent mentionnés.

Le Québec accuse un retard important par rapport aux autres provinces et aux États-Unis quant au rôle de l'infirmière praticienne spécialisée. Par contre, une nouvelle conjoncture législative<sup>1</sup> permet à l'infirmière praticienne en spécialité, sous certaines conditions, de poser, en vertu de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec*, cinq activités additionnelles appartenant traditionnellement à la discipline médicale. L'Université de Montréal et l'Université Laval sont déjà en mesure d'offrir un diplôme de maîtrise en sciences infirmières au terme d'un programme de formation de l'infirmière praticienne dans des domaines de spécialité dont la cardiologie tertiaire. De plus, on conclut de la tournée de consultation, menée par ce comité au printemps 2002 auprès des intervenants concernés par les services de chirurgie cardiaque des dix centres tertiaires du Québec, que ce nouveau rôle est pertinent et attendu avec impatience dans les milieux. L'enthousiasme vis-à-vis ce projet est donc manifeste chez les intervenants et l'intérêt d'infirmières expérimentées à se spécialiser est présent. Le contexte est donc particulièrement favorable à l'introduction du rôle de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire.

Le comité propose des orientations en ce qui concerne les principaux éléments de l'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée : la description du rôle et des fonctions de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire exerçant au Québec, les compétences requises chez cette infirmière, le déploiement de la mesure, le suivi et l'évaluation de l'implantation du rôle et de ses effets, et enfin, l'estimation des coûts reliés à l'introduction de cette nouvelle pratique infirmière et le financement.

Le comité a émis une série de recommandations qui recouvrent l'ensemble des enjeux à considérer dans le contexte d'une éventuelle implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire. Ces recommandations s'adressent à l'ensemble des responsables éventuellement concernés par ce projet.

Pour conclure, le Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire demande au ministère de la Santé et des Services sociaux de soutenir la création du rôle de l'infirmière praticienne spécialisé en cardiologie tertiaire et d'assurer le financement pour l'introduction et la mise en œuvre de cette pratique au sein des centres de cardiologie tertiaire québécois.

---

<sup>1</sup> La mise en vigueur au 30 janvier 2003 de la *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (L.Q.C.-33).

## Avant-propos

Au Québec, la demande d'instaurer le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire s'inspirant de modèles déjà existants chez nos voisins américains et canadiens a été exprimée de façon insistante au cours des dernières années, tant par les chirurgiens cardiaques que par les membres de la profession infirmière.

En février 2002, le Réseau québécois de cardiologie tertiaire a accepté de porter ce projet en créant le Comité de l'Infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire à qui il a confié le mandat de faire les recommandations nécessaires afin que ce rôle soit introduit au Québec dans les meilleurs délais. Pour ce faire, ce comité a jugé nécessaire de cerner les besoins des principaux intervenants du secteur de la chirurgie cardiaque et de faire le point sur la situation nord-américaine quant à cette pratique infirmière de pointe.

Le présent rapport se base donc sur deux sources. D'une part, il intègre les commentaires recueillis lors d'une tournée de consultation menée par ce comité au printemps 2002 auprès des principaux intéressés des centres de cardiologie tertiaire québécois offrant des services de chirurgie cardiaque et d'autre part, il rend compte des résultats d'une recension des écrits portant sur le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins primaires et en spécialité, principalement en cardiologie tertiaire.

Dans ce rapport, six objectifs principaux sont visés. Il s'agit de :

- décrire la problématique ainsi que la position du Québec au regard de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire ;
- faire état de la situation à l'extérieur du Québec, notamment aux États-Unis et au Canada, tout en décrivant le rôle tel qu'il est actualisé dans divers secteurs d'activités cliniques ;
- rendre compte des retombées observées dans les pays et provinces où ce rôle a été implanté ;
- rapporter les principaux commentaires des personnes rencontrées lors de la tournée de consultation menée par le comité ;
- faire état de la position du comité au regard de l'introduction du rôle pour l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire notamment en proposant un modèle de rôle et de fonctions qui soit applicable au Québec ;
- formuler des recommandations en ce qui concerne les principaux enjeux en cause, soit : la formation des infirmières, le déploiement du rôle au sein du réseau des centres québécois de cardiologie tertiaire, l'évaluation et le financement.

Compte tenu du fait que les chirurgiens cardiaques ont été les premiers à demander que ce rôle soit introduit au Québec, le comité s'est d'abord centré sur les besoins propres au secteur de la chirurgie cardiaque. Sur la base d'une littérature scientifique faisant état d'une diversité de rôles possibles en cardiologie spécialisée, le comité a finalement jugé nécessaire d'élargir le rôle de l'infirmière praticienne en spécialité à l'ensemble du domaine de la cardiologie tertiaire. Les recommandations ont donc été formulées en conséquence.

## 1. Mise en contexte

Présent et légalisé dans tous les états américains, le rôle de l'infirmière praticienne est le plus répandu des rôles de pratique infirmière avancée. Au Canada, la légalisation et la réglementation de l'exercice de l'infirmière praticienne en soins primaires et en spécialité se situent à divers stades de développement selon les provinces et les territoires. Terre-Neuve et le Labrador, la Nouvelle-Écosse ainsi que l'Ontario ont été les premiers à légaliser et à réglementer ce rôle. Pour sa part, le Québec accuse un retard important dans ce domaine, même si des percées ont été réalisées en néonatalogie dans un contexte d'initiatives locales ou de projets-pilotes. La volonté des principaux acteurs de la cardiologie tertiaire et des milieux québécois d'introduire ce modèle de pratique au Québec est cependant affirmée depuis plusieurs années.

En effet, dès 1999, dans son rapport *Cardiologie tertiaire – situation actuelle, perspective et propositions* (2000), le Comité de travail de cardiologie tertiaire recommandait : « d'entreprendre les démarches nécessaires auprès des instances concernées pour mettre en place un programme de formation pour les infirmières praticiennes ». On se souvient qu'à cette époque madame Pauline Marois, alors ministre de la santé et des services sociaux, avait promis de l'argent neuf pour la création de nouveaux postes d'infirmières praticiennes en spécialité.

Plus récemment, au printemps 2001, au cours des négociations entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, les chirurgiens cardiaques ont reçu l'assurance qu'ils recevraient le soutien réclamé afin d'assurer une organisation plus efficiente des services en chirurgie cardiaque. Concrètement, ils demandaient le soutien d'infirmières spécialisées en cardiologie tertiaire intégrées à leurs équipes de chirurgie cardiaque. Les chirurgiens cardiaques fondaient alors leurs demandes sur l'expérience du *St. Michael's Hospital* (SMH) de Toronto, où des infirmières praticiennes spécialisées en soins critiques - *Acute care nurses practitioners* - exercent auprès de patients devant subir ou ayant subi une chirurgie cardiaque et auprès de leurs familles. Les chirurgiens cardiaques québécois considèrent en effet ce modèle de pratique comme un exemple à suivre.

Peu après, en novembre 2001, le rapport du *Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines*, groupe mieux connu sous le nom de Comité Bernier, énonçait un certain nombre de principes devant guider la reconnaissance et l'autorisation de la pratique avancée au Québec. On y précise notamment que : « L'infirmière de pratique avancée en spécialité médicale sera habilitée à exercer certaines activités réservées aux médecins à la condition de posséder la formation spécifique ».

Grâce à l'entrée en vigueur de la Loi #90<sup>2</sup> le 30 janvier 2003, la pratique de l'infirmière praticienne en spécialité est maintenant possible. Cette loi apporte en effet le cadre législatif essentiel à l'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire au Québec.

### 1.1 Origine du mandat du Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire

Devant cette convergence de conditions favorables, le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) a créé en février 2002, un groupe de travail, le Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire, mandaté pour déterminer les conditions d'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire au Québec. Plus spécifiquement, ce comité devait proposer une description de rôle pour cette infirmière, faire une première évaluation du nombre d'infirmières requises pour exercer ces fonctions, recommander des conditions de

---

<sup>2</sup> *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q.C.-33.*

## Mise en contexte

---

mise en place de mesures transitoires visant à former une première cohorte et à préparer leur intégration dans les milieux à la suite de cette formation.

Le Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire est composé de représentants de l'Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec, de directrices de soins infirmiers de centres de cardiologie tertiaire, d'infirmières cliniciennes spécialisées, de représentants de l'Association canadienne des écoles universitaires en sciences infirmières, de la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, du Collège des médecins du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## 2. Problématique

Dans son rapport intitulé *CARDIOLOGIE TERTIAIRE - situation actuelle, perspectives et propositions*, le Comité de travail de cardiologie tertiaire soutenait, en octobre 2000, que les besoins et la demande pour les services en cardiologie tertiaire sont de plus en plus nombreux et variés. D'une part, la population vieillit et le nombre de nouveaux cas augmente, une tendance qui devrait se poursuivre jusqu'en 2015, moment où l'effet maximal du *baby-boom* se fera sentir. D'autre part, les indications s'élargissant, le nombre d'interventions augmente de manière significative pour certaines classes d'âge. À titre d'exemple, on intervient de plus en plus auprès de clientèles plus âgées avec de moins en moins de risques. L'investigation et le traitement d'une clientèle vaste en âge se traduisent par la réalisation d'un nombre croissant d'interventions spécialisées.

De plus, l'évolution de la science et le développement des nouvelles technologies offrent des possibilités thérapeutiques plus performantes. À ces phénomènes s'ajoutent l'élargissement des critères de sélection, l'augmentation du niveau d'information et d'intérêt de la population ainsi que les résultats obtenus par une pratique médicale et chirurgicale plus interventionniste. Tous ces facteurs contribuent au maintien d'une pression constante sur les services et entraînent une transformation de la nature même des services offerts.

Soulignons qu'au Québec en 2001-2002, plus de 30 500 patients ont reçu des services de cardiologie tertiaire. De ce nombre, 7 850 personnes ont eu une chirurgie cardiaque et 12 100 personnes ont été traitées par angioplastie. Même si on observe une hausse impressionnante de l'activité en hémodynamie diagnostique et thérapeutique depuis quelques années (8 508 procédures d'angioplastie en 1997-1998 et 12 100 en 2001-2002), le nombre de chirurgies cardiaques devrait poursuivre sa progression de façon graduelle. Le temps où les milieux pouvaient organiser leurs services en comptant sur une présence substantielle de résidents pour assurer le suivi des patients est révolu. Aujourd'hui, les résidents sont peu nombreux et, lorsqu'ils sont présents, ils passent la majeure partie de leur temps au bloc opératoire auprès des chirurgiens cardiaques, afin de réaliser les apprentissages requis par leur formation en spécialité.

Par ailleurs, on sait déjà que la problématique de l'insuffisance cardiaque risque de s'accroître avec le vieillissement de la population. Cette maladie progresse rapidement chez les personnes atteintes à partir du moment où le diagnostic est posé, et elle s'accroît en gravité, avec comme conséquence, une demande accrue en soins de santé. Une recherche effectuée par la Direction de la santé publique de Montréal, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) ainsi que le Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal a permis d'évaluer les taux de mortalité et d'hospitalisation des patients atteints d'insuffisance cardiaque dans les différents hôpitaux de Montréal entre 1990-1997, chez les individus âgés de plus de 65 ans. L'étude démontre une augmentation du taux d'hospitalisation par année passant de 92 par 10 000 individus en 1990-1991 à 124 pour 10 000 en 1997-1998 ( $p < 0,01$ ). Le taux de mortalité lié à la défaillance cardiaque a augmenté chez la population féminine, passant de 5,6 % en 1990-1991 à 6,2 % en 1997-1998 ( $p < 0,01$ ). La réadmission aux urgences pour décompensation cardiaque a augmenté au cours de la période d'étude passant de 16,6 % à 22 % ( $p < 0,01$ ) sur une période de 1 mois et de 46,7 % à 49 % sur une période de 6 mois ( $p < 0,03$ ). Néanmoins, la durée de séjour par hospitalisation a diminué passant de 16,4 jours en 1990-1991 à 12,2 jours en 1997-1998. Cette étude démontre l'importance de trouver des solutions de suivis cliniques afin de diminuer le taux croissant de réadmissions qui risque de croître compte tenu du vieillissement de la population québécoise (Ehrmann-Feldman & al. 2001).

Dans l'état actuel des choses, les médecins spécialistes en cardiologie tertiaire suffisent à peine à répondre aux demandes faisant appel à leur expertise spécifique. Dans bien des cas, ils ont très peu de disponibilité à offrir à leurs patients en dehors des interventions spécialisées ou surspécialisées et cela, non seulement en chirurgie cardiaque mais aussi en cardiologie médicale. Avec l'accroissement anticipé des besoins de la population dans ce domaine, la situation ne fera que s'aggraver si des mesures ne sont pas mises en avant dès maintenant. L'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée fait partie des solutions possibles pour l'amélioration de l'accès aux services et le maintien de la qualité de soins médicaux en cardiologie tertiaire.

### 3. Bref historique du développement de la pratique infirmière avancée

Le concept de la pratique avancée en soins infirmiers n'est guère récent puisque ce rôle a été développé, entre autres, à travers la fonction de l'infirmière anesthésiste, de l'infirmière sage-femme et de l'infirmière clinicienne spécialisée. Ainsi, le rôle de l'infirmière anesthésiste a été introduit au milieu des années 1800, ce qui en fait la spécialité la plus ancienne en pratique avancée. La seconde percée en pratique avancée fut celle de l'infirmière sage-femme. Importée d'Europe par l'immigration, cette fonction est apparue aux États-Unis au début du 17<sup>e</sup> siècle. La plupart des sages-femmes furent formées en Angleterre. À partir des années 1920, les infirmières sages-femmes furent très actives et bien organisées. Leur programme de formation n'a été établi qu'en 1932. Quant à l'infirmière clinicienne spécialisée, son titre a émergé, selon différents auteurs, entre 1938 et 1943. Son rôle diffère de celui de l'infirmière praticienne, puisque son champ d'exercice ne comprend pas une pratique médicale mais plutôt des actions orientées vers la consultation et l'amélioration des soins infirmiers. L'évolution de ce rôle concerne plusieurs spécialités, la plus ancienne étant la psychiatrie. Quant à la fonction de l'infirmière praticienne, elle s'est manifestée à la fin des années 1950 et au début des années 1960. À cette époque, l'accent était particulièrement mis sur la gestion de la maladie chronique reflétant une perspective médicale. Aux États-Unis, ce rôle a jailli du besoin des populations, de la profession infirmière et du système de santé en mutation. L'approche préconisait l'aspect ambulatoire, l'interdisciplinarité et les soins centrés sur la famille (Bigbee, & Nouri, dans Hamric, 2000).

Aux États-Unis, le rôle d'infirmière praticienne en spécialité a été introduit pour la première fois en néonatalogie au début des années 1970 (Rust & Magdic, 2000). Le rôle s'est développé par la suite dans d'autres types de soins spécialisés dont la néphrologie en 1973 (Bolton, 1998). Ce n'est toutefois qu'au cours des 15 dernières années que le rôle a été introduit de façon soutenue dans les centres tertiaires. Ainsi, dès la fin des années 1980, une série de réformes dans les soins de santé américains, dont la diminution du nombre de résidents, poussa des infirmières à prendre une plus grande place auprès des patients aux soins critiques et intensifs (Bigbee & Amidi-Nouri, 2000 ; Callahan, 1996 ; Rust & Magdic, 2000). De plus, d'autres raisons ont motivé l'introduction de ce rôle telles que le besoin de coordonner les soins en chirurgie cardiaque et vasculaire et de gérer des cas complexes tout en offrant des soins de haute qualité et un bon rapport coût-efficacité (Fitzgerald, 1998 ; Urban, 1997) ainsi que la recherche de solutions à la durée moyenne de séjour prolongée, à l'insatisfaction des patients et au manque d'experts cliniques pouvant être consultés par le personnel infirmier (Vaska, 1993).

Au Canada, le rôle de l'infirmière praticienne a été introduit plus récemment et d'abord en soins de santé primaires. Ce n'est qu'au cours des dernières années qu'a débuté le développement du rôle de l'infirmière praticienne en spécialité dans les domaines de la cardiologie, de la gériatrie, de la néonatalogie, de la néphrologie, de la psychiatrie, de l'urgence et enfin, en soins critiques.

En 2002, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC) a défini ce rôle ainsi :

« Les infirmières praticiennes intègrent dans leur pratique des activités qui consistent notamment à diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et à prescrire des médicaments. Les infirmières praticiennes travaillent en autonomie, depuis le lancement du processus de soins et la surveillance des résultats sanitaires jusqu'à la collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Les infirmières praticiennes exercent la profession dans toutes sortes de collectivités, de concepts en soins actifs et de soins de longue durée, qui comprennent notamment les suivants : centre de santé communautaire, postes de soins infirmiers en région éloignée, cliniques et services spécialisés, services d'urgence et établissement de soins de longue durée. » (Fiche d'information)

## 4. État de la situation hors Québec

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée existe ailleurs depuis fort longtemps, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et dans la majorité des provinces canadiennes. Ces expériences sont riches d'enseignements pour le Québec qui peut s'inspirer des recommandations des pionniers dans ce domaine. Le portrait de la situation hors Québec présenté ici porte sur le contexte légal permettant le développement du rôle, sur les caractéristiques du rôle notamment dans deux centres hospitaliers nord-américains, sur les compétences requises chez l'infirmière praticienne spécialisée ainsi que sur des programmes de formation existants.

### 4.1 Contexte légal entourant l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée

La mise en œuvre de nouveaux rôles en soins infirmiers ne peut se concrétiser sans qu'un cadre juridique le permette explicitement. Ceci résulte le plus souvent d'un long processus s'étalant dans le temps. C'est pourquoi, on retrouve un large éventail des contextes juridiques dépendant des pays, des états ou des provinces.

#### 4.1.1 Contexte légal aux États-Unis

Le rôle de l'infirmière praticienne est le plus répandu parmi ceux de la pratique infirmière avancée. Il existe dans les 51 États américains. On dénombre 105 817 infirmières praticiennes ayant obtenu la licence de pratique, principalement en soins de santé primaires mais aussi en soins spécialisés (Pearson, 2003). Chaque État régit l'exercice des infirmières praticiennes qui peuvent notamment poser les activités réglementées suivantes :

- Diagnostiquer et traiter des problèmes de santé aigus et chroniques ;
- Examiner des enfants et des adultes en bonne santé ;
- Diagnostiquer et traiter des traumatismes mineurs, y compris poser des sutures et des attelles ;
- Prescrire et effectuer des tests diagnostiques ;
- Prescrire des médicaments.

Bien que les infirmières praticiennes soient autorisées à prescrire des médicaments dans tous les États (Pearson, 2002), leur niveau d'autonomie diffère sensiblement d'un État à l'autre. Dans 13 États, les infirmières praticiennes peuvent prescrire des médicaments de façon autonome incluant les substances contrôlées. Dans 33 États, elles peuvent prescrire des médicaments dont les substances contrôlées, mais par acte délégué ou avec une certaine collaboration du médecin. Dans cinq États, l'autorisation d'ordonnance de médicaments dépend d'un acte délégué ou d'une certaine collaboration du médecin et exclut les substances contrôlées.

Dans 44 États américains, le *Board of nursing* a l'entière autorité du champ de pratique de l'infirmière praticienne. Les infirmières praticiennes peuvent exercer sans la supervision ou la collaboration obligatoire d'un médecin dans 26 États<sup>3</sup>. Le champ de pratique exige la collaboration d'un médecin dans 13 États<sup>4</sup> et la supervision d'un médecin dans 6 États<sup>5</sup>. Enfin, le champ de pratique de l'infirmière praticienne est autorisé par le *Board of nursing* et le *Board of medicine* dans 6 états<sup>6</sup>. Le titre est protégé dans tous les États américains (Pearson, 2003).

---

<sup>3</sup> Ce sont l'Alaska, l'Arkansas, l'Arizona, le Colorado, Hawaii, l'Iowa, le Kansas, le Maine, le Michigan, le Montana, le Dakota du Nord, le New Hampshire, le New Jersey, le Nouveau-Mexique, l'Oklahoma, l'Oregon, le Rhode Island, le Texas, l'Utah, Washington, le Wisconsin, la Virginie-Occidentale, le Wyoming, et Washington DC ici considéré comme un État.

<sup>4</sup> Ce sont l'Illinois, le Connecticut, le Delaware, l'Indiana, la Louisiane, le Maryland, le Minnesota, le Missouri, le Nebraska, le Nevada, New York, l'Ohio et le Vermont.

<sup>5</sup> Ce sont la Californie, la Caroline du Sud, la Floride, la Géorgie, l'Idaho et le Massachusetts.

<sup>6</sup> Ce sont l'Alabama, la Caroline du Nord, le Dakota du Sud, le Mississippi, la Pennsylvanie et la Virginie.

On trouve des infirmières praticiennes spécialisées en soins critiques dans les établissements de pratique américains selon les pourcentages suivants (Kleinpell, 1999) :

Hôpital universitaire :	50 %
Groupe de médecins :	16 %
Hôpital communautaire :	8 %
Hôpital général de soins critiques :	6 %
Hôpital militaire :	4 %
Clinique :	4 %
Hôpital régional :	1 %
Autres (hôpital à but lucratif, d'État ou spécialisé) :	10 %

### 4.1.2 Contexte légal au Canada

Au Canada, selon l'AIC (2002), la réglementation de l'exercice de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires et spécialisés se situe à divers stades de développement selon les provinces et territoires. Suivant la vague de transformation du système de santé, la pratique d'infirmière praticienne en spécialité se développe de plus en plus dans différents domaines de spécialité clinique.

La plupart des infirmières praticiennes exercent en soins de santé primaires. Quatre provinces canadiennes soit l'Alberta (1996), l'Ontario (1997), Terre-Neuve et le Labrador (1997) ainsi que la Nouvelle-Écosse (2001) possèdent une réglementation régissant l'exercice de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires.

Depuis 2000, la province de Terre-Neuve-et-Labrador reconnaît l'exercice de l'infirmière praticienne en spécialité. Cette province exige un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières et la réussite d'un programme de formation post-baccalauréat d'infirmière praticienne d'une durée d'un an à temps complet. La plupart des cours de ce programme sont du niveau de la maîtrise. Dans un avenir rapproché, la formation de maîtrise en sciences infirmières sera exigible pour l'infirmière praticienne.

Quant à la Nouvelle-Écosse, depuis 2001, la loi des infirmières permet la création d'une classe de membres d'infirmières praticiennes exerçant en spécialité. Pour le moment, les conditions requises sont notamment une formation de 1<sup>er</sup> cycle universitaire. Elle reconnaît toutefois les programmes de formation de l'infirmière praticienne au niveau de la maîtrise en sciences infirmière. Dans cette province, l'Université Dalhousie offre le programme d'infirmière praticienne en spécialité au niveau de la maîtrise à des infirmières exerçant depuis déjà deux ans dans le domaine de la spécialité.

L'Ontario et l'Alberta ne reconnaissent pas légalement la pratique des infirmières praticiennes en spécialité. Par contre, ces infirmières acquièrent leur formation dans des programmes universitaires de maîtrise offerts respectivement par l'Université de Toronto et l'Université d'Alberta.

Au Yukon, des modifications apportées au règlement d'application de la *Pharmacists Act* 1998 et la *Registered Nurses Profession Act* 1992 régissent les infirmières praticiennes (AIC, 2002).

En vertu des dispositions légales provinciales, les infirmières praticiennes peuvent :

- a) prescrire et interpréter des examens et des tests diagnostiques ;
- b) diagnostiquer des problèmes de santé ;
- c) prescrire et ajuster des médicaments ;

En Alberta, les infirmières praticiennes sont autorisées à prescrire les médicaments relevant de la compétence provinciale mais ne peuvent prescrire des stupéfiants ou des substances réglementées. En

Ontario, le pouvoir de prescrire se limite aux médicaments précisés dans le règlement. En Nouvelle-Écosse, le règlement ne comporte pas de listes de médicaments mais un comité du *College of Registered Nurses of Nova Scotia* se penche sur cet aspect actuellement.

- d) prescrire et effectuer des traitements médicaux.

Le titre d'infirmière praticienne et la désignation « IP » sont protégés à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et, depuis peu, en Alberta. La province de l'Ontario a instauré une catégorie spécialisée (CS) pour désigner les infirmières autorisées (AI) qualifiées comme infirmières praticiennes. Elles peuvent ainsi porter le titre IA (CS).

- Provinces où le rôle est autorisé et en voie d'être réglementé

Dans certaines provinces, le rôle de l'infirmière praticienne est autorisé tandis que le processus de réglementation se poursuit. En 2001, la Saskatchewan et le Manitoba ont adopté des dispositions légales donnant aux infirmières praticiennes des droits de pratique d'actes réglementés (AIIIC, 2002) alors que le Nouveau-Brunswick se prépare à l'implantation du rôle.

La nouvelle loi de la Saskatchewan autorise les infirmières praticiennes à :

- (a) poser des diagnostics,
- (b) effectuer des traitements dont des interventions chirurgicales mineures,
- (c) rédiger des ordonnances.

La Saskatchewan *Registered Nurses' Association* définit actuellement le cadre réglementaire incluant l'acquisition de connaissances, la vérification des compétences et l'autorisation. Cette réglementation encadrerait les infirmières praticiennes en soins de santé primaires et en soins spécialisés.

La loi manitobaine permet aux infirmières praticiennes de : a) prescrire des tests de dépistage et de diagnostic et d'en recevoir les rapports, b) prescrire certains médicaments, c) pratiquer certaines interventions chirurgicales mineures. Au Manitoba, il n'y a pas de catégorie distincte pour désigner les infirmières praticiennes. La réglementation les encadre en tant qu'infirmières autorisées. Les infirmières autorisées doivent compléter une formation reconnue par les autorités provinciales et leur inscription au registre sera fondée sur les compétences. La *Manitoba Registered Nurses Association* finalise la réglementation sur les pratiques incluses.

Au printemps 2002, le Nouveau-Brunswick a déposé une mesure législative permettant l'exercice de l'infirmière praticienne. L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick travaille à la mise en application du rôle.

- État de la situation dans les autres provinces et territoires

En Colombie-Britannique, la législation ne reconnaît pas le rôle de l'infirmière praticienne malgré l'intention exprimée du gouvernement d'autoriser leur pratique dès 2002. Par ailleurs, plusieurs infirmières de la province exercent une pratique élargie en soins de santé primaires et en soins spécialisés. La *Registered Nurses Association of British Columbia* définit actuellement les compétences de base qui orienteront la formation et l'autorisation de l'infirmière praticienne. L'organisme recommande la protection du titre. À l'Île-du-Prince-Édouard, la consultation concernant la réglementation des infirmières praticiennes est en cours entre l'Association of Nurses of Prince Edward Island et ses membres. Dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, une nouvelle mesure législative adoptée en juin 2002 autorisera prochainement les infirmières praticiennes à prescrire des médicaments. La pratique élargie en soins de

santé primaires y est répandue, puisque que 60 % des infirmières travaillent dans un contexte caractérisé par l'éloignement des centres (AIIIC, 2002).

#### 4.2 Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire en Amérique du Nord

Le développement du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire ne se fait pas de façon uniforme dans tous les milieux. On observe des variations dans la mise en place du rôle en fonction du centre hospitalier, du contexte légal et de l'encadrement de l'organisme réglementaire.

La description de l'implantation du rôle dans deux centres hospitaliers nord-américains, le *Beth Israel Medical Center* (BIMC) de New York et le *St. Michael's Hospital* de Toronto, devrait permettre de préciser la fonction de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire. Dans ces deux cas, l'introduction s'est faite au cours des années 1990.

##### 4.2.1 Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée aux États-Unis

Sur le territoire américain, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie exerce en deuxième et troisième ligne, là où les services spécialisés et sur spécialisés sont rendus. Lorsqu'elles œuvrent en deuxième ligne, les infirmières praticiennes spécialisées font la gestion du suivi des patients ayant été hospitalisés à la suite de complications cardiaques et en clinique externe (Dougherty, Spertus, Dewhurst & Nichol, 2000 ; Paul, 2000 ; Urden, 1998). Elles exercent en collaboration avec des équipes multidisciplinaires formées d'un ou d'une cardiologue, d'un pharmacien ou d'une pharmacienne, d'un diététicien ou d'une diététicienne et d'un travailleur ou d'une travailleuse sociale. Bien que leurs fonctions puissent varier selon le modèle de gestion adopté, elles incluent de façon générale :

- a) la coordination des soins aux patients avec les différents prestataires de soins ;
- b) l'enseignement auprès des patients et de leurs familles ;
- c) la prescription, l'ajustement et l'administration de médicaments ;
- d) le suivi des résultats anormaux des tests de laboratoire et diagnostiques ;
- e) le suivi ambulatoire de patients hospitalisés pour une maladie cardiovasculaire ;
- f) le suivi téléphonique auprès des patients au cours des jours, semaines et mois suivants l'hospitalisation ;
- g) la relance des rendez-vous de suivi incluant les annulations.

Plus spécifiquement, un sondage américain effectué auprès de 740 infirmières praticiennes spécialisées (Kleinpell, 1999) a pu déterminer que le pourcentage de temps moyen consacré à la pratique clinique directement attribuée au patient est de 87 %. Néanmoins, 43 % des répondantes ont affirmé occuper 100 % de leur temps à la pratique clinique directe. Les activités le plus souvent effectuées sont, par ordre d'importance : a) le monitoring des examens diagnostiques et de laboratoire, b) l'enseignement des soins auprès des membres de la famille, c) la planification du congé, d) l'interprétation de radiographies pulmonaires. Le sondage a également permis de confirmer que la nature et le nombre de procédures invasives qu'elles effectuent varient d'un établissement à l'autre en fonction des pratiques médicales et de la population soignée.

- Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire *sans activités en salle d'opération et aux soins intensifs* : Modèle implanté au *Beth Israel Medical Center de New York*

Le BIMC est un centre hospitalier de plus de 900 lits situé dans un quartier de New York dont la population est diversifiée (Callahan, 1996). Il n'y a pas de programme de résidence en chirurgie cardiaque au BIMC, bien que ce centre soit affilié à deux écoles de médecine de la métropole. Dans les années 1990, le BIMC a mis sur pied un nouveau programme en chirurgie cardiaque adulte et implanté le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire. En 1995, près de 500 chirurgies cardiaques ont été réalisées.

Au BIMC, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire intervient tout au long de l'épisode de soins, soit lors de l'examen et l'enseignement préopératoires, de la préparation du congé, du suivi des soins postopératoires à l'unité et en clinique externe. Elle n'intervient toutefois pas en salle d'opération et ses activités aux soins intensifs sont très limitées. Les privilèges de prescription de l'État de New York donnent une autonomie à l'infirmière praticienne spécialisée puisqu'elle peut prescrire les médicaments selon le protocole de pratique sans obligation de faire contresigner ses ordonnances par un médecin. Une description détaillée du rôle de cette infirmière est présentée à l'annexe 1.

- Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire *avec activités en salle d'opération, aux soins intensifs et en clinique externe*

Ackerman, Clark, Reed, Van Horn et Francati (2000) présentent un modèle théorique de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire administrant des soins postopératoires aux soins intensifs. Dans le cadre de ce modèle de rôle, l'infirmière praticienne spécialisée reçoit, dès l'arrivée du patient aux soins intensifs, un bref rapport de la part de l'anesthésiste. Elle est autorisée à accomplir l'ensemble des activités habituellement dévolues aux infirmières praticiennes. De façon plus spécifique, elle peut compléter l'examen du patient incluant l'hémodynamie, examiner la plaie chirurgicale, ajuster la médication intraveineuse en cours et intervenir selon le protocole établi en cas de complications telles que hypovolémie, hémorragie, instabilité hémodynamique, hypotension, arythmie, infection ou insuffisance systémique.

En ce qui concerne les soins intensifs, au *General Hospital* à Pittsburg, les infirmières en pratique avancée apportent une expertise pratique lors de l'instrumentation du patient ainsi que lors de la gestion de données hémodynamiques. Afin d'établir un but thérapeutique commun, certains protocoles régissent l'administration de médication en fonction de la condition hémodynamique du patient (Mc Cormick, 1999).

En soins intensifs, les infirmières praticiennes peuvent être responsables du déroulement des soins apportés aux patients. Ce rôle inclut l'ordonnance de tests diagnostiques (bilan sanguin, radiographies), la capacité d'interpréter les résultats obtenus, la prescription et l'ajustement de la médication ainsi que l'élaboration d'un plan de traitement adapté à chaque patient. De plus, les infirmières praticiennes constituent l'intervenant pivot qui permet la circulation de l'information clinique sur le patient entre les différents spécialistes, consultants et la famille. Les tournées du département effectuées tous les matins en compagnie du médecin traitant permettent de revoir l'état physique de chaque patient et d'établir un plan d'action pour la journée. Les infirmières praticiennes spécialisées, connaissant parfaitement la situation clinique de chacun des patients, collaborent à la mise en place du nouveau plan de traitement. Elles possèdent la formation et les capacités nécessaires pour effectuer des techniques invasives. Grâce à l'élaboration de protocoles préétablis, ces infirmières ont le droit d'exécuter certaines actions habituellement réservées aux médecins. Par exemple, elles ont le droit d'installer des cathéters artériels, des voies veineuses centrales, des cathéters intra-cardiaques de type Swan-Ganz ainsi que des drains thoraciques. Elles sont également responsables de l'analyse des tests de laboratoire, des rapports radiologiques et de l'examen physique du patient.

Les traitements sont alors ajustés selon l'évolution clinique des patients. Elles planifient également des rencontres avec les familles tous les jours afin de discuter avec elles des plans thérapeutiques et de l'évolution de l'état de santé de leur proche. Les infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire jouent un rôle de soutien, d'information et d'enseignement auprès des familles. Lors de complication ou de décompensation de l'état du patient, ces infirmières communiquent directement avec le résident de garde, les consultants impliqués et, bien entendu, le médecin traitant. Les infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire travaillant aux soins intensifs font partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire. À ce titre, elles participent activement aux réunions mensuelles avec les médecins traitants et spécialistes. De plus, elles collaborent à l'élaboration de nouveaux protocoles de traitements visant à diminuer les complications (infections, psychose de stress liée aux soins intensifs), contribuent au développement de protocoles d'intervention et assurent la supervision des étudiants en pratique avancée (Hickey, Ouimette & Venegoni, 2000).

Notons également qu'aux États-Unis, parfois des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie travaillent essentiellement à assurer le suivi en clinique externe des patients après leur hospitalisation (Dougherty, Spertus, Dewhurst & Nichol, 2000 ; Paul, 2000 ; Urden, 1998). À titre d'exemple, les infirmières œuvrant en clinique externe peuvent, entre autres, évaluer l'évolution de la guérison des plaies, la reprise des activités du patient, la tolérance à l'exercice et l'état respiratoire. Elles peuvent également effectuer le suivi du patient afin d'observer l'évolution de l'état de santé, de modifier la médication et de prévenir des complications potentielles. En ce sens, ces expériences pourraient orienter les centres hospitaliers intéressés à bonifier les fonctions de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire.

- Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée œuvrant auprès des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque

Aux États-Unis, le suivi clinique des patients atteints d'insuffisance cardiaque est accompli par les infirmières en pratique avancée ayant une spécialisation en cardiologie. En clinique externe, il est basé sur la collaboration interdisciplinaire. Le plan thérapeutique est établi en équipe. Les soins offerts à la population atteinte d'insuffisance cardiaque comprennent l'analyse des bilans sanguins, la lecture des films radiologiques, l'ajustement et le contrôle de la médication, la mise en oeuvre de nouveaux traitements pharmacologiques, l'enseignement de la restriction liquidienne et du régime alimentaire bien équilibré et finalement, la gestion adéquate des activités. La gestion de cas touche les patients non hospitalisés grâce à un suivi en clinique externe ou encore pour les patients souffrant de décompensation cardiaque hospitalisés sur les unités de soins. Lorsqu'un patient suivi à la clinique externe se présente à l'urgence en état de décompensation cardiaque, les infirmières praticiennes travaillant à la clinique de défaillance cardiaque sont appelées à l'urgence afin d'évaluer le patient et d'entreprendre les traitements adéquats en collaboration avec le médecin traitant. Les fonctions de l'infirmière praticienne œuvrant auprès de la clientèle insuffisante peuvent être très variées. En effet, une infirmière spécialisée en pratique avancée est habilitée à suivre et à traiter les patients souffrant d'insuffisance cardiaque que ce soit dans les unités d'urgence, de soins intensifs médicaux, de soins médicaux moins critiques ou encore en clinique externe. Tout en favorisant l'évolution de leur expertise et de leurs habiletés, la collaboration des infirmières en pratique avancée dans la gestion de cas complexes concourt à augmenter la qualité des soins et à diminuer la fréquence et la durée des hospitalisations. De plus, leurs soins étant prodigués tout au long du continuum de soins, depuis l'arrivée du patient au service d'urgence jusqu'au suivi en externe, la gestion de cas par les infirmières praticiennes facilite la continuité des soins au patient durant et après l'hospitalisation et permet de renforcer l'enseignement aux familles, de fournir les ressources nécessaires grâce à la collaboration multidisciplinaire et, enfin, d'alléger la charge de travail des médecins spécialistes (Mc Cormick, 1999).

#### 4.2.2 Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée au Canada

- Modèle implanté au *St-Michael's Hospital* de Toronto - Ontario

Le *St-Michael's Hospital* de Toronto est un centre tertiaire et quaternaire de plus de 550 lits, dont le volume d'activités en chirurgie cardiaque se situe à 1 150 opérations par année effectuées par 5 chirurgiens cardiaques. Affilié à l'Université de Toronto, il constitue un centre de référence majeur en cardiologie tertiaire adulte en Ontario. Il est à noter que, malgré cette affiliation, ce centre ne reçoit pas de résidents. En 1995, le SMH a créé quatre postes d'infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire pour les services de chirurgie cardiaque et vasculaire. Dans ce milieu, elle porte le titre d'*Acute care nurse practitioner* (ACNP). Présentement, cet effectif compte 3,4 équivalent temps plein. Elles sont en fonction par équipe de deux, le jour, du lundi au vendredi, exceptionnellement la fin de semaine. Elles ne font pas de garde. De plus, un poste à temps plein pour une infirmière praticienne spécialisée a été créé en 1999 pour le secteur de chirurgie vasculaire et finalement en 2000, l'administration créa un poste à temps complet en cardiologie générale pour le département de médecine. De nombreuses études sur l'impact de ces infirmières spécialistes dans le système de soins sont présentement en cours au SMH, afin de justifier la création de nouveaux postes (Document *St-Michael's Hospital* in Toronto, 1998).

La description de fonctions de l'ACNP au programme de chirurgie cardiaque du SMH indique que cette infirmière intervient lors de : a) l'examen préopératoire, b) la période d'attente préopératoire, c) la période postopératoire à l'étage de chirurgie cardiaque ou dédiée à la chirurgie cardiaque, d) la période de récupération débutant au congé de l'hôpital (retour au domicile, centre de transition-convalescence ou centre référent), e) la visite post-chirurgicale à la clinique externe.

Dans ce milieu, l'infirmière praticienne spécialisée effectue certains actes médicaux sous l'autorité du médecin. Elle prescrit des médicaments autorisés, des tests de laboratoire, des tests diagnostiques et des procédures d'imagerie médicale selon les protocoles établis. Les ordonnances de médicaments de l'infirmière praticienne spécialisée peuvent être remplies et administrées sans être contresignées par le médecin. Les autres ordonnances et ses notes médicales doivent toutefois être contresignées par un médecin du programme ou du service dans un délai de 48 heures. Une description détaillée du rôle de cette infirmière est présentée à l'annexe 2.

Lors de l'implantation de ce rôle, il était prévu que l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire passe 75 % de son temps auprès des patients et de leurs familles alors que l'autre 25 % devait être consacré à l'enseignement, la recherche, la consultation et l'administration. Un échange d'information avec des personnes responsables de la coordination du programme à SMH a révélé que, dans les faits, les infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire consacrent presque la totalité de leur temps à des soins directs aux patients. Ce déséquilibre serait le principal problème en regard de leur rôle, la première source d'insatisfaction et une des causes d'épuisement professionnel chez les infirmières. Dans ce milieu, on vise à rééquilibrer la tâche afin qu'elles puissent assumer ce rôle dans toute sa diversité.

#### 4.3 Compétences requises pour la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée

Les compétences désignent les connaissances, les habiletés et les attitudes particulières qu'on attend d'une infirmière pour pratiquer de façon sûre et éthique dans un rôle et un cadre désigné (AIIC, 2000). Les compétences constituent une base commune à tous les rôles de la pratique infirmière avancée.

Pour sa part, Hamric (2000) définit la pratique infirmière avancée en intégrant trois (3) éléments : la synthèse de trois critères de base, les six compétences principales et un noyau central de compétence. Ce dernier réfère au fait que les critères de base et les compétences ne sont pas des éléments séparés et distincts mais qu'il s'agit plutôt de données de nature interactive à travers laquelle la pratique avancée s'actualise.

### 4.3.1 Critères de base

Des critères de base sont nécessaires sans être suffisants. Il s'agit de :

- a) la formation de niveau maîtrise ou doctorat comportant une concentration dans une spécialité de pratique infirmière avancée. L'exigence de la formation de deuxième cycle en pratique infirmière avancée fait généralement l'unanimité dans la littérature et les milieux infirmiers internationaux ;
- b) la certification permettant la pratique à un niveau avancé ;
- c) la pratique orientée vers le patient et la famille.

### 4.3.2 Compétences principales

Selon Hamric (2000), les huit compétences principales peuvent être actualisées à différents degrés. Ce sont :

- l'expertise clinique ;
- l'expertise en orientation et en soutien aux patients et à leurs familles ainsi qu'aux autres dispensateurs de soins ;
- la consultation ;
- les habiletés à la recherche incluant l'utilisation, l'évaluation et la conduite d'étude ;
- le leadership clinique et professionnel ;
- la collaboration (multi, inter et intra professionnelle) ;
- les habiletés comme agent de changement ;
- les habiletés à la prise de décision éthique ;

- Expertise clinique

Cette compétence permet à l'infirmière praticienne spécialisée de prodiguer des soins spécialisés appropriés et de qualité (Hamrich et al. 2000). Shah et Sullivan (1998) précisent que cette compétence repose a) sur des connaissances avancées en physiopathologie, en anatomie et en pharmacologie et b) sur des habiletés à établir l'histoire de la santé, à procéder à l'examen physique complet ou partiel, à prescrire et à interpréter les tests ou examens, à appliquer les techniques nécessaires aux procédures, à amorcer les consultations ainsi qu'à planifier le congé et à collaborer avec les autres dispensateurs à l'obtention des résultats cliniques positifs.

- Expertise en orientation et soutien aux patients et à leurs familles ainsi qu'aux autres dispensateurs de soins

L'enseignement auprès des patients peut aussi se faire dans des conditions difficiles. Les patients de plus en plus âgés présentent des situations de santé critiques et parfois complexes. Shah (1997) précise que la capacité à vulgariser l'information demeure importante. L'infirmière praticienne spécialisée doit donc être en mesure de soutenir le patient et sa famille dans leur expérience de maladie, et savoir les préparer adéquatement au congé (Rust & Magdic, 2000). De plus, l'infirmière praticienne spécialisée peut aussi soutenir les autres professionnels dans leurs pratiques.

- Consultation

La consultation permet à l'infirmière praticienne spécialisée de mettre à contribution son expertise de contenu ou de processus. L'activité de consultation cible l'amélioration des soins au patient et à sa famille par des actions directes ou indirectes. De façon plus spécifique, elle augmente les habiletés à solutionner les problèmes (Hamric, 2000).

- Habiletés à la recherche incluant l'utilisation, l'évaluation et la conduite d'études

Cette compétence s'acquiert par le biais de la formation de deuxième cycle et du développement du processus de recherche de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle. Ces habiletés permettent à l'infirmière praticienne spécialisée de définir, d'implanter, de raffiner, de valider et d'évaluer sa pratique ainsi que de faire valoir son leadership dans le système de santé (Hamric, 2000).

- Leadership clinique et professionnel

Le leadership est soutenu et développé à travers l'expérience et l'apprentissage réflexif. Il repose sur la capacité d'encourager, de motiver, tant la clientèle que les autres professionnels, vers l'atteinte d'un objectif. Selon le modèle de Gounic (1989), cité dans Hamric (2000), la gestion des soins des infirmières praticiennes spécialisées n'est pas définie comme un ensemble de tâches distinctes mais bien comme la capacité de travailler, à travers les autres, pour atteindre un but. Ainsi, elles utilisent la collaboration et le milieu de soins afin de les mobiliser de façon efficiente pour répondre aux besoins des patients, de leurs familles et des communautés (Hamric, 2000).

- Collaboration (multi, inter et intra-professionnelle)

La collaboration ou la pratique clinique collaboratrice, est une compétence fréquemment soulevée dans la littérature. Elle est même un élément essentiel du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (Rust et Magdic, 2000). Cette compétence sous-tend une activité importante de l'infirmière praticienne spécialisée soit la coordination des soins. En effet, en soins spécialisés et surspécialisés, la coordination des soins nécessite une collaboration étroite entre les différents prestataires de soins (King & Baggs, 1998). Le modèle de la pratique clinique collaborative cible l'évolution de l'état de santé du patient et les éléments-clés la favorisant sont : a) la coopération, b) l'affirmation de soi, c) la prise de décision partagée, d) la communication, e) la planification en équipe et, f) la coordination. Pour Shah (1997), savoir communiquer efficacement avec ses collègues de l'équipe soignante afin d'expliquer son jugement clinique et ses décisions, et ce, dans des conditions souvent stressantes, constitue un élément essentiel. La collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée et le médecin constitue le cœur de la pratique collaborative. En favorisant la réduction de la redondance et de la fragmentation des soins prodigués aux patients dont l'état de santé est critique, la collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée et le médecin permet, de surcroît, une continuité et une constante optimisation des soins (King & Baggs, 1998). La collaboration doit également se manifester entre l'infirmière praticienne spécialisée et l'infirmière en chef, les autres infirmières praticiennes, le personnel infirmier et les autres prestataires de soins (Shah, 1997).

- Habiletés comme agent de changement.

Une partie des interventions infirmières auprès de la clientèle se fait dans un contexte de transition et visent à créer un climat propice au changement de comportements comme l'observance au traitement médical, l'acquisition de nouvelles habitudes de vie, etc. En plus, elle utilisera ses habiletés d'agent de changement pour améliorer tout élément du milieu de soins qui entrave la qualité des soins (Hamric, 2000).

- Habilités à la prise de décision éthique

Selon Rust et Magdic (2000), l'infirmière praticienne spécialisée doit posséder de solides capacités à prendre des décisions éthiques. Shah (1997) souligne que le discernement clinique permet de replacer les soins et la prise de décision dans les limites des compétences.

Les compétences générales de la pratique infirmière avancée énumérées précédemment constituent l'assise de la pratique infirmière avancée. Certaines de ces compétences sont plus accentuées chez l'infirmière praticienne spécialisée, qui consacre la plus grande partie de son temps à prodiguer des soins directs à des patients vivant des situations de santé complexes, aiguës ou chroniques.

### 4.3.3 Noyau central de compétence

L'essence de la pratique infirmière avancée réside non seulement dans les critères de base et dans les compétences manifestes mais également dans la synthèse de ces éléments en interaction avec les caractéristiques personnelles de l'infirmière. Dans *Le cadre national de la pratique infirmière avancée*, l'AIC (2000) affirme que « ce sont plutôt l'efficacité des interactions, le mélange et l'exécution simultanée des compétences déterminées, du savoir, du jugement et des qualités personnelles dans des milieux de pratique et des organisations de soins de santé très complexes qui caractérisent la pratique infirmière avancée. (p. 6) ». Dans le même sens, l'Université de Rochester propose un modèle d'expertise en pratique avancée « *The Strong Model* » (Hickey, Ouimette & Venegoni, 2000). Ce modèle circulaire présente cinq facettes de la pratique avancée, soit les soins directs, l'organisation, l'éducation, la recherche, et finalement, le leadership au sens de rayonnement.

En résumé, l'ensemble de ces compétences s'acquièrent à la fois par la formation et l'expérience pratique. De fait, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire devra posséder des compétences de base solides en sciences infirmières et des compétences approfondies du champ de pratique infirmière avancée, en plus de fortes habiletés à la collaboration, à la communication et à la prise de décision éthique.

Soulignons que la préoccupation du maintien des compétences se retrouve également dans la littérature. Par exemple, au *Beth Israel Medical Center*, les compétences sont réévaluées annuellement par le responsable de la chirurgie cardiaque et au *St. Michael's Hospital* de Toronto, une recertification annuelle est exigée.

Enfin, au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a élaboré une liste des compétences de base pour la pratique infirmière avancée qui sont groupées en cinq grands domaines. Ce sont : les compétences cliniques, la recherche, le leadership, la collaboration et le rôle d'agent de changement. Voir l'annexe 3 pour le détail des compétences.

## 4.4 Programmes de formation pour la pratique infirmière avancée hors Québec

Il existe environ 73 programmes de formation pour l'infirmière praticienne spécialisée en Amérique du Nord (Kleinpell, 1999). Ces programmes sont offerts au niveau de la maîtrise en sciences infirmières ou du certificat de maîtrise en sciences infirmières. Certains de ces programmes offrent la spécialisation en cardiologie tertiaire. Les programmes à la *University of California in San Francisco* et à l'*Université de Toronto* sont présentés ici à titre d'exemples.

### 4.4.1 Aux États-Unis : *University of California in San Francisco*

La *University of California in San Francisco* offre une formation de maîtrise pour l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques (ACNP)<sup>7</sup> comportant 68 crédits. La spécialisation cardiopulmonaire fait partie des trois domaines de spécialisation possibles. La durée du programme est de deux ans. Notons que cette université est reconnue pour ses programmes de deuxième cycle en pratique infirmière avancée avec spécialisation en soins cardiovasculaires.

De son côté, la *Loyola University of Chicago* offre aux infirmières un programme d'infirmière praticienne spécialisée en maladie cardiovasculaire. Ce programme d'enseignement du niveau de maîtrise touche tous les aspects entourant les soins de ces maladies cardiaques. La formation permet aux infirmières praticiennes diplômées d'établir des diagnostics, d'analyser des bilans sanguins et radiologiques, de prescrire les médicaments nécessaires et de faire le suivi clinique de ses patients. En outre, ce programme met l'accent sur l'enseignement à la clientèle ainsi que sur la capacité de prise en charge individuelle des patients. Néanmoins, l'auteur n'indique ni le nombre d'heures de cours, ni le nombre de stages et le temps de pratique requis pour obtenir un tel diplôme. Voir l'annexe 4 pour connaître le contenu de ces programmes.

### 4.4.2 Au Canada : Université de Toronto – Ontario

La Faculté de sciences infirmières de l'Université de Toronto est la première faculté canadienne à offrir, depuis septembre 2002, la formation de maîtrise pour l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques en ligne<sup>8</sup>. Le programme peut être réalisé à temps complet sur une période de 16 mois ou encore sur 27 mois à temps partiel. Le curriculum comprend neuf cours et une pratique clinique de 650 heures.

Pour répondre aux besoins des étudiantes détenant déjà une maîtrise en sciences infirmières, la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Toronto offre également un certificat post-maîtrise d'une durée de 12 mois<sup>9</sup>. Ce programme est composé de quatre cours théoriques et trois cours cliniques. Voir l'annexe 5 pour connaître le contenu de ces programmes.

- Programme de formation transitoire pour les premières cohortes

En Ontario, le besoin de former des infirmières praticiennes spécialisées a été exprimé en 1993 par dix hôpitaux associés à l'Université de Toronto (Simpson, 1997). Les réductions effectuées et anticipées du nombre de résidents ont stimulé l'introduction de ce nouveau rôle (Ferris, 2000 ; Simpson, 1997 ; Van Soeren & Micevski, 2001). Simpson (1997) explique que l'Université de Toronto s'est inspirée des programmes de formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins critiques de la *University of Pennsylvania* et de la *University of Rochester* pour mettre en oeuvre un certificat de maîtrise. Afin de former les premières cohortes d'infirmières praticiennes de la province, ce certificat a tout d'abord été offert aux infirmières expérimentées. Le programme accéléré, d'une durée de trois mois, visait à donner, à des infirmières détentrices d'un diplôme de deuxième cycle en sciences infirmières exerçant comme infirmières cliniciennes spécialisées, les connaissances et habiletés inhérentes à la pratique du rôle d'infirmière praticienne spécialisée.

La nature intensive du programme a mené à l'élaboration de critères de sélection visant à maximiser les chances de réussite des candidates. Celles-ci devaient :

---

<sup>7</sup> Source : site <http://nurseweb.ucsf.edu/www/acnpweb2.htm>

<sup>8</sup> Source : [www.nursing.utoronto.ca/programs/mn/program\\_overview\\_acnp.phtml](http://www.nursing.utoronto.ca/programs/mn/program_overview_acnp.phtml)

<sup>9</sup> Source : [www.acnp.utoronto.ca/npdiploma/program\\_overview.htm](http://www.acnp.utoronto.ca/npdiploma/program_overview.htm)

- détenir une maîtrise en sciences infirmières ou l'équivalent ;
- exercer en pratique infirmière avancée dans un domaine clinique similaire à la spécialisation choisie ;
- être parrainées par un employeur acceptant d'offrir un soutien au développement du rôle et à l'évaluation ;
- avoir conclu une entente avec un instructeur qui leur assure une supervision directe, un accès à la pratique et un parrainage de médecins avec qui travailler.

Les étudiantes sélectionnées possédaient de 0 à 8 ans d'expérience en pratique clinique avant d'obtenir leur baccalauréat en sciences infirmières, de 1 à 24 ans d'expérience en pratique clinique avant d'obtenir leur diplôme de deuxième cycle et de 1 à 12 ans d'expérience en pratique clinique avant l'obtention du diplôme d'infirmières praticiennes. Les candidates détenaient 6 mois à 12 ans d'expérience dans un rôle de pratique avancée.

Trois cours formaient le programme : a) séminaire *Roles and issues*, b) pharmacologie, et c) évaluation avancée et prise de décision clinique. Ce dernier cours comportait un stage clinique de huit heures par semaine pendant lequel les étudiantes pouvaient mettre en pratique les connaissances acquises. Après avoir réussi ces cours, les étudiantes devaient effectuer une pratique clinique de 160 heures sur quatre semaines dans leurs domaines de spécialité. Toutes les recrues ont terminé la formation avec succès.

Une évaluation auprès des diplômées, six mois après la fin du programme, a démontré que toutes possédaient une très bonne expertise en soins infirmiers et une maîtrise variable du contenu médical. Cette appréciation a permis d'énoncer les recommandations suivantes concernant le contenu du programme :

- Développer davantage les habiletés d'évaluation et de gestion du suivi du patient, incluant les examens de santé et l'intégration des notions de physiopathologie ;
- Mieux orienter l'organisation et la documentation des résultats cliniques,
- Dans une optique légale, donner plus d'information sur l'encadrement et la supervision des médecins concernant l'interprétation des évaluations et la formulation des plans thérapeutiques.

L'évaluation effectuée auprès des gestionnaires et des médecins travaillant avec les infirmières praticiennes nouvellement formées a révélé un fort taux de satisfaction. De 1994 à 1998, ce programme transitoire a formé 100 infirmières praticiennes spécialisées en soins critiques (Ferris, 2000).

## 5. Retombées de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée

Plus de 200 études ont examiné l'efficacité des infirmières praticiennes en soins de santé primaires (Piano & Zerwic, 1998). Une méta-analyse effectuée en l'an 2000 par la division de soins primaires de l'Université de Bristol et la faculté de soins et services sociaux de l'Université de l'est de l'Angleterre à Londres a permis la compilation de 34 articles comparant les soins prodigués par des infirmières praticiennes en soins de santé primaire et par des médecins. Les résultats ont révélé que les patients étaient plus satisfaits des soins des infirmières praticiennes que de ceux des médecins et ce, sans qu'il y ait de différence en ce qui a trait à l'évolution de l'état de santé. Ainsi, les patients suivis en externe par des infirmières praticiennes étaient statistiquement plus satisfaits du suivi reçu. Aucune différence dans l'état physique des groupes n'a été répertoriée. La durée des consultations faites par les infirmières praticiennes était plus longue (moyenne de différence 3,67 minutes, ratio allant de 2,05 à 5,29 minutes par consultation) et elles investigaient davantage que les médecins ( $p < 0.0001$ ). Par contre, aucune différence significative n'a été démontrée dans les prescriptions de médicaments, le retour pour une seconde consultation ou dans les références. Selon cette étude, l'expertise des infirmières praticiennes lors du suivi en clinique externe entraîne une augmentation des ressources disponibles. Cet effet prend de l'importance dans un contexte de pénurie de médecin. De plus, les infirmières praticiennes procurent des soins de qualité équivalant aux soins médicaux (Horrocks, Anderson & Salisbury, 2002).

Par contre, peu d'études mesurant l'efficacité et les retombées de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques ont été réalisées. Piano et Zerwic (1998) ont compilé seulement huit de ces études. Cette rareté s'explique par l'introduction récente de ce rôle. Seules des données concernant le programme au *Beth Israel Medical Center* de New York ont été recensées. Les résultats d'études portant sur les incidences de l'exercice des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie œuvrant en cliniques externes, et aux départements de l'urgence et des soins coronariens seront présentés dans les pages qui suivent avec les données d'une étude de perceptions réalisée dans les hôpitaux de l'Ontario où le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques a été introduit.

Au Canada, aucune étude empirique concernant les retombées de l'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire n'a encore été réalisée.

### 5.1 Expérience des États-Unis

- En chirurgie cardiaque

Au *Beth Israel Medical Center* de New York, l'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire a amélioré l'évolution de l'état de santé des patients en chirurgie cardiaque (Callahan, 1996). Les taux de morbidité et de mortalité des patients demeurent maintenant parmi les plus bas de l'État de New York. Callahan affirme également que la planification des congés effectuée par l'infirmière praticienne spécialisée se traduit par la diminution de la durée de séjour des patients. La durée moyenne de séjour a été en constante diminution depuis l'introduction du rôle. À ce jour, la satisfaction des patients n'a été évaluée que sur une base spontanée et volontaire mais les lettres et commentaires des patients démontrent un fort degré de satisfaction.

- En clinique externe pour le suivi de l'insuffisance cardiaque

En 1990 aux États Unis, l'insuffisance cardiaque engendrait des coûts hospitaliers annuels de près de 7 milliards de dollars. Selon les prédictions, le vieillissement de la population fera doubler le nombre de cas d'insuffisance cardiaque d'ici les années 2030. Les hôpitaux américains ont alors dû revoir leur structure ainsi que le suivi de cette clientèle. Dans ce pays, il existe plusieurs modèles de suivi externe des patients aux prises avec une maladie cardiaque.

Certaines cliniques préconisent les traitements intraveineux de dobutamine et de milrinone pendant quelques semaines. D'autres cliniques concentrent plutôt leurs interventions sur l'enseignement visant l'amélioration des habitudes de vie. Enfin, certaines cliniques externes pour les maladies cardiaques, coordonnées par des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie, offrent un suivi à leurs patients (Paul, 2000).

Bon nombre d'études américaines ont démontré que le suivi externe et l'enseignement auprès des patients ayant été hospitalisés pour de l'insuffisance cardiaque se traduisent par une réduction du nombre de réadmissions et du nombre de jours d'hospitalisations de ces patients (Morrison Shaw, 1998 ; Paul, 2000). L'étude de Morrison Shaw (1998) a démontré la pertinence de la pratique avancée auprès de la clientèle insuffisante cardiaque. Sa recherche effectuée auprès de 50 patients souffrant d'insuffisance cardiaque sélectionnés au hasard a révélé un manque flagrant de compréhension de la maladie ( $p < 0,044$ ), de connaissance de la médication ( $p < 0,005$ ) et de la diète ( $p < 0,029$ ) ainsi que de la surveillance des symptômes ( $p < 0,005$ ). Ces données indiquent des difficultés dans la gestion de la maladie par les patients, ce qui influe sur le taux de réadmission. De ce fait, le suivi clinique par les infirmières praticiennes permet d'enseigner la gestion de leur insuffisance cardiaque aux patients, augmentant ainsi la prise en charge personnelle, la diminution des épisodes de décompensations et l'amélioration de leur qualité de vie.

Paul (2000) a étudié les retombées de la clinique externe sur l'insuffisance cardiaque de l'hôpital universitaire de Caroline du Sud, à Charleston. Cette clinique, fondée en 1995 et coordonnée par une infirmière praticienne spécialisée en cardiologie, vise à améliorer le suivi et la gestion du suivi des patients aux prises avec de l'insuffisance cardiaque congestive. Les patients référés rencontrent le cardiologue puis le pharmacien qui revoit sa médication. Les deux professionnels amorcent l'enseignement auprès du patient. L'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie est ensuite responsable du suivi téléphonique et des rencontres cliniques, de l'enseignement, de l'examen clinique et de l'ajustement des médicaments. Des protocoles cliniques encadrent sa pratique. Une évaluation des résultats a été réalisée à partir d'un échantillon formé de 15 patients ayant été hospitalisés à l'hôpital universitaire et suivis ultérieurement à la clinique. Les données médicales concernant notamment les réadmissions à l'hôpital, la durée du séjour et les visites à l'urgence ont été comparées six mois avant et six mois après le début de la participation au programme de la clinique. Le nombre de réadmissions était en moyenne de 2,4 avant la participation au programme, et de 1,3 après le début de la participation au programme ( $p = 0,04$ ). La raison de l'hospitalisation était toutefois l'insuffisance cardiaque congestive dans 63 % des cas avant la participation au programme contre 47 % des cas après. Paul (2000) souligne l'importance de la diminution du nombre moyen de réadmissions toutes raisons confondues car l'insuffisance cardiaque congestive demeure une maladie progressive associée à un fort taux de morbidité et de mortalité. La durée moyenne du séjour des patients et le nombre de visites à l'urgence ont aussi diminué mais sans que ce soit significatif. La durée moyenne de séjour est ainsi passée de 4,3 jours à 3,8 jours (non significatif statistiquement). Le nombre de visites à l'urgence est quant à lui passé de 10 à 8 visites après le début de la participation au programme (non significatif statistiquement). Selon Paul (2000), le monitoring fait par l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie permet une détection plus rapide des problèmes et un traitement en clinique externe évitant une réadmission à l'hôpital. La conclusion démontre que le suivi clinique de l'insuffisance cardiaque par les infirmières praticiennes spécialisées aide à prévenir les décompensations physiques et, par le fait même, contribue à diminuer les coûts hospitaliers puisque les coûts encourus par les hospitalisations sont passés de 10 624 \$ à 5 893 \$ par patient.

Une autre étude effectuée par une université de Pittsburgh a comparé le séjour hospitalier selon le suivi clinique de deux professionnels. Les chercheurs ont sélectionné la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque ayant séjourné à l'Hôpital Toléro au cours de l'année 1997. Ce centre hospitalier dessert la région nord-est de l'Ohio ainsi que la région sud-ouest du Michigan. On y compte plus de 28 000 admissions par année. L'étude menée auprès de 491 patients atteints d'insuffisance cardiaque a permis de comparer les répercussions d'un suivi clinique par les infirmières praticiennes spécialisées et le suivi clinique habituel. Un groupe de 88 patients a été suivi par les infirmières

praticiennes spécialisées en cardiologie et les 403 autres individus ont été dirigés vers les services cliniques habituels. L'étude a démontré de façon significative que le suivi infirmier diminuait la durée de l'hospitalisation ( $p < 0,001$ ) et les coûts hospitaliers encourus ( $p < 0,001$ ), comparativement au cheminement du suivi régulier. La moyenne totale du temps d'hospitalisation de 17,33 jours a chuté à 10,96 jours, ce qui a occasionné une diminution des coûts hospitaliers (Topp, Tucker & Weber, 1998).

Urden (1998) présente l'expérience d'un service de gestion du suivi des patients aux prises avec de l'insuffisance cardiaque. Ce service a été instauré afin de diminuer la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés pour l'insuffisance cardiaque, les réadmissions évitables ainsi que les visites à l'urgence ayant un lien avec la maladie. L'équipe multidisciplinaire formée d'un cardiologue, d'une infirmière praticienne spécialisée et d'une infirmière clinicienne spécialisée intervient aux diverses étapes du continuum de soins dont :

- la consultation, le cheminement clinique, l'enseignement et la planification du congé des patients hospitalisés,
- les consultations et les soins à la clinique externe,
- le traitement intraveineux ambulatoire,
- le suivi téléphonique,
- la liaison avec les différentes ressources de santé du patient.

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie est considéré comme capital dans le service puisqu'elle collabore à toutes les étapes de soins, à l'exception du suivi téléphonique assuré par l'infirmière clinicienne spécialisée. Ainsi, elle effectue les consultations des patients hospitalisés, planifie leur congé, fait de l'enseignement, effectue des consultations à la clinique externe, gère les traitements intraveineux en collaboration avec le cardiologue et coordonne avec l'infirmière clinicienne spécialisée, les différentes ressources de santé du patient. Selon une évaluation du service faite après moins d'un an d'opération, la durée du séjour des patients hospitalisés pour l'insuffisance cardiaque a diminué de 1,1 (ne dit pas d'où ils partaient) jour avec l'implantation du cheminement clinique. Le taux de réadmission des patients du service a diminué de 17 % à 4 % dans les 30 jours suivant l'hospitalisation (Urden, 1998). Cette diminution des durées de séjour totales se refléta par des économies de 27 000 \$ par patient. De plus, on a observé une amélioration significative de la qualité de vie ( $p = 0,003$ ), du fonctionnement émotionnel ( $p = 0,004$ ) et physique ( $p = 0,009$ ).

Les programmes de cardiologie tertiaire et de néphrologie du *Beth Israel Medical Center* et du *University of Virginia Nephrology Division and Kidney Center* se démarquent par un taux de mortalité parmi les plus bas de leurs États respectifs. Les infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie assurant le suivi en clinique externe des patients ayant été hospitalisés pour insuffisance cardiaque contribuent à la baisse du taux de réadmission de ces patients à l'hôpital et à la diminution de leurs visites à l'urgence. Enfin, toutes les études abordant la satisfaction des patients révèlent un fort taux de satisfaction de ces derniers (Bolton, 1998). Cette satisfaction est intimement liée à la baisse du temps d'attente pour les soins que ce soit les traitements thrombolytiques, pour les traitements pour des problèmes de santé mineurs à l'urgence ou pour une consultation en néphrologie. Les résultats cliniques obtenus seraient indissociables de l'intégration du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques.

Mc Cormick (1999) rapporte que les responsables de la clinique d'insuffisance cardiaque du *Allegheny General Hospital* à Pittsburg ont mis sur pied un protocole d'administration PO (*per os*) de Carvedilol (bêta-bloqueur, non sélectif) mieux connu au Québec sous le nom de Coreg. Depuis l'arrivée de ce bêta-bloqueur, la pratique clinique ainsi que la condition des patients se sont beaucoup améliorées. Le protocole établi a apporté une standardisation dans l'utilisation du médicament autant dans le contexte hospitalier qu'en externe. De plus, il a permis une sélection précise des patients pouvant bénéficier de ce médicament et a indiqué les étapes de la gestion thérapeutique. Ce

type de protocole a donc uniformisé les interventions thérapeutiques et permis d'amorcer le traitement sans l'intervention directe d'un médecin spécialiste.

En définitive, les résultats de la gestion du suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque en clinique externe sont concluants. Ils démontrent une diminution significative du nombre de visites à l'urgence, une diminution du nombre de réadmissions à l'hôpital, une satisfaction générale des patients quant aux soins reçus et une tendance à la diminution de la durée de séjour. Le rôle joué par l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie demeure prépondérant. Selon Paul (2000), le monitoring fait par l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie en clinique externe permet une détection plus rapide des problèmes et un traitement qui évite une réadmission à l'hôpital.

- Suivi externe pour les patients atteints d'angine

Dans l'Utah aux États-Unis, les infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie participent au continuum de soins des patients souffrant d'angine en collaboration directe avant le médecin traitant. Leur rôle inclut :

- le suivi clinique et thérapeutique des patients ayant subi un infarctus ;
- l'enseignement et le suivi en externe de cette même clientèle ;
- la mise en application des résultats de recherches infirmières en matière de promotion et prévention de la santé ;
- la mise en œuvre et l'organisation de suivi clinique permettant d'optimiser le continuum de soins. (Quaal,1999).

Un projet de recherche a été effectué auprès de 107 patients souffrant d'angine, suivis en clinique externe dans la région de la côte est du Pacifique. Cette étude avait pour but de prouver le bien fondé du suivi clinique par les infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie. Effectuée à l'aide de questionnaires et de données statistiques évalués après un suivi clinique de trois mois et de six mois, la recherche visait à comparer le contrôle des symptômes d'angine, la satisfaction et la qualité de vie des individus.

Après trois mois, le groupe de patients suivi par les infirmières praticiennes présente un meilleur contrôle de leurs symptômes d'angine ( $p < 0,001$ ), une diminution de la fréquence des crises d'angine ( $p < 0,001$ ), une augmentation de la satisfaction aux traitements ( $p < 0,001$ ) et une qualité de vie améliorée ( $p < 0,001$ ). De plus, à six mois, on note un contrôle supérieur des symptômes d'angine ( $p < 0,08$ ) et également une qualité de vie améliorée,  $p < 0,10$ . En outre, les patients suivis par les infirmières praticiennes ont un taux d'observance aux traitements supérieur, soit 16,4 % comparativement à 1,6 % dans le groupe témoin. Selon les conclusions de l'étude présentée, il est démontré de façon objective que le suivi clinique des patients angineux par les infirmières praticiennes entraîne un meilleur contrôle des symptômes, permet une meilleure compréhension du problème et augmente l'assiduité aux traitements. La pratique de l'infirmière praticienne spécialisée permet de retrouver un suivi équivalent à celui d'un médecin généraliste quant à la quantité de prescriptions, quant au nombre de visite par patient et au nombre de référence aux services d'urgence (Dougherty & al., 2000).

- Clinique de prévention secondaire

Certains programmes de suivi et d'enseignement sur les maladies cardiovasculaires ont été établis aux États-Unis par des infirmières praticiennes. La prévention secondaire rejoint une population dont le diagnostic d'athérosclérose est déjà établi. Ces infirmières praticiennes se retrouvent donc en excellente position pour apporter une influence directe sur les changements des habitudes de vie. Les programmes sont construits de telle sorte que des rencontres avec les patients se produisent après l'hospitalisation ; ces programmes se caractérisent par des évaluations physiques, un soutien psychologique ainsi qu'un enseignement rigoureux sur les facteurs de risques. (Robinson, 1999).

## 5.2 Expérience du Royaume-Uni

- Dans le traitement de l'infarctus du myocarde chez les patients admis à l'hôpital

Au Royaume-Uni, le premier rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en urgence a été introduit en 1986 au *Oldchurch Hospital* de Romford (Crinson, 1995). Par la suite, afin de réduire les délais précédant le diagnostic initial et le traitement des patients admis avec des symptômes de l'infarctus du myocarde, des hôpitaux du Royaume-Uni ont mis sur pied des projets permettant l'administration accélérée de soins à ces patients. Des infirmières jouent un rôle de premier plan en entreprenant notamment le traitement thrombolytique (Caunt, 1996, 1995 ; Qasim, Malpass, O'Gorman, & Heber, 2002).

En 1993, le délai moyen d'administration de la thrombolyse aux patients admis au *Scarborough General Hospital* avec des symptômes de l'infarctus du myocarde était de 67 minutes. La non-disponibilité de l'équipe médicale au moment requis et la duplication des interventions par les différents membres de l'équipe de soins expliquaient ces résultats. La solution retenue par le centre hospitalier pour diminuer ce délai inacceptable a été le développement d'un projet-pilote introduisant le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie. Depuis 1994, des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie assurent des soins accélérés à l'urgence et à l'unité des soins coronariens. Elles procèdent aux examens d'admission des patients présentant des symptômes d'infarctus du myocarde et font la liaison avec l'équipe médicale. Elles peuvent amorcer les traitements requis selon des protocoles établis, dont la thrombolyse et la morphine intraveineuse. L'évaluation du projet pilote a démontré la réduction des délais moyens d'administration de la thrombolyse à 15 minutes. Le projet avéré entièrement positif se poursuit (Caunt, 1995, 1996).

Le *Princess Royal Hospital* au Shorshire de l'Est, un établissement de 350 lits, a quant à lui, élaboré un modèle d'intervention visant la diminution des délais du traitement aux patients admis avec des symptômes d'infarctus du myocarde. Au cours de la première phase d'implantation du modèle (1989-1995), les patients admis à l'urgence et présentant les symptômes de l'infarctus du myocarde étaient tous transférés à l'unité des soins coronariens. Les procédures suivaient le cours habituel. Les délais moyens d'administration du traitement étaient de 45 minutes. Des infirmières ont par la suite été formées par l'hôpital afin de faire l'examen des patients transférés aux soins coronariens. Le médecin prescrivait et amorçait le traitement. Les délais moyens d'administration au cours de cette deuxième phase (1995-1997) étaient de 40 minutes. Le rôle de l'infirmière a ensuite été élargi pour la troisième phase (1997-2001). En plus de compléter l'examen, l'infirmière prenait un électrocardiogramme et, lorsque la présence de l'infarctus était confirmée, entreprenait le traitement thrombolytique selon des protocoles établis. Le temps d'administration du traitement au cours de cette phase a été de 15 minutes. Une évaluation clinique systématique a indiqué que les infirmières ont toujours amorcé le traitement thrombolytique de façon appropriée. Ce programme se poursuit et d'autres infirmières seront formées. Les auteurs affirment que ce modèle pourrait être adopté par la plupart des unités de soins coronariens (Qasim, Malpass, O'Gorman & Heber, 2002).

Les programmes du *Scarborough General Hospital* et du *Princess Royal Hospital* intégrant l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie se traduisent tous deux par une importante diminution du délai de traitement des patients admis avec des symptômes de l'infarctus du myocarde.

### 5.3 Expérience de l'Australie

- En clinique externe pour le suivi de l'insuffisance cardiaque

L'introduction des infirmières praticiennes dans le réseau de la santé australien a débuté au cours des années 1998. Leur pratique permet la prescription de tests diagnostiques et de traitements pharmacologiques. Vu l'incidence accrue de l'insuffisance cardiaque, l'organisation de cliniques externes permettant le suivi de cette clientèle a permis aux infirmières praticiennes de contribuer de façon significative à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients (Kaan & Dunne, 2001). Malheureusement, les auteurs ne rapportent pas de données cliniques ou statistiques confirmant ces affirmations.

### 5.4 Expérience du Canada

- En soins critiques en Ontario

La littérature ne présente encore aucune étude empirique portant sur les incidences de l'exercice d'infirmières praticiennes spécialisées au Canada. Par contre, une étude qualitative canadienne récente (Van Soeren & Micevski, 2001) fait état de la perception des retombées de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques (*acute care nurse practitioner*) sur les soins aux patients.

Van Soeren et Micevski (2001) ont distribué des questionnaires à des membres d'équipes multidisciplinaires de quatre centres de soins tertiaires de Toronto et de London où le rôle a été implanté. Les répondants se divisaient en quatre groupes soit des infirmières praticiennes spécialisées, des médecins, des gestionnaires et des membres du personnel infirmier. Ces équipes multidisciplinaires travaillaient dans les spécialités de cardiologie, de néphrologie, de gériatrie ou aux soins intensifs. Les auteurs ont demandé aux répondants de préciser leurs perceptions des retombées de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée sur les soins aux patients. L'amélioration de la continuité des soins aux patients a été établie par tous les groupes de répondants comme une incidence importante de l'introduction du rôle. Les commentaires recueillis soulignent une amélioration de l'approche de soins, du plan thérapeutique, de la communication avec les patients, les familles, les équipes de soins et les services. Notons que les gestionnaires ont souligné la diminution du taux de réadmissions. L'annexe 6 présente les commentaires détaillés recueillis dans le cadre de cette étude. Les infirmières praticiennes spécialisées, les médecins et le personnel infirmier ont perçu des améliorations de la qualité sur le plan clinique. Ces améliorations touchent notamment une meilleure planification du congé et une plus grande disponibilité pour l'enseignement aux patients et aux familles. Un meilleur leadership en soins infirmiers a été décelé par les infirmières praticiennes et les gestionnaires alors que le personnel infirmier appréciait le modèle de rôle présenté par l'infirmière praticienne.

Les recommandations énoncées par les répondants concernent la clarification du rôle, la préparation au rôle, la mise en application des rôles cliniques et d'enseignement et l'équilibre entre les différentes fonctions. À l'annexe 7, un tableau présente l'essentiel des recommandations retenues.

Au *St. Michael's Hospital* de Toronto, aucune étude évaluative formelle n'a été menée jusqu'à présent. Cependant, selon les commentaires obtenus des personnes responsables de la coordination du service de chirurgie cardiaque, le besoin d'évaluer l'impact du rôle de l'*Acute care nurse practitioner* sur la qualité et sur les coûts des soins aux patients est jugé prioritaire tant à l'interne qu'au niveau du regroupement provincial qui vient d'être créé. L'implantation du rôle est considérée comme un succès et cette appréciation est basée sur les commentaires véhiculés de bouche à oreille et sur des faits d'observation ou des anecdotes.

## 6. État de la situation au Québec

Le Québec accuse actuellement un retard important par rapport aux autres provinces et aux États-Unis quant à l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée. L'expérience québécoise à cet égard se limite à deux projets-pilotes réalisés en néonatalogie à Montréal soit à l'Hôpital de Montréal pour enfants et à l'Hôpital Sainte-Justine, avant que le cadre juridique permettant au rôle de l'infirmière praticienne en spécialité de se déployer ne soit en vigueur.

### 6.1 Contexte légal favorable à l'implantation du rôle d'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire

Au Québec, la nouvelle conjoncture législative, notamment la mise en vigueur au 30 janvier 2003 de la *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (L.Q.C.-33), permet à l'infirmière praticienne en spécialité de poser, en plus des activités infirmières prévues à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec*(LII), cinq activités additionnelles en vertu de l'article 36.1. Ces activités sont :

1. prescrire des examens diagnostiques ;
2. utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
3. prescrire des médicaments et d'autres substances ;
4. prescrire des traitements médicaux ;
5. utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Pour être habilitée à exercer ces activités additionnelles, l'infirmière devra répondre à des conditions spécifiques, à savoir a) détenir un certificat de spécialiste selon des conditions déterminées par règlement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), b) être habilitée à exercer les cinq activités additionnelles du domaine médical en vertu d'un règlement du Collège des médecins du Québec (CMQ). Ce règlement, élaboré en collaboration avec l'OIIQ, précisera parmi ces cinq activités additionnelles celles que l'infirmière praticienne spécialisée pourra exercer dans le cadre de sa spécialité ainsi que les conditions d'exercice s'y rattachant.

L'OIIQ, de concert avec le CMQ, met tout en œuvre pour implanter, sous peu, l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée dans certains domaines de spécialité infirmière dont la cardiologie tertiaire.

### 6.2 Mise en oeuvre de programmes de formation pour la pratique de l'infirmière praticienne en spécialité

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002) affirme, de concert avec les milieux infirmiers internationaux, que la formation de deuxième cycle en sciences infirmières est la plus appropriée pour préparer adéquatement les infirmières praticiennes en spécialité. Des universités québécoises ont mis en œuvre leurs programmes de spécialité en ce sens.

L'Université de Montréal et l'Université Laval sont les premières universités à offrir un programme de formation de deuxième cycle en sciences infirmières pour l'infirmière praticienne spécialisée. L'Université de Montréal a commencé la formation en septembre 2002 alors que l'Université Laval accueille ses premières étudiantes depuis janvier 2003. Les deux institutions ont élaboré des programmes pour les spécialités de cardiologie et de néphrologie qui sont bien

arrimés avec leurs facultés de médecine et de pharmacie respectives. À temps complet, la formation s'étalera sur deux ans. Du côté anglophone, aucun programme universitaire n'est présentement disponible ou en élaboration.

- À l'Université de Montréal

Le programme de maîtrise offert par la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal comporte 54 crédits. Un premier bloc de 9 crédits est commun et obligatoire pour toutes les étudiantes à la maîtrise en sciences infirmières. Le deuxième bloc de 9 à 12 crédits comporte des cours destinés uniquement aux étudiantes de l'option pratique avancée, c'est-à-dire les étudiantes ayant choisi l'orientation infirmière clinicienne spécialisée ou l'infirmière praticienne. Le troisième bloc comprend 30 crédits spécifiques à l'orientation infirmière praticienne. Trois cours sont communs aux clientèles adultes alors que trois autres cours, dont deux stages de 9 et 6 crédits, sont spécifiques à la discipline choisie. Actuellement, les étudiantes choisissent entre la néphrologie et la cardiologie. Les étudiantes doivent enfin compléter de 3 à 6 crédits de cours généraux à option.

Les étudiantes déjà détentrices d'une maîtrise en sciences infirmières peuvent compléter un diplôme post-maîtrise de 30 crédits comprenant des cours de spécialité. À temps complet, ce diplôme peut être obtenu en une période de 10 mois.

- À l'Université Laval

Les étudiantes de la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval choisissant l'orientation de l'infirmière praticienne pourront également se spécialiser en cardiologie ou en néphrologie. Le cheminement comporte deux blocs de cours obligatoires : le bloc 1 (9 crédits) commun à toutes les étudiantes de la maîtrise en sciences infirmières et le bloc 2 (18 crédits) destiné aux étudiantes ayant choisi l'option infirmière praticienne ainsi qu'un cours optionnel de 3 crédits choisi parmi les cours à option communs à la maîtrise et au diplôme en sciences infirmières. Le stage de 12 crédits se fait sur 15 semaines à raison de 36 heures par semaine. Un essai de 6 crédits complète le programme de formation totalisant 48 crédits. La description détaillée des programmes de maîtrise en sciences infirmières avec option pratique infirmière avancée de ces deux universités ainsi que de leurs exigences d'admission respectives est présenté à l'annexe 8.

## **7. Mise en œuvre de la mesure au Québec**

La présente section expose d'abord la synthèse des commentaires recueillis lors de la consultation menée au printemps 2002 auprès des intervenants concernés par les services de chirurgie cardiaque. On y rend compte de leurs visions du rôle, de leurs préoccupations ainsi que de leurs besoins. Puis, le comité exprime sa position en ce qui concerne les principaux enjeux en cause, soit : la description du rôle et des fonctions de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire exerçant au Québec, les compétences requises chez cette infirmière, le suivi et l'évaluation de l'implantation de la mesure et, enfin, l'estimation des coûts reliés à l'introduction de ce nouveau rôle. Les recommandations du comité complètent cette section.

### **7.1 Résultat de la consultation menée auprès des intervenants concernés par les services de chirurgie cardiaque**

Afin de mieux cerner les besoins des milieux québécois au regard du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire, le comité a amorcé, en avril 2002, une tournée dans les dix centres offrant des services de chirurgie cardiaque. Au cours des dix rencontres réalisées, les équipes de consultation formées de quelques membres du comité ont rencontré les chefs de la chirurgie cardiaque et de la chirurgie dans certains cas, les directeurs des services professionnels ainsi que les directrices de soins infirmiers. Des infirmières cliniciennes spécialisées ainsi que des infirmières de suivi systématique de la clientèle ont également participé aux rencontres dans quelques centres. L'essentiel des commentaires recueillis est présente ici.

#### **7.1.1 Pertinence d'implanter le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire**

Toutes les personnes concernées par les programmes de chirurgie cardiaque consultées considèrent ce rôle très pertinent. Tous s'entendaient pour affirmer l'implantation de ce rôle au Québec aura des retombées positives à court terme et cela, sur divers plans. On croit que ce changement des pratiques affectera de manière significative non seulement la clientèle desservie mais aussi les professionnels, principalement les chirurgiens cardiaques et les infirmières ainsi que les organisations.

Les patients seront les premiers à bénéficier de la présence régulière de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire dans les centres. En effet, dans sa position d'intervenante pivot, celle-ci pourrait assurer une meilleure continuité des soins et des services aux patients tout en leur permettant de participer davantage à l'épisode de soins.

On présume que l'implantation de cette pratique infirmière spécialisée favorisera une meilleure gestion du continuum de soins garantissant ainsi un suivi clinique plus rigoureux. Grâce à un champ de pratique plus étendu et à une participation plus active aux processus décisionnels, cette infirmière pourrait contribuer de façon significative à la réduction des délais d'attente pour des interventions médicales consécutives à une chirurgie cardiaque. Ceci devrait conduire à l'élimination d'une grande partie des frustrations ressenties par les infirmières et les patients, constamment confrontés au manque de disponibilité des chirurgiens cardiaques qui passent la majeure partie de leur temps au bloc opératoire. Selon eux, l'effet prévisible de cette rapidité de réaction pourrait également se traduire par une diminution de la durée du séjour.

De plus, un monitoring plus adéquat des patients sur la liste d'attente et une amélioration de la planification des congés pourraient être assurés. En outre, le taux de visites à la salle d'urgence après le congé de l'hôpital de même que le taux de réadmissions pourraient diminuer de façon significative comme cela a pu être observé ailleurs.

On pourrait également observer une plus grande harmonisation des liens dans les situations de transferts de patients vers les centres référents ainsi que dans les contacts avec les CLSC. Le suivi des patients par les médecins traitants après la chirurgie cardiaque serait ainsi facilité. Il est raisonnable de penser que les personnes qui obtiendront des réponses rapides et ajustées à leurs besoins, qui recevront un meilleur suivi tout au long de leur épisode de soins et qui sauront vers qui se tourner en cas d'inquiétude ou d'événements particuliers seront plus enclines à exprimer de la satisfaction à l'égard des services reçus.

Par ailleurs, le soutien apporté par les infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire aux chirurgiens cardiaques devrait permettre de dégager ceux-ci pour des activités où leur expertise dans le diagnostic et le traitement chirurgical est déterminante. De surcroît, l'ajout de cette ressource entraînera une réorganisation de l'environnement de travail qui promet d'être beaucoup plus acceptable pour eux. Dans le contexte actuel, cet aspect peut représenter un important facteur d'attraction et de rétention, non seulement pour les chirurgiens cardiaques mais aussi pour les infirmières praticiennes spécialisées. Pour leur part, les infirmières trouveront dans cet enrichissement de leur rôle plus de valorisation et une perspective de carrière hautement stimulante.

En outre, l'organisation pourra bénéficier d'équipes plus stables et plus efficaces. La mise en oeuvre d'une approche systématisée et mieux coordonnée, la standardisation des façons de travailler, l'instauration d'un climat de collaboration et la collégialité sont autant de gains anticipés par les personnes consultées.

En résumé, l'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire devrait favoriser directement et indirectement l'accroissement de la satisfaction des patients et l'augmentation de l'accessibilité aux services médicaux entourant les interventions chirurgicales. On pourrait également observer une utilisation encore plus adéquate des ressources hospitalières, notamment des salles d'urgence, et, une organisation des services plus efficiente. Toutes ces améliorations pourraient concourir à l'accroissement de la qualité, laquelle pourrait, en bout de ligne, avoir de l'impact sur l'accessibilité aux services.

La pertinence du rôle en cardiologie tertiaire médicale a été soulevée une fois au cours de la tournée même si cette consultation était clairement centrée sur les besoins reliés à la chirurgie cardiaque. Plusieurs des éléments de pertinence relatifs à la chirurgie cardiaque évoqués par les personnes consultées demeurent sans aucun doute valables pour le domaine de la cardiologie tertiaire médicale. On retient cependant qu'il faudra rencontrer les acteurs concernés par ce secteur d'activité pour mieux cerner leurs besoins spécifiques.

### 7.1.2 Grandes lignes du rôle tel que défini par les personnes consultées

Avant même de songer à implanter une nouvelle pratique infirmière en cardiologie tertiaire, il faut d'abord le définir et clarifier les fonctions que cette professionnelle sera appelée à exercer dans le cadre de ses activités cliniques et autres (enseignement et recherche). C'était le principal but de la tournée de consultation. Pour atteindre son objectif, le comité a choisi de soumettre le modèle de pratique établi au *St. Michael's Hospital* de Toronto à l'appréciation des personnes rencontrées afin d'en discuter la pertinence et de dégager les variantes souhaitées pour le Québec.

De façon générale, le modèle du rôle d'*Acute care nurse practitioner* implanté au *St. Michael's Hospital* de Toronto a été jugé idéal par l'ensemble des personnes consultées. Par contre, des réserves ont été exprimées au sujet de la participation de cette infirmière aux soins intensifs et à l'utilisation de techniques ou de traitements invasifs. Ces intervenants rencontrés trouveraient adéquat que celle-ci consacre 75 % de son temps auprès des patients et de leurs familles et l'autre 25 % à des activités liées à l'enseignement, à la recherche, à la collaboration et à la consultation. La grande majorité des intervenants souhaite que l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire intervienne pendant la période d'attente, la période post-opératoire à l'unité de chirurgie cardiaque, la période de récupération débutant au congé de l'hôpital et lors de la visite post-opératoire à la clinique externe.

C'est à l'étape post-opératoire à l'unité de chirurgie cardiaque que le besoin de l'infirmière praticienne spécialisée se fait le plus vivement sentir. Selon les intervenants, elle pourrait effectuer les visites quotidiennes des patients, évaluer leur état clinique, intervenir en cas de détérioration de leur état, prescrire des médicaments en cours du traitement ou lors du congé, dispenser l'enseignement aux patients et à leurs familles, faire la liaison en général, préparer les départs et, finalement, rédiger les notes de départ.

Dans certains centres, on considère que l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire est requise lors de la période préopératoire. Elle pourrait alors assister le chirurgien cardiaque dans l'évaluation et le traitement des patients, participer à leur préparation en clinique externe et donner du soutien aux centres référents avant la chirurgie cardiaque, un soutien qui pourrait être maintenu après la chirurgie cardiaque. Elle serait également en mesure de répondre aux besoins d'information lorsqu'il y a des inquiétudes et d'assurer une prise en charge rapide des patients lorsque des événements le requièrent. Quelques personnes sont favorables à ce que l'infirmière praticienne spécialisée participe à la gestion de la liste d'attente en faisant de la surveillance de la condition clinique des patients qui y figurent.

Après le congé des patients de l'hôpital, l'infirmière praticienne spécialisée pourrait maintenir son rôle de liaison et répondre aux besoins des patients et de leurs familles ainsi qu'aux demandes des CLSC ou des centres de convalescence. Par ailleurs, lors de cliniques spécialisées telles que la clinique de remplacement de valve ou la clinique des maladies aortiques, celle-ci pourrait apporter une contribution significative. Enfin, elle pourrait jouer un rôle actif à l'intérieur des programmes de prévention.

#### 7.1.3 Préoccupations des intervenants québécois consultés

Les personnes rencontrées ont déterminé certaines conditions à mettre en place pour assurer le succès de ce projet. En voici l'essentiel.

- Formation des infirmières praticiennes spécialisées

La formation des infirmières praticiennes spécialisées est considérée comme étant de première importance. La question de la qualité de la formation a été soulevée par la majorité des personnes consultées qui estiment que le niveau adéquat de formation pour exercer ce rôle se situe au niveau de la maîtrise en sciences infirmières. Le volet clinique de la formation devrait être très fort. Par ailleurs, la mise sur pied de programmes de formation continue, garantissant la mise à jour des connaissances des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire en cours d'emploi, a été jugée importante par certaines personnes consultées.

- Choix des infirmières de la première cohorte

Toutes les personnes rencontrées estiment que le choix des candidates pour la première cohorte est déterminant pour que ce projet soit une réussite. Celles-ci devront être expérimentées et crédibles dans leur milieu. Elles devront posséder des qualités personnelles les rendant habiles à obtenir la collaboration au sein de leur équipe et auprès des intervenants œuvrant dans les autres services ou programmes concernés. De plus, certains chirurgiens ont exprimé leur volonté de prendre une part active dans la sélection et l'engagement des infirmières praticiennes spécialisées dans leur centre. Enfin, celles-ci devront être en nombre suffisant. À ce sujet, leur première estimation du nombre d'infirmières requises dans ces fonctions situe le besoin à 35 infirmières praticiennes pour la chirurgie cardiaque adulte.

- Connaissance et définition du rôle et préparation des milieux

Un effort particulier devra être consenti pour faire connaître ce rôle et sa spécificité par rapport aux autres titres d'emplois infirmiers et aux autres intervenants du domaine médical. Une certaine forme de promotion des bénéfices du rôle devra être faite. Les niveaux d'imputabilité, de responsabilité et d'autorité associés à ce rôle devront être clairement définis et connus de tous.

De concert avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et l'administration des centres, il faudra penser aussi à assurer l'arrimage des rôles avec tous les autres partenaires du milieu directement concernés par le programme de chirurgie cardiaque. Il sera également essentiel d'interpeller au moment opportun les cardiologues, le personnel des soins intensifs, d'imagerie médicale et de pharmacie, les services ambulanciers de même que tous les autres consultants afin d'assurer leur adhésion au projet et leur collaboration.

Le chevauchement du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire avec celui des résidents, des infirmières cliniciennes spécialisées, des infirmières premières assistantes en chirurgie, des infirmières au suivi systématique des clientèles ainsi que des infirmières aux soins intensifs devra faire l'objet d'une attention toute spéciale. Dans certains cas, une réorganisation à l'interne pourrait être nécessaire.

De façon générale, les intervenants des milieux sont conscients du fait que l'implantation de ce nouveau rôle va susciter de la résistance chez plusieurs personnes et que ces réactions devront être considérées dans la façon d'introduire ce changement. Une très bonne préparation du milieu est jugée primordiale selon plusieurs.

- Mentorat

De solides modalités de supervision et d'encadrement de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire par l'équipe de chirurgiens cardiaques devront être mises en place et cela, dans le respect de l'autonomie professionnelle de cette nouvelle intervenante.

- Communication, collaboration et uniformisation de la pratique

L'efficacité de la communication et de la collaboration entre l'infirmière praticienne et le chirurgien cardiaque est considérée comme essentielle par toutes les personnes rencontrées. L'échange d'information sur la condition clinique du patient doit être assuré absolument. La complicité avec tous les médecins, notamment avec les résidents, est indispensable. Les ententes sur les façons de faire doivent être explicites mais, pour ce faire, une pratique médicale consensuelle, une standardisation des protocoles dans un même centre ainsi qu'une systématisation de l'approche apparaissent incontournables. On pourrait ainsi assister à une uniformisation des pratiques garantissant une expertise clinique commune pour les infirmières praticiennes spécialisées travaillant auprès d'une clientèle spécifique.

- Double appartenance

Dans une majorité de centres, on recommande vivement que l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire soit administrativement rattachée à la fois à la direction des soins infirmiers et à la direction des services professionnels de l'établissement. Cette double appartenance garantirait la qualité de l'acte de cette infirmière praticienne, la disponibilité médicale nécessaire à une étroite collaboration de même qu'une gestion efficiente du programme de chirurgie cardiaque.

- Conditions de travail

La question des conditions de travail des infirmières praticiennes en cardiologie tertiaire a été abordée à plusieurs reprises au cours des rencontres de consultation. Pour être attrayantes, les conditions proposées devront prévoir une rémunération cohérente avec le degré de responsabilités médicales assumées et le niveau de qualification exigé de même qu'avec des horaires de travail acceptables. Plusieurs personnes consultées ont clairement demandé que les nouveaux postes créés soient non syndiqués. Enfin, quelques personnes ont rappelé l'importance de prévoir, pour cette infirmière, une organisation physique et un soutien administratif appropriés.

- Financement

Presque tous les représentants consultés ont mentionné que les budgets actuels des centres ne permettent pas le financement du projet. Pour ce qui est de la première cohorte, les infirmières expérimentées qui souhaiteront se spécialiser auront besoin de soutien financier pendant leur formation et il ne faut pas oublier qu'elles devront être remplacées dans leur milieu d'origine. De nouveaux postes devront être créés sur une base permanente et offerts aux infirmières praticiennes en cardiologie tertiaire qui auront été formées et habilitées. Tout ceci exigera des sommes dont les centres ne disposent pas. Il y a consensus sur le point que ce projet doit être financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et que, sans argent neuf, le projet est compromis.

- Évaluation de la phase d'implantation du rôle

Plusieurs personnes rencontrées lors de la tournée de consultation ont rappelé l'importance de prévoir une évaluation systématique de la phase d'implantation du rôle de même que de l'impact de l'introduction de cette pratique dans les milieux québécois.

## **7.2 Avis du comité au regard des grands enjeux en cause**

### **7.2.1 Proposition de rôle et de fonctions de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire québécoise**

Le comité présente une proposition de description de rôle et de fonctions basée sur l'expérience vécue au *St. Michael's Hospital* de Toronto, sur la vision de ce rôle exprimée par les personnes rencontrées lors de la tournée de consultation ainsi que sur les résultats d'une recension des écrits couvrant tout le spectre de la pratique de l'infirmière praticienne en spécialité. Cette proposition considère également le nouveau cadre juridique en vigueur depuis le 30 janvier dernier.

Le comité a conscience que le modèle de *St. Michael's* s'applique exclusivement au contexte de la chirurgie cardiaque et que la consultation visait uniquement les équipes rattachées aux programmes de chirurgie cardiaque. Malgré cette réserve, et à la lumière d'une revue de la littérature débordant largement du domaine de la chirurgie cardiaque, le comité propose maintenant une description de rôle et de fonctions qui se veut le plus large possible, et qui vise à englober l'ensemble des activités médicales et chirurgicales en cardiologie tertiaire. Une démarche supplémentaire auprès des associations professionnelles concernées sera cependant essentielle pour adapter ou nuancer cette description afin de tenir compte de la spécificité propre au secteur médical de la cardiologie tertiaire.

- Sommaire du rôle

En collaboration avec les médecins spécialistes en cardiologie tertiaire, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire contribue aux soins dispensés à la clientèle de ce secteur d'activités. Elle contribue aux soins et

aux traitements médicaux des patients requérant une chirurgie cardiaque ou des soins spécialisés en cardiologie tertiaire. Elle participe au plan de traitement de ce groupe de patients à travers le continuum de soins.

En fonction des priorités de chaque programme, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire consacre en moyenne 75 % de son temps à des soins directs aux patients, l'autre 25 % étant destiné aux activités reliées notamment à l'enseignement et à la recherche. Son horaire de travail est flexible et pourrait inclure le service de garde selon les besoins de l'établissement.

- Supérieur immédiat

Sur le plan hiérarchique, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire relève de la directrice des soins infirmiers. Au plan professionnel, elle relève de la directrice des soins infirmiers et du chef de département clinique en ce qui a trait à la surveillance des activités professionnelles.

- Description de fonctions

*Activité principale* (75 %)

1. *Pratique clinique*

En plus des fonctions liées à l'exercice infirmier en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire peut exercer cinq activités additionnelles prévues à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* suivantes en conformité avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces activités sont encadrées par les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières et infirmiers habilités, établies conjointement par le chef de département clinique et la directrice des soins infirmiers de l'établissement après consultation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du Conseil des infirmières et infirmiers tel que prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces activités sont :

1. prescrire des examens diagnostiques ;
2. utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
3. prescrire des médicaments et d'autres substances ;
4. prescrire des traitements médicaux ;
5. utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

*Autres activités cliniques :*

- Contribue à l'enseignement aux patients et à leurs familles tout au long du continuum de soins, à l'information sur les risques et bénéfices des interventions et à l'enseignement sur la prévention des maladies cardiovasculaires ;
- Participe à la tournée médicale quotidienne des patients ou communique quotidiennement avec le médecin traitant pour discuter des résultats et du plan thérapeutique du patient ;
- Contribue à la prise en charge du plan de traitement du patient tout au long du continuum de soins ;
- Coordonne les soins et traitements médicaux dispensés par les différents professionnels au cours de l'hospitalisation ;

- Demande des consultations auprès des médecins spécialistes ou d'autres professionnels lors du suivi thérapeutique du patient ;
- Rédige les notes d'évolution de la condition clinique des patients, les notes de départ et le résumé de dossier ;
- Prépare le plan de congé du patient et assure la liaison avec le médecin traitant, le centre référent, le centre de réadaptation, le CLSC, etc. ;
- Assure le suivi post-hospitalisation du patient en clinique externe et réajuste, au besoin, le plan de traitement médical ;
- Participe, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, à la prise de décision éthique à l'égard des soins que requiert la condition de santé du patient ;
- Communique les décisions prises au patient et à sa famille ainsi qu'aux autres membres de l'équipe de soins afin d'assurer la continuité des soins.

*Activités autres que cliniques* (25 %)

2. *Enseignement*

- Contribue à la mission d'enseignement de son établissement ;
- Contribue à l'élaboration des programmes de soins.

3. *Recherche*

- Contribue à l'utilisation des données probantes dans la pratique clinique ;
- Définit des besoins en recherche pertinents à la pratique infirmière ;
- Collabore à des projets de recherche en soins cardiovasculaires ;
- Participe à des conférences et colloques en sciences infirmières et en soins cardiovasculaires.

4. *Leadership*

- Agit à titre de consultante en soins infirmiers dans les processus de prise de décision, de planification stratégique et de résolution de problèmes auprès des autres membres de l'équipe clinique, de la direction des soins infirmiers et de groupes externes dans son domaine ;
- Participe aux réunions cliniques et administratives pertinentes à ses fonctions ;
- Participe à des comités intradisciplinaires et interdisciplinaires portant sur les résultats de soins aux patients et les programmes de spécialité ainsi que sur l'évaluation de la performance clinique en vue d'améliorer la qualité des soins ;
- Participe au développement et à la révision des règles de soins infirmiers et médicaux rattachées à la pratique en cardiologie tertiaire ;
- Promeut, à partir d'approches novatrices, le développement professionnel des infirmières en collaboration avec la direction des soins infirmiers.

5. *Collaboration*

- Participe à la gestion des priorités des patients sur la liste d'attente ;
- Collabore avec l'ensemble des intervenants afin d'assurer la continuité des soins du patient et d'améliorer la qualité des soins ;
- Collabore à l'évaluation de l'efficacité du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire.

### 7.2.2 Compétences requises chez l'infirmière praticienne spécialisée au Québec

Les compétences requises pour l'exercice de la pratique infirmière avancée au Québec devront être déterminées conjointement par les bureaux de l'OIIQ et du CMQ.

Le comité rappelle malgré tout que les compétences requises sont indissociables d'exigences professionnelles ainsi que d'habiletés et de capacités faisant généralement consensus dans la littérature scientifique. Il adhère aux principes et aux compétences mises en avant dans le modèle de Hamric (2002) et par l'AIC (2002) et soutient la position largement répandue voulant que le niveau de formation requis pour cette pratique soit la maîtrise en sciences infirmières.

Voici les principales composantes de ces compétences :

#### Critères de base

- la formation du niveau de maîtrise ou de doctorat comportant une concentration dans une spécialité de pratique infirmière avancée,
- la certification permettant l'exercice de l'infirmière praticienne en spécialité,
- la pratique orientée vers le patient et la famille.

#### Compétences principales

- l'expertise clinique,
- l'expertise en orientation et en soutien aux patients et à leurs familles ainsi qu'aux autres dispensateurs de soins,
- la consultation,
- les habiletés à la recherche incluant l'utilisation, l'évaluation et la conduite d'étude,
- le leadership clinique et professionnel,
- la collaboration (multi, inter et intra-professionnelle),
- les habiletés comme agent de changement,
- les habiletés à la prise de décision éthique.

#### Noyau de compétences

La synthèse des éléments en interaction avec les caractéristiques personnelles de l'infirmière.

### 7.2.3 Déploiement du rôle au Québec

Le comité souhaite vivement que l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire commence à petite échelle, par le secteur de la chirurgie cardiaque pour adultes. Les milieux offrant les services de chirurgie cardiaque ont clairement manifesté leur besoin à cet égard et ils se disent disposés à accueillir la première cohorte d'infirmières praticiennes spécialisées. Celle-ci ne devrait pas dépasser 16 infirmières praticiennes spécialisées pour le Québec. Un maximum de huit équipes de deux praticiennes pourraient être constituées.

Dans la perspective d'une évaluation des résultats de l'implantation du rôle, certaines balises seront nécessaires. Ainsi, le déploiement devra se faire en se limitant aux centres qui répondent aux critères suivants :

- constituer une équipe minimale de deux infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire ;
- assurer la disponibilité d'une équipe d'encadrement composée d'un chirurgien cardiaque et d'une infirmière clinicienne spécialisée ;

- s'engager à participer à l'évaluation de l'implantation du rôle de infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire et de ses effets sur les résultats cliniques au regard de la qualité et de l'accessibilité aux services.

Le comité partage les préoccupations des représentants des centres visités au sujet de la préparation des milieux à accueillir cette nouvelle ressource infirmière. Le chevauchement du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire avec celui des résidents et des autres infirmières, notamment celles qui sont aux soins intensifs, pourrait éventuellement faire obstacle au projet. Il faudra donc veiller à harmoniser les divers rôles et à assurer l'arrimage avec tous les autres partenaires concernés.

Le comité croit que la poursuite du déploiement du rôle, incluant l'évaluation à court et à moyen terme des besoins en effectif infirmier spécialisé, devrait s'appuyer sur les recommandations du Comité de suivi et d'évaluation de l'implantation du rôle et de ses effets. Le déploiement devra se concrétiser dans le respect des orientations du Réseau québécois de cardiologie tertiaire. Rappelons que le rapport du Comité de travail de cardiologie tertiaire de 2000 constitue le cadre de référence devant guider les décisions et les actions en cette matière au Québec. Les orientations qui y figurent, notamment en ce qui concerne la concentration de l'expertise spécialisée, doivent être prises en compte au moment d'implanter une telle mesure. Enfin, la description des fonctions de l'infirmière praticienne spécialisée oeuvrant dans le secteur médical de la cardiologie tertiaire devra nécessairement se concrétiser en collaboration avec les associations professionnelles concernées, notamment avec l'Association des cardiologues du Québec.

### 7.2.4 Suivi et évaluation de l'implantation de la mesure

Le comité estime essentiel qu'un comité de suivi et d'évaluation de l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire soit mis sur pied sans tarder afin d'enclencher un processus conduisant à l'élaboration du devis et à la réalisation de l'étude. Celui-ci pourrait être composé de chercheurs indépendants associés à des personnes impliquées dans les milieux concernés. Le devis d'évaluation devra couvrir deux grands volets : l'évaluation de l'implantation du rôle et l'évaluation de l'impact de l'introduction du rôle sur les résultats cliniques au regard de la qualité et de l'accès aux services. Les chercheurs devront baser leurs cibles d'évaluation et leurs choix méthodologiques sur les besoins du réseau de santé, et s'inspirer des expériences d'évaluation réalisées ailleurs dans ce domaine.

La pertinence d'évaluer l'implantation d'une telle mesure n'est plus à faire. En effet, le *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes* du Gouvernement du Québec souligne qu'à l'heure actuelle, l'obligation de rendre compte est sans doute un des principaux facteurs motivant la pratique de l'évaluation de programme depuis quelques années dans un nombre croissant d'organismes.

Selon un récent document du Secrétariat du Conseil du Trésor, il « incombe aux ministères et aux organismes de s'assurer que leurs programmes ou leurs politiques sont évalués. Les programmes et les politiques doivent être évalués en vue de déterminer leur pertinence actuelle, la mesure dans laquelle les activités et les résultats sont conformes à la mission, la mesure dans laquelle les objectifs ont été atteints, les effets positifs et négatifs et, s'il y a lieu, les moyens d'atteindre les objectifs d'une manière plus efficace soit par des améliorations opérationnelles au programme existant, soit par l'introduction d'un nouveau programme ». Dans ce document, il est aussi précisé que l'évaluation de programme est une démarche rigoureuse de collecte et d'analyse d'information, qui vise à porter un jugement sur un programme, une politique, un processus ou un projet pour aider à la prise de décision.

### 7.2.5 Coûts reliés à l'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire

Le comité est d'avis que, pour doter son réseau des nouvelles ressources infirmières spécialisées en cardiologie tertiaire dont il a besoin, le ministère de la Santé et des Services sociaux devra s'engager à investir les sommes nécessaires. La contribution financière attendue porte sur différents aspects, soit : l'octroi de bourses d'études pour les candidates de la première cohorte, l'ajout aux budgets des établissements de sommes récurrentes pour la création des nouveaux postes permanents, l'attribution d'un budget pour l'évaluation et, enfin, le soutien financier des universités qui ont mis en œuvre des programmes de formation particuliers pour cette spécialité.

Les personnes rencontrées lors de la tournée de consultation ont insisté pour que les infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire, spécialement celles de la première cohorte, soient des infirmières expérimentées et crédibles dans leurs milieux. Ils en ont fait une condition de succès du projet. Pour intéresser des infirmières correspondant à ce profil et les encourager à quitter leur poste pour aller se spécialiser à temps complet, il faudra leur offrir une bourse d'études suffisamment incitative pour les amener à renoncer à leur salaire actuel. Le comité estime le seuil minimal à 30 000 \$ par an, pendant 2 ans. Le comité a évalué que la première cohorte pourrait être constituée de 16 infirmières. Les sommes requises seraient de 960 000 \$.

Il ne suffira pas d'offrir une bourse d'études aux candidates motivées à se spécialiser. Il faudra aussi leur garantir un poste permanent une fois qu'elles auront répondu à l'ensemble des exigences rattachées à l'obtention du diplôme de maîtrise en sciences infirmières, à la certification de spécialiste par l'OIIQ et à l'habilitation par le CMQ. Il va de soi que la rémunération des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire devra faire l'objet d'une négociation. Cependant, le comité estime que le salaire de cette infirmière praticienne spécialisée devra être cohérent avec le niveau de responsabilités qui lui incombe et les exigences posées pour exercer ce rôle. Par conséquent, ce salaire ne pourra être inférieur à celui qui est présentement offert aux infirmières cliniciennes spécialisées qui détiennent un diplôme de maîtrise en sciences infirmières, lequel se situe en moyenne à 75 000 \$. Dans l'hypothèse où un salaire de 80 000 \$ leur serait attribué, il faut prévoir un budget récurrent de l'ordre de 1 280 000 \$ par an, sans compter les avantages sociaux, pour la création des 16 premiers postes permanents, à raison d'une équipe minimale de deux infirmières spécialisées par centre de cardiologie tertiaire, pour un maximum de 8 centres.

Afin de répondre sans délai aux besoins du réseau de santé en matière de formation, les Facultés des sciences infirmières de l'Université Laval et de l'Université de Montréal ont développé leurs programmes de formation de maîtrise en y ajoutant un cheminement particulier pour les infirmières désireuses de se spécialiser en cardiologie tertiaire. Les cohortes étant très petites, les universités demandent le soutien financier du Ministère pour la mise en œuvre et pour l'implantation de leurs programmes respectifs. Leurs demandes totalisent 377 300 \$. Voir le détail des demandes d'aide financière des universités aux annexes 9 et 10.

Enfin, ce projet ne saurait se soustraire à l'obligation qui prévaut au sein du Gouvernement du Québec de rendre des comptes lorsqu'il y a implantation de nouveaux projets de cette envergure. La pertinence du rôle est bien documentée dans la littérature disponible et les intervenants des milieux y croient. Il faut maintenant s'assurer que les résultats seront conformes aux attentes. Un comité de suivi et d'évaluation devra être mis sur pied prochainement. Les recommandations de ce comité devront servir à orienter la suite du déploiement de ce rôle dans les milieux de cardiologie tertiaire voire dans d'autres secteurs de spécialité au Québec. Une évaluation rigoureuse et systématique réalisée par des experts indépendants nécessiterait un budget d'environ 330 000 \$.

En résumé, le budget requis pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire au sein des centres québécois de cardiologie tertiaire est le suivant :

Sommes non récurrentes	
Bourses d'études pour 16 étudiantes :	960 000 \$
Soutien financier aux universités :	377 300 \$
Évaluation :	330 000 \$
Total	<u>1 667 300 \$</u>
Sommes récurrentes annuellement	
Créations de 16 postes permanents :	1 280 000 \$

### 7.3 Recommandations du Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire

Les recommandations qui suivent couvrent l'ensemble des considérations que le comité juge utile d'examiner dans le contexte d'une éventuelle implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire. Celles-ci résultent de l'intégration des enseignements de la littérature scientifique dans ce domaine, des besoins et préoccupations des intervenants québécois consultés, et d'une vision réseau de la qualité et de la continuité des services à la clientèle de cardiologie tertiaire.

De nombreux acteurs devront être mis à contribution pour actualiser ce projet. Le bureau de l'OIIQ sera le premier en liste puisqu'il recevra prochainement du MSSS, une demande de création de la spécialité infirmière permettant d'introduire ce rôle au Québec. Advenant une décision à cet effet, l'OIIQ va amorcer des démarches et plusieurs partenaires seront mobilisés, le moment venu. Les principaux seront : un futur comité paritaire conjoint de l'OIIQ et du CMQ, le MSSS par l'entremise de la Direction générale des affaires médicales et universitaire (DGAMU) et de la Direction générale du personnel du réseau (DGPR), le Conseil du Trésor, les centres de cardiologie tertiaire, les universités qui offrent les programmes de maîtrise en sciences infirmières intéressées à la spécialisation en cardiologie tertiaire, un éventuel comité de suivi et d'évaluation, pour ne nommer que ceux-là.

Précisons que l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée dans le secteur médical de la cardiologie tertiaire ne saurait se concrétiser sans la participation des associations professionnelles concernées, notamment de l'Association des cardiologues du Québec. La pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire médicale apparaissant, du moins dans la littérature, bien différente de celle de l'infirmière praticienne spécialisée en chirurgie cardiaque, les fonctions spécifiques à cette pratique devront être définies avec toutes les parties concernées au moment opportun.

Les recommandations suivantes s'adressent à l'ensemble des responsables éventuellement concernés par ce projet. Ceux-ci pourront, en fonction des enjeux qui les interpellent directement, en évaluer l'à-propos et les considérer pour un meilleur éclairage de leurs décisions.

#### 7.3.1 Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire, niveau de responsabilités, statut, rémunération et conditions de travail

- Favoriser l'utilisation du terme « Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire » pour bien distinguer ces infirmières des infirmières bachelères et des infirmières cliniciennes.

- Proposer pour l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire un modèle inspiré de la description de rôle et de fonctions présentée à l’annexe 2.
- Attribuer le statut de cadre au poste d’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire en raison de sa complexité sur le plan clinique et du niveau de responsabilité professionnelle qui y est associé, ou encore, créer un statut d’infirmière non syndiquée pour ce nouveau rôle professionnel.<sup>10</sup>
- Offrir à l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire une rémunération cohérente avec le niveau de responsabilités assumées et le degré de qualifications exigées.
- Offrir à l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire des conditions de travail favorisant la rétention des infirmières praticiennes certifiées et habilitées.

#### 7.3.2 Première cohorte d’infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire, formation et choix des milieux de stage

- Choisir les candidates à la maîtrise parmi des infirmières expérimentées et crédibles dans leur milieu afin d’accroître les chances de succès du projet ou parmi celles en cours de formation à l’Université de Montréal ou à l’Université Laval.
- Offrir aux candidates intéressées à la pratique de l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire des programmes de formation universitaire qui respectent les exigences de certification et d’habilitation de l’OIIQ et du CMQ.
- Offrir aux candidates inscrites à la maîtrise en sciences infirmières conduisant à la pratique de l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire des stages qui respectent les standards de l’OIIQ et du CMQ au regard des activités de l’article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* du Québec.
- Choisir les milieux de stage en se limitant aux centres qui offrent des services de chirurgie cardiaque et qui répondent aux critères suivants :
  - Avoir un volume d’activités de plus de 500 cas par année ;
  - Assurer la disponibilité d’une équipe d’encadrement composée d’un chirurgien cardiaque et d’une infirmière clinicienne spécialisée.

#### 7.3.3 Déploiement du rôle au Québec et désignation des centres

- Commencer l’implantation du rôle de l’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire dans le secteur de la chirurgie cardiaque pour adultes.
- Intégrer les infirmières praticiennes spécialisées dans les centres qui répondent aux critères suivants :
  - Constituer une équipe minimale de deux infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire ;

---

<sup>10</sup> La recommandation du comité quant au statut de l’infirmière praticienne devant prendre en considération les dispositions du Code du travail et les lois afférentes, l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec considère, par conséquent, qu’il n’est pas en mesure de se prononcer sur cette recommandation.

- Assurer la disponibilité d'une équipe d'encadrement composée d'un chirurgien cardiaque et d'une infirmière clinicienne spécialisée ;
  - S'engager à participer à l'évaluation de l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire et de l'impact de l'introduction du rôle sur les résultats cliniques au regard de la qualité et de l'accessibilité aux services.
- Veiller à ce que l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire soit la plus harmonieuse possible au sein de l'équipe de soins infirmiers et interdisciplinaires et que les centres s'assurent que son intégration ne nuise pas à la formation des résidents de la spécialité.
  - Poursuivre le déploiement du rôle conformément aux recommandations du Comité de suivi et d'évaluation de l'implantation du rôle et de ses effets, dans le respect des orientations du RQCT et en collaboration avec les associations professionnelles concernées.
  - À partir des résultats de l'évaluation de l'implantation du rôle et de ses effets, consulter les centres concernés pour évaluer leurs besoins à court et à moyen terme dans chacun des secteurs d'activités de la cardiologie tertiaire.

### 7.3.4 Évaluation de l'introduction du rôle au sein des centres québécois de cardiologie tertiaire

- Procéder à l'évaluation de l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire et mesurer l'impact de l'introduction de cette professionnelle sur les résultats cliniques au regard de la qualité et de l'accessibilité aux services.
- À partir des résultats de l'évaluation de l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire et de son impact, formuler des recommandations destinées à orienter la suite du déploiement du rôle notamment en ce qui concerne son application en contexte de cardiologie médicale tertiaire.

### 7.3.5 Octroi des fonds nécessaires à l'actualisation du projet

- Offrir des bourses d'études aux seize (16) premières étudiantes qui quittent leur milieu pour suivre la formation d'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire à temps complet ou à celles qui sont en cours de formation à l'Université de Montréal ou à l'Université Laval et qui, à la suite de leur formation, intègrent les centres qui répondent aux critères établis pour le déploiement.
- Soutenir financièrement la création de seize (16) postes permanents d'infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire, et ce, uniquement dans les centres qui répondent aux critères préétablis pour le déploiement en garantissant le financement récurrent à partir d'un budget protégé.
- Affecter les fonds nécessaires pour défrayer les coûts de l'évaluation de l'introduction du rôle au sein des centres québécois de cardiologie tertiaire.
- Soutenir financièrement l'Université Laval et l'Université de Montréal dans la mise en œuvre et l'implantation de leurs programmes de maîtrise en sciences infirmières conduisant à la spécialisation en cardiologie tertiaire.

## CONCLUSION

Afin de faire face à l'évolution constante des besoins et de la demande en cardiologie tertiaire, le système doit pouvoir compter, entre autres, sur des ressources humaines adéquates tant en qualité qu'en quantité. À l'instar des médecins et autres professionnels de la santé, les infirmières sont directement interpellées par les ministres de la santé et des services sociaux qui, dans leur *Plan de santé et des services sociaux* rendu publique à l'automne 2002, proposent des solutions dans le but de garantir qu'un nombre suffisant d'intervenants soient disponibles pour travailler là où les besoins se trouvent dans le réseau.

En utilisant toutes les possibilités offertes par la Loi 90, les ministres considèrent notamment qu'un nouveau partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières est maintenant possible et qu'un tel changement conduira à l'amélioration de l'accès aux services. Ils se disent favorables à une transformation des pratiques professionnelles qui permettrait de libérer les médecins de tâches pouvant être accomplies par les infirmières tout en libérant celles-ci de tâches pouvant être réalisées par d'autres professionnels. Selon eux, une telle mesure contribuerait à une meilleure utilisation des compétences de toutes les catégories de personnel. « En libérant les médecins de tâches pouvant être accomplies par les infirmières [ ... ] nous améliorerons l'accès aux services tout en maintenant la qualité des soins médicaux » ont-ils affirmé.

C'est dans cette foulée que le Comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire demande au ministère de la Santé et des Services sociaux de soutenir la création du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire et d'assurer le financement pour l'introduction et le développement de cette pratique au sein des centres de cardiologie tertiaire québécois. Il ne fait aucune doute que dans un secteur spécialisé comme celui de la cardiologie tertiaire, la présence d'infirmières praticiennes spécialisées possédant les connaissances et l'expertise clinique nécessaires va rehausser la qualité voire l'accessibilité aux services offerts à la population atteinte de maladies cardiaques graves.

L'introduction de ce nouveau rôle doit être considérée comme une valeur sûre pour le système de santé actuel qui fonctionne, entre autres, grâce à des ressources médicales spécialisées et à des ressources infirmières de haute qualité mais dont les efforts soutenus ne suffisent plus à la tâche. En effet, de par l'étendue de son expertise touchant à la fois le champ médical et celui des soins infirmiers, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire pourra apporter une contribution originale, et combler une foule de lacunes trop souvent observées dans les soins aux patients et dans leur suivi.

À son plein déploiement, le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire pourra s'exercer dans l'un ou l'autre des divers secteurs d'activités de cette spécialité. En partageant la prise en charge et le suivi des patients hospitalisés pour une chirurgie cardiaque ou en assurant le suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire apportera une contribution significative dont les effets seront observables à travers des indicateurs tels que l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes, la diminution des hospitalisations et des réadmissions ainsi que la réduction de l'impact de la maladie cardiaque sur le système de santé.

Plusieurs éléments contextuels, dont le vieillissement de la population, l'évolution constante des technologies médicales, l'élargissement des indications pour des interventions toujours plus coûteuses, l'augmentation de l'agressivité des traitements thérapeutiques et la diminution du séjour hospitalier ont des répercussions considérables sur le système de santé, sur la demande de services spécialisés, sur les populations ainsi que sur la pratique professionnelle en général. Plus particulièrement, cet état de fait rend essentiels des changements de rôle au sein de la profession infirmière. Le changement le plus porteur dans cette discipline apparaît être l'introduction du rôle de

## Conclusion

---

l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire. Il serait cependant préjudiciable de laisser croire que cette mesure pourra, à elle seule, régler tous les problèmes qui affligent l'organisation des services en cardiologie tertiaire.

La littérature faisant état des retombées positives de l'introduction de ce rôle est abondante. Le Réseau québécois de cardiologie tertiaire a jusqu'à présent soutenu l'introduction de ce rôle au Québec comme le recommandait avant lui, le Comité de travail de cardiologie tertiaire en 1999. Les milieux québécois de la chirurgie cardiaque sont actuellement disposés à accueillir favorablement cette nouvelle pratique infirmière, et les infirmières québécoises sont prêtes à s'inscrire activement dans cette évolution des pratiques qui rejoint enfin le Québec. Il appartient maintenant aux décideurs de saisir cette occasion unique et de mettre en place les conditions d'actualisation de ce projet innovateur pour le Québec, et ce, dans un délai qui contribue à soutenir la motivation des principaux acteurs concernés.

## ANNEXES

**INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE  
MODÈLE DE RÔLE IMPLANTÉ AU *BETH ISRAEL MEDICAL CENTER* DE NEW YORK (BIMC)**

**Examen et enseignement préopératoires**

L'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire au BIMC est responsable de l'enseignement et de la préparation préopératoire. Elle rencontre le patient qui en est souvent à son premier contact avec le service de chirurgie cardiaque. C'est l'occasion pour le patient et sa famille de s'informer sur la chirurgie et les traitements.

Au cours de cette rencontre, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire :

- présente les risques et bénéfices de la chirurgie,
- obtient le consentement,
- établit l'histoire de la maladie et procède à l'examen physique préopératoire, en portant une attention particulière aux systèmes cardiovasculaires, pulmonaires et rénaux,
- obtient les résultats des tests laboratoires, des radiographies pulmonaires, du gaz artériel, et de l'électrocardiogramme,
- remplit un registre de données sur le patient incluant des informations démographiques et les facteurs de risque préopératoires.

L'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire revoit ensuite les résultats obtenus avec le chirurgien assigné. Grâce à la relation de confiance établie avec le patient et sa famille ainsi qu'à sa connaissance du plan thérapeutique, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire est perçue comme une importante source d'information.

**Administration des soins postopératoires**

L'implication de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire dans la gestion des soins postopératoires commence après le transfert du patient à l'étage de chirurgie cardiaque. Elle :

- effectue les tournées des patients,
- évalue l'état de santé,
- révise les radiographies pulmonaires et les résultats de laboratoire,
- rédige les notes d'évolution,
- consulte le cardiologue de garde ou les autres spécialistes.

Lorsqu'un problème est noté par le personnel infirmier, l'infirmière praticienne spécialisée est souvent la première personne avisée. Elle consulte alors le médecin de garde, le personnel infirmier ou amorce des interventions d'urgence jusqu'à ce qu'un médecin de la chirurgie cardiaque soit disponible.

**Planification du départ**

La préparation du congé débute à la première rencontre avec le patient. En évaluant avant la chirurgie le type d'occupation du patient, l'état de son soutien social et ses conditions de vie, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire peut assurer une meilleure préparation du congé. Au moment du départ, elle complète le registre

de données obtenues avant la chirurgie en y ajoutant les informations postopératoires. Ces informations sont utilisées pour le suivi de la qualité.

### **Suivi post-chirurgical en clinique externe**

L'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire rencontre le patient trois semaines après la chirurgie pour un examen de suivi post-chirurgical. Elle évalue alors la guérison des plaies, le rapport sur les activités du patient, la tolérance à l'exercice et l'état pulmonaire. S'il y a un problème ou une complication, elle élabore un plan de traitement et planifie des visites de suivi ou des consultations. Le rendez-vous post-chirurgical peut inclure une rencontre avec le chirurgien.

### **Fonctionnement**

Au BIMC, les infirmières praticiennes en cardiologie tertiaire sont engagées par le département de chirurgie cardiaque. Elles doivent avoir une entente de pratique avec un médecin qui en fait partie. Des protocoles de pratique encadrent l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire.

**INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE  
MODÈLE DE RÔLE IMPLANTÉ AU ST.MICHAEL'S HOSPITAL DE TORONTO (SMH)**

### Pratique clinique

L'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire évalue un groupe sélectionné de patients pour déterminer leurs besoins en soins infirmiers, médicaux et autres.

Dans le cadre de ses fonctions, elle :

- établit les histoires de cas et procède à l'examen physique ;
- fait la tournée quotidienne des patients et communique les résultats au médecin en poste ;
- consulte les patients et leurs familles, le personnel infirmier, le ou les médecins en poste et les autres professionnels membres de l'équipe clinique afin d'établir un plan thérapeutique pour des patients ou des groupes de patients ;
- participe à l'évaluation des données sur les patients et révisé les plans de soins si nécessaire ;
- prescrit des examens diagnostiques selon un protocole établi. Le protocole inclut les procédures pour les examens suivants :
  - a) Les ponctions veineuses/artérielles suivantes :
    - en hématologie : FSC, Pt, PTT, INR
    - en biochimie : bilan de base, bilan cardiaque, bilan hépatique, ionogramme, urine
    - en microbiologie : hémoculture, recherche de staphylocoque résistant aux antibiotiques (SARM)
    - gaz artériels
  - b) Les examens d'imagerie médicale suivants :
    - radiographie pulmonaire en AP et latéral
    - échographie cardiaque
    - échographie abdominale
    - doppler des carotides
    - doppler artériel et veineux
- prescrit des médicaments selon les protocoles établis ;
- effectue des interventions spécifiques en situations urgentes ou semi-urgentes selon les algorithmes préétablis. Elle peut ainsi entreprendre ou interrompre :

la télémétrie  
la thérapie intra veineuse périphérique ou les voies centrales  
le tube nasogastrique  
la sonde vésicale  
les drains thoraciques, Hémovac, Jackson-Pratt  
les fils à pacemaker  
le cathéter Swan-Ganz

- pose des actes spécifiques selon un protocole établi (une ponction pleurale ou un débridement de plaies) ;
- rédige les notes d'évolution de la condition médicale ;
- écrit les notes de congé et le résumé de dossiers.

L'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire fait l'enseignement aux patients et à leurs familles en mettant l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et sur l'impact de la maladie ou des incapacités sur le patient et sa famille.

De plus, elle :

- facilite la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe clinique ;
- assure la liaison entre les patients et leurs familles et les membres de l'équipe clinique ;
- assure la continuité des soins à l'interne en établissant la liaison entre l'hôpital, les centres ambulatoires et le réseau communautaire.

### **Enseignement - Recherche - Consultation – Administration**

L'enseignement, la recherche, la consultation et l'administration font partie intégrante de la description de rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire du SMH. Cette professionnelle contribue ainsi au développement professionnel du personnel infirmier, des résidents ou stagiaires en soins infirmiers ainsi que du personnel et des professionnels de la communauté. Elle agit en tant que consultante clinique dans l'orientation de la spécialité. Elle peut également être une personne ressource et consultante auprès de la direction des soins infirmiers dans les processus de prise de décision, de planification stratégique et de résolution de problèmes. De plus, par son leadership professionnel, elle favorise la promotion de la qualité des soins infirmiers et participe à des comités travaillant sur l'évolution de l'état de santé du patient et sur les services de chirurgie cardiaque. Enfin, grâce à ses activités de recherche, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie tertiaire contribue au développement du *corpus* de connaissances en sciences infirmières dans sa spécialité.

## COMPÉTENCES DE BASE EN PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE SELON L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIC)

Extrait du cadre national de la pratique infirmière avancée révisé en avril 2002

### Compétences

La PIA est un ensemble manifeste de compétences de base qui font partie intégrante des caractéristiques décrites dans le présent document. Les compétences désignent le savoir, les techniques, le jugement et les qualités personnelles particuliers qu'on attend d'une infirmière pour pratiquer de façon sûre et éthique dans un rôle et un cadre désignés (AIIC, 2000). Les compétences de base en PIA se construisent sur la formation et l'expérience de l'infirmière et se perfectionnent avec le temps. Les compétences de base décrites ici servent de fondement à la PIA et de cadre de définition des compétences particulières associées à des contextes de pratique, rôles, cadres et environnements de pratique, notamment le groupe de clients ou de populations<sup>6</sup>

Les compétences sont groupées dans cinq grands domaines, mais ce sont plutôt l'efficacité des interactions, le mélange et l'exécution simultanée des compétences déterminées, du savoir, du jugement et des qualités personnelles dans des milieux de pratique et des organismes de soins de santé très complexes qui caractérisent la PIA. Les compétences de base s'inspirent d'un savoir et d'une expérience dont la profondeur, l'étendue et l'éventail substantiels couvrent un ou plusieurs domaines de la pratique infirmière. De plus, ces compétences trouvent leur expression dans des rôles qui nécessitent une forte dose d'autonomie, d'indépendance, de responsabilité et d'éthique dans des milieux complexes, souvent ambigus et en évolution rapide.

### Compétences cliniques

Le savoir-faire dans un domaine spécialisé des soins infirmiers est la pierre angulaire de la PIA. L'expérience clinique et les études avancées donnent à l'infirmière la capacité de synthétiser un vaste éventail de connaissances infirmières, expérientielles et scientifiques pour répondre aux besoins de santé de ses clients dans un continuum de soins. L'infirmière en PIA utilise un modèle de soins infirmiers qui s'appuie sur un savoir théorique, empirique et expérientiel du domaine de pratique afin de pouvoir dispenser des soins holistiques, intégrés et complets. L'infirmière travaille en partenariat avec le client, d'autres professionnels de la santé et des membres de l'équipe de soins.

L'infirmière en PIA :

1. Élabore et utilise de multiples stratégies d'évaluation dans un cadre holistiques de soins infirmiers (axés sur le client) pour ses propres clients et la population de clients ;

---

<sup>6</sup> L'élaboration des compétences repose sur les références suivantes : Groupe d'intérêt canadien des infirmières cliniciennes spécialisées (1997). *Canadian Clinical Nurse Specialists in action standards*; Davies, B. et Hughes, A.M. (1995). Clarification of advanced nursing practice: Characteristics and competencies. *Clinical Nurse Specialist* 9(3), 156-160, 166; Hamric, A.B., Spross, J.A. et Hanson, C.M. (1996). *Advanced nursing practice: An integrative approach*. Philadelphie : W.B. Saunders; Hebert, M. *National Nursing Informatics Project Discussion Paper* (1999, non publié). Le projet est parrainé par l'ACÉUN, l'AIIC, la Registered Nurses Association of British Columbia, l'Academy of Canadian Executive Nurses et le Groupe d'intérêt sur l'informatique infirmière de COACH; Faculté des sciences infirmières. Université de l'Alberta (1996 non publié). *Domains and competencies of advanced practice in individual/family health nursing. Proposal for revision of graduate programs in nursing*. Approuvé au Conseil du printemps de la faculté des sciences infirmières. Edmonton : auteur.

2. Choisit et fait des distinctions qualitatives et quantitatives à partir de plusieurs sources de données, souvent dans des situations complexes et ambiguës, lorsqu'elle doit prendre des décisions cliniques ;
3. Doit comprendre et analyser en profondeur les interactions complexes que comportent la présentation des procédés sociologiques et biophysologiques, les déterminants de la santé et le vécu des clients ;
4. S'inspire de ses connaissances et d'un bagage de connaissances courantes sur la population de clients afin de prédire, prévoir et expliquer la vaste gamme de réactions des clients à des problèmes de santé réels ou éventuels ;
5. Utilise sa capacité de réflexion critique et de synthèse pour orienter ses propres décisions dans des situations complexes, imprévisibles et dynamiques ;
6. Amène ses clients et les autres membres de l'équipe à anticiper, à discuter et à résoudre les questions morales, éthiques et juridiques entourant les soins dispensés à l'échelon individuel et organisationnel ;
7. Recourt à diverses interventions (relations interpersonnelles, enseignement, encadrement, counselling, technologique et pharmaceutique) pour influencer l'état de santé et la qualité de vie des clients ;
8. Coordonne le plan de soins et mobilise le client et d'autres ressources pour dispenser des soins de santé intégrés et complets ;
9. Préconise, pour les clients, les infirmières et les autres membres de l'équipe, ou au nom de ceux-ci, l'amélioration des soins de santé des particuliers et de la population de clients dans son domaine de pratique ;
10. Surveillance, évalue et documente les résultats des décisions et des interventions ;
11. Recourt à des exemplars<sup>7</sup> cliniques pour produire de nouvelles connaissances, élaborer de nouvelles normes de soins et des programmes et politiques dans le domaine de pratique ;
12. Informe les autres infirmières, les professionnels de la santé et les clients au sujet des liens qui existent entre les interventions infirmières et les résultats afin de susciter des changements dans les soins de santé.

### Recherche

La pratique fondée sur des données probantes est l'élément central des compétences des infirmières en PIA. L'infirmière en PIA :

1. Détermine et amorce des recherches pertinentes à la pratique en tant que chercheuse principale ou collaboratrice avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé ou de la collectivité ;
2. Diffuse et facilite la mise en œuvre d'innovations récentes et de conclusions de recherche au sujet de la pratique infirmière et des résultats pour les clients ;
3. Applique un vaste éventail de théories et de recherches pertinentes à la pratique clinique ;
4. Évalue la pratique courante aux niveaux individuel et global à la lumière des conclusions des recherches courantes ;
5. Interprète les conclusions de la recherche et en montre la pertinence à la pratique clinique.

### Leadership

Les infirmières en PIA jouent un rôle de tête dans les organisations où elles évoluent. L'infirmière en PIA :

1. Élabore des approches novatrices face à des questions de pratique complexes et évalue des programmes ;
2. Démontre une connaissance des enjeux législatifs et socio-politiques qui influent sur la prise de décisions, et élabore des stratégies qui influent sur les résultats en matière de santé et les politiques de santé ;

---

<sup>7</sup> Un exemplar est un exemple qui transmet plus d'une intention, signification ou résultat et qu'on peut facilement comparer ou transposer à d'autres situations cliniques dont les caractéristiques objectives seraient susceptibles d'être fort différentes (Benner, 1984).

3. Participe à des comités intradisciplinaires et interdisciplinaires chargés de l'élaboration de politiques et de procédures, d'éducation et de recherche dans son domaine de pratique, et joue un rôle de premier plan à ce titre ;
4. Fournit un leadership dans les activités professionnelles et de perfectionnement professionnel;
5. Possède une vision de la pratique infirmière dans le contexte du système de santé ;
6. Offre des conseils à des collègues et clients ;
7. Joue un rôle de conseillère auprès de collègues infirmières et d'autres afin d'améliorer et de soutenir la pratique infirmière ;
8. Interprète et structure sous forme de renseignements les données obtenues par les technologies de l'information et de la communication afin d'exercer une influence sur la pratique infirmière, et regroupe des données pour faire avancer le savoir infirmier.

### **Collaboration**

Une collaboration et une communication efficaces avec le client et l'équipe de soins de santé sont des aspects importants des compétences de l'infirmière en PIA. Une aptitude à établir une pratique fondée sur la collaboration à un niveau global traduit les compétences avancées de l'infirmière en PIA. L'infirmière en PIA :

1. Communique efficacement avec le client et les membres de l'équipe de soins de santé ;
2. Respecte la pratique et le savoir des autres membres de l'équipe de soins de santé ;
3. Partage la prise de décisions avec les clients et les membres de l'équipe de soins de santé ;
4. Démonstre ses connaissances et ses compétences dans la résolution des conflits, notamment son aptitude à analyser, à gérer et à négocier des conflits ;
5. Comprend et applique les théories de la dynamique de groupe, la théorie des rôles et la théorie organisationnelle ;
6. Contribue et participe aux procédés d'amélioration de la qualité.

### **Agent de changement**

Les infirmières en PIA jouent un rôle clé d'agent de changement. Ce rôle existe non seulement au niveau de l'infirmière et du client mais, peut-être plus important encore, au niveau des systèmes afin de pouvoir influencer la politique de santé. L'infirmière en PIA :

1. Gère efficacement les changements et fait preuve d'une connaissance du processus de changement ;
2. Démonstre un savoir et une aptitude à créer des coalitions ;
3. Fait preuve de diverses qualités, comme l'assurance de soi, l'écoute active et la résolution des conflits.

## UNIVERSITY OF CALIFORNIA IN SAN FRANCISCO – ÉTATS UNIS

## Maîtrise en sciences infirmières - infirmières praticienne spécialisée en soins critiques

Première année		Crédits
Automne	<i>Theory in Advanced Practice Nursing</i>	2
	<i>Psychiatric Signs &amp; Symptoms</i>	2
	<i>Advanced Health Assessment</i>	2
	<i>Human Pathophysiology &amp; Aging</i>	3
	<i>Assessment/Skills Lab</i>	1
Hiver	<i>Clinical Practicum and Conference</i>	1
	<i>Issues in Acute Care Nursing</i>	2
	<i>Research Methods</i>	2
	<i>Human Pathophysiology &amp; Aging</i>	3
	<i>Clinical Practicum and Conference in Health Promotion</i>	2
Printemps	<i>Diagnostics Skills Lab</i>	1
	<i>Pharmacology in Primary Care</i>	2
	<i>Pharmacology in Acute Care</i>	2
	<i>Assess. &amp; Mgmt. Signs &amp; Symptoms</i>	3
	<i>Research Utilization</i>	2
	<i>Acute Exacerbations of Chronic Illness</i>	3
	<i>Therapeutics Skills Lab</i>	1
	<i>Clinical Practicum and Conference</i>	2
	<i>Health Care Economics &amp; Policy</i>	3

## Deuxième année

Automne	<i>Dimensions of Advanced Practice Nursing</i>	2
	<i>Dx &amp; Rx of Acutely Ill/Injured Patients I</i>	2
	<i>Mgmt. of Acutely Ill/Injured Patients I Seminar</i>	3
Hiver	<i>ACNP Residency I and Conference</i>	3
	<i>Dx &amp; Rx of Acutely Ill/Injured Patients II</i>	2
	<i>Mgmt. of Acutely Ill/Injured Patients II</i>	3
	<i>EKG Practicum</i>	1
Printemps	<i>Cardiac Rhythm and Theory</i>	2
	<i>ACNP Residency II and Conference</i>	3
	<i>ACNP Residency III &amp; Conference</i>	8

## UNIVERSITÉ DE TORONTO - ONTARIO - CANADA

## Maîtrise en sciences infirmières - infirmière praticienne spécialisée en soins critiques

Cours obligatoires pour tous les étudiants de la maîtrise en sciences infirmières

- NUR 1017H *History of Ideas in Nursing Practice*
- NUR 1022H *Research Design, Appraisal and Utilization*
- NUR 1016H *Health Systems, Policy and the Profession*
- NUR 1034H *Program Planning and Evaluation*

Cours obligatoires pour l'option infirmière praticienne spécialisée en soins critiques

- NUR 1101H *Advanced Health Assessment and Clinical Reasoning - Adult ou*
- NUR 1102H *Advanced Health Assessment and Clinical Reasoning- Child*
- NUR 1103H *Pathophysiological Concepts*
- NUR 1104H *Therapeutics*
- NUR 1109Y *Advanced Nursing Practice in the Care of Clients and Families I*
- NUR 1110Y *Advanced Nursing Practice in the Care of Clients and Families II*

Session d'automne	NUR 1017H <i>History of Ideas in Nursing Practice</i> NUR 1022H <i>Research Design, Appraisal and Utilization</i> NUR 1101/2H (A) <i>Advanced Health Assessment and Clinical Reasoning</i>
Session d'hiver	NUR 1101/2H (B) <i>Advanced Health Assessment and Clinical Reasoning</i> NUR 1103H <i>Pathophysiological Concepts</i> NUR 1104H <i>Therapeutics</i>
Session d'été	NUR 1109Y <i>Advanced Nursing Practice in the Care of Clients and Families I</i> NUR 1034H <i>Evaluation of Programs and Interventions</i>
Session d'automne	NUR 1110Y <i>Advanced Nursing Practice in the Care of Clients and Families II</i> NUR 1016H <i>Health Systems, Policy and the Profession</i>

### **Certificat post-maîtrise en sciences infirmières**

Un certificat post-maîtrise d'une durée de 12 mois est offert aux infirmières détenant déjà une maîtrise en sciences infirmières<sup>11</sup>. Le programme est formé de quatre cours théoriques et de trois cours cliniques.

Les quatre cours théoriques sont :

- NPD 1101/2 *Advanced Health Assessment and Clinical Reasoning - Adult or child*
- NPD 1103 *Pathophysiological Concepts*
- NPD 1104 *Therapeutics*
- NPD 1105 *Advanced Nursing Practice : Roles and Issues*

Les trois cours de pratique clinique totalisant 730 heures sont :

- NPD 1106 *Advanced Nursing Care of Clients and Families I* (130 heures)
- NPD 1107 *Advanced Nursing Care of Clients and Families II* (235 heures)
- NPD 1108 *Advanced Nursing Care of Clients and Families III* (365 heures)

---

<sup>11</sup> Source : [www.acnp.utoronto.ca/npdiploma/program\\_overview.htm](http://www.acnp.utoronto.ca/npdiploma/program_overview.htm)

TABLEAU 1

**Résumé des perceptions d'infirmières praticiennes spécialisées, de médecins, de gestionnaires et du personnel infirmier de quatre centres de soins tertiaires concernant les retombées du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques sur les soins aux patients**

Thème	Infirmière praticienne spécialisée	Médecins	Gestionnaires	Personnel infirmier
Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- améliore la coordination entre les équipes et les services</li> <li>- fournit une approche globale</li> <li>- encourage un lien de confiance entre la famille, le patient et l'équipe</li> <li>- élabore un plan thérapeutique plus global</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fournit une approche équilibrée des soins aux patients</li> <li>- donne des soins avec une approche plus compréhensive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- facilite les interactions familiales</li> <li>- fait l'arrimage entre la médecine et les soins infirmiers</li> <li>- intervient auprès des patients ayant une situation de santé complexe</li> <li>- diminue le taux de réadmission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favorise la participation des membres de l'équipe aux décisions médicales</li> <li>- améliore la continuité des soins des patients hospitalisés à long terme</li> <li>- améliore la communication entre les équipes</li> </ul>
Leadership en soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soutient la prise de décision en soins infirmiers</li> <li>- transmet ses connaissances au personnel infirmier</li> <li>- évalue les résultats associés aux activités des infirmières</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- agit comme modèle de rôle pour l'équipe en ce qui concerne les soins centrés sur le patient</li> <li>- considère le contexte global</li> <li>- établit des standards pour le personnel</li> <li>- fait de l'enseignement et améliore les habiletés de soins centrés sur le patient</li> </ul>	
Aspect clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ajoute une nouvelle dimension aux évaluations du patient et améliore la planification du congé</li> <li>- accroît la disponibilité pour l'enseignement auprès des patients</li> <li>- accentue l'attention portée au bien-être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- établit des liens avec les familles et d'autres groupes tels que la communauté</li> <li>- permet au médecin de se consacrer aux domaines de préoccupation médicale</li> <li>- donne de l'information aux patients</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- fait de l'enseignement auprès du personnel</li> <li>- consulte dans le cas où un patient présente une situation complexe</li> <li>- agit comme consultante en soins infirmiers pour l'équipe</li> <li>- assure les liens entre les médecins et les infirmières</li> </ul>
Modèle de rôle				<ul style="list-style-type: none"> <li>- fournit une approche en soins infirmiers de la gestion du patient</li> <li>- stimule les connaissances avancées en soins infirmiers</li> <li>- met en œuvre le plan de soins avec une approche en soins infirmiers</li> </ul>

Source : Van Soeren, M.H. & Micevski, V. (2001). *Success indicators and barriers to acute care nurse practitioner role implementation in four Ontario hospitals*. *AACN Clinical Issues*, 12 (3), p. 430. (traduction libre)

TABLEAU 2

**Résumé des recommandations d'infirmières praticiennes spécialisées, de médecins, de gestionnaires, et du personnel infirmier de quatre centres de soins tertiaires de l'Ontario concernant l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins critiques.**

<i>Thème</i>	<i>Infirmière praticienne spécialisée</i>	<i>Médecins</i>	<i>Gestionnaires</i>	<i>Personnel infirmier</i>
Clarification du rôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voir à clarifier le rôle avant son implantation</li> <li>- reconnaître qu'une partie du rôle est d'encourager l'indépendance du personnel infirmier</li> <li>- impliquer les médecins dans le processus d'implantation du rôle afin d'en favoriser la clarification</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- donner une définition cohérente du rôle</li> <li>- introduire d'autres membres de l'équipe dans les discussions concernant l'implantation du rôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- préciser les limites des aspects médicaux versus les soins infirmiers</li> <li>- introduire le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en fonction de son orientation vers la pratique clinique</li> <li>- considérer tous les facteurs contextuels pendant l'implantation</li> </ul>
Équilibre entre les différentes fonctions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- allouer du temps pour la formation du personnel</li> <li>- créer des occasions pour l'apprentissage autonome</li> <li>- allouer du temps pour la recherche, l'évaluation et l'implantation</li> <li>- élaborer des stratégies pour équilibrer les charges de travail</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- intégrer les rôles (les patients font parfois fi des infirmières pour parler uniquement à l'infirmière praticienne spécialisée)</li> <li>- augmenter les heures de couverture (avoir des quarts de travail qui permettent une couverture de soir et avoir plus d'effectifs).</li> <li>- assumer un rôle de leadership au niveau des études cliniques</li> <li>- favoriser une meilleure diffusion des études des études cliniques</li> <li>- favoriser une meilleure diffusion du plan de soins</li> </ul>

<b>Thème</b>	<b>Infirmière praticienne spécialisée</b>	<b>Médecins</b>	<b>Gestionnaires</b>	<b>Personnel infirmier</b>
Préparation au rôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser le développement des habiletés et connaissances par l'accès aux programmes de formation</li> <li>- désigner les mentors appropriés</li> <li>- comprendre les champs de pratique</li> <li>- favoriser les occasions d'élargir les champs de pratique et d'apporter des changements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- comprendre la formation afin de clarifier les attentes</li> <li>- reconnaître que les infirmières praticiennes spécialisées ont besoin d'expérience clinique dans leur domaine de spécialité</li> <li>- reconnaître les besoins de disponibilité liés à la dépendance initiale de l'infirmière praticienne au mentorat médical</li> </ul>		
Rôle clinique		<ul style="list-style-type: none"> <li>- reconnaître que le rôle est centré sur les soins aux patients et diminuer les attentes administratives</li> </ul>		
Rôle d'enseignement				<ul style="list-style-type: none"> <li>- donner des occasions de partage de connaissances avec le personnel</li> <li>- allouer du temps pour l'enseignement continu</li> <li>- donner du temps pour la formation et le développement professionnels</li> <li>- donner du temps pour la recherche sur les résultats dans les domaines de pratique et encourager les autres recherches</li> </ul>

Source : Van Soeren, M.H. & Micevski, V. (2001). Success indicators and barriers to acute care nurse practitioner role implementation in four Ontario hospitals. *AACN Clinical Issues*, 12 (3), p. 431. (traduction libre)

**PROGRAMMES QUÉBÉCOIS DE FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES  
POUR L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE À L'UNIVERSITÉ LAVAL ET  
À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, ET EXIGENCES D'ADMISSION**

**À L'UNIVERSITÉ LAVAL**

**Cours obligatoires : Bloc 1 (9 crédits)**

- Sciences infirmières : Perspectives théoriques (3 crédits)
- Processus de la recherche (3 crédits)
- Analyse de données I (3 crédits)
- Ou
- Biostatistiques 1 : Analyse des données (3 crédits)

**Cours obligatoires : Bloc 2 (18 crédits)**

- Pathophysiologie et mesures diagnostiques (6 crédits)
- Pharmacologie et pratique infirmière avancée (3 crédits)
- Examen clinique avancé (3 crédits)
- Éducation à la santé : recherche et intervention (3 crédits)
- Famille et pratique infirmière avancée (3 crédits)

**Cours à option (3 crédits)**

Crédits choisis parmi les cours à option communs à la maîtrise et au diplôme en sciences infirmières.

**Stage (12 crédits)**

**Essai (6 crédits)**

Bien que le cheminement régulier se fasse sur 4 sessions de 12 crédits, il est possible de suivre la formation à temps partiel sur huit sessions.

**Exigences d'admission au programme**

- Être titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières ;
- Avoir obtenu une moyenne d'au moins 3,33 sur 4,33 au baccalauréat ;
- Posséder une bonne maîtrise de la langue française ;
- Avoir des connaissances d'usage de la langue anglaise ;
- Présenter un *curriculum vitae* ;
- Posséder deux ans d'expérience pertinente en soins tertiaires ;
- Fournir trois rapports d'appréciation.

## À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

### **Bloc I (9 crédits)**

Cours obligatoires et communs à toutes les étudiantes de la maîtrise en sciences infirmières

- Étude de la discipline
- Recherche en sciences infirmières
- Méthodes de biostatistiques

### **Bloc II (de 9 à 12 crédits)**

Tronc commun aux étudiantes de l'option pratique avancée, c'est-à-dire les étudiantes ayant choisi l'orientation infirmière clinicienne spécialisée ou l'infirmière praticienne

- Habiletés professionnelles et jugement clinique
- Habiletés stratégiques
- Problèmes et interventions
- Approche systémique familiale

### **Bloc III (30 crédits)**

Cours destinés aux étudiantes de l'orientation infirmière praticienne.

Trois cours sont communs aux clientèles adultes :

- Examen physique avancé (3 crédits)
- Pharmacologie clinique (3 crédits)
- Séminaire de stage (3 crédits)

Trois cours sont spécifiques à la clientèle choisie (actuellement entre la néphrologie et la cardiologie) :

- Physiopathologie avancée (6 crédits)
- Stage de l'infirmière praticienne I (6 crédits)
- Stage de l'infirmière praticienne II (9 crédits)

### **Bloc IV (de 3 à 6 crédits)**

De trois à six crédits de cours généraux à option pour tous.

### **Exigences d'admission au programme**

- Être titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières ;
- Avoir obtenu une moyenne d'au moins 3 au baccalauréat ;
- Avoir une bonne maîtrise de la langue française ;
- Avoir de bonnes connaissances de la langue anglaise ;
- Posséder une expérience clinique minimale de deux ans dans un domaine pertinent ;
- Être membre en règle de l'OIIQ.

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL



Faculté des sciences infirmières

La Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval accueillera dès la session d'hiver les premières étudiantes s'inscrivant à la maîtrise en sciences infirmières dans un cheminement de formation d'infirmières praticiennes en soins tertiaires (cardiologie et néphrologie). Les travaux ayant conduit à l'implantation de ce nouveau cheminement sont en cours depuis septembre 2001. Les coûts associés au développement de cette formation spécifique et à son implantation, dès janvier 2003 en vue de répondre aux besoins du réseau, sont ici présentés.

**Budget de développement et d'implantation  
Programme de PIA en soins tertiaires**

Nature des activités	Échéancier	COÛTS RÉELS
<b>PHASE DE DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME</b>		
<b>Revue des écrits et des programmes existants :</b> Travail en sous-groupe ( 5 professeures et 2 cliniciennes) et consultations	<b>Septembre 2001-Juin 2002</b>	20 000 \$
<b>Préparation des descriptions de cours et syllabus sommaires :</b>	Juin-Août 2002	4 000 \$
<b>Élaboration du programme :</b>	Juillet-Octobre 2002	12 500 \$
<b>Activités de consultation et de concertation avec les milieux de soin :</b>	Janvier-Décembre 2002	16 250 \$
<b>Préparation des syllabus :</b> (objectifs spécifiques, contenus, activités d'apprentissage), outils pédagogiques et outils d'évaluation pour les nouveaux cours	Septembre-Décembre 2002	
1 x 6 cr Patho-physio		21 000 \$
1 x 3 cr. Pharmaco		7 000 \$
1 x 3 cr Examen clinique avancé		7 000 \$
<i>Total :</i>		----- <b>87 750 \$</b>

Nature des activités	Échéancier	COÛTS RÉELS
<b>PHASE D'IMPANTATION DU PROGRAMME</b>		
<b>Dispense des cours théoriques cohorte 1 :</b> 1 x 6 cr Patho-physio 1 x 3 cr. Pharmaco 1 x 3 cr Examen clinique avancé	Janvier-Mai 03	14 000 \$ 7 000 \$ 7 000 \$
<b>Préparation des stages et champs cliniques :</b> Responsable de formation pratique (40% x 5 mois) Revue des écrits sur la validation des standards Élaboration cadre global Élaboration du guide des superviseurs Élaboration du guide des étudiants Assistance aux cliniciennes	Décembre 02-Mai 03	14 000 \$
<b>Réalisation des stages cohorte 1 :</b> Coordination : responsable de formation pratique (20% x 4 mois) Précepteurs : infirmières cliniciennes médecins	Septembre-Décembre 2003	5 600\$  11 200 \$ À préciser
<b>Dispense des cours théoriques cohorte 2 :</b> 1 x 6 cr Patho-physio 1 x 3 cr. Pharmaco 1 x 3 cr Examen clinique avancé	Septembre 2003 –2004	14 000 \$ 7 000 \$ 7 000 \$
<b>Réalisation des stages cohorte 2 :</b> Coordination : responsable de formation pratique (20% x 4 mois) Précepteurs : infirmières cliniciennes médecins	Septembre-Décembre 2004	5 600\$  11 200 \$ À préciser
<b>Total :</b>		<b>103 600\$</b>

### **Soutien financier aux étudiantes et étudiants**

Afin de faciliter le recrutement d'étudiantes et d'étudiants déjà infirmières ou infirmiers et possédant quelques années d'expérience dans le domaine de la cardiologie et de les inciter à s'inscrire à temps complet en vue de fournir au réseau le plus rapidement possible le nombre de diplômés requis, des bourses d'étude substantielles devront être accessibles. Elle devraient être de l'ordre d'environ 50 % du salaire annuel moyen des candidates et candidats, au moins pour les quatre premières années d'implantation du programme.

Ainsi chaque personne inscrite à temps complet à une session (4 mois) de cours théoriques recevrait 8 400 \$ par session. En ce qui a trait à la période de stage (également de 4 mois) incluse dans le programme de formation, nous considérons qu'un montant de 16 700 \$ correspondant au tiers du salaire moyen des candidates et candidats recherchés devrait être versé.

Comme la durée de la formation théorique peut s'étendre sur une à trois sessions, selon le profil d'admission à la maîtrise, pour chaque étudiante ou étudiant la bourse d'étude couvrant l'ensemble de la formation pourrait s'élever entre 25 100\$ (8 400 \$ +16 700 \$) à 41 900 \$ (25 200 \$ + 16 700 \$).

La doyenne de la Faculté des sciences infirmières,

Linda Lepage

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



**Programme de maîtrise option pratique avancée  
orientation infirmière praticienne «soins en cardiologie»  
Faculté des Sciences Infirmières  
Université de Montréal**

**Budget**

La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal forme, depuis septembre 2002, 7 étudiantes en maîtrise dans l'orientation infirmière praticienne «soins en cardiologie» et prévoit en former au moins autant à chaque année au cours des prochaines années.

Cette formation a nécessité des travaux de développement et de première implantation, dont les coûts sont les suivants :

<b><u>COÛTS DE DÉVELOPPEMENT</u></b>	<b>Calendrier</b>	<b>Coût</b>
<b>Préparation du programme</b>		
Revue des écrits et des programmes existants ; travail en comité (4 professeurs et 3 cliniciennes) ; consultations	Juin 01 - décembre 01	16 450,00 \$
Préparation des syllabus sommaires (équipe cardio) ; rédaction du programme	Décembre 01 - février 02	16 600,00 \$
Préparation détaillée des nouveaux cours:* Faculté des sciences infirmières (FSI): 1 cours de 3 crédits	Septembre - Décembre 02	7 000,00 \$
Faculté de médecine et FSI: 1 cours de 3 crédits		7 000,00 \$
1 cours de 6 crédits		14 000,00 \$
Consultation d'experts hors Québec	Septembre 01 -	10 700,00 \$
Matériel et traduction		3 000,00 \$
Préparation des stages et champs cliniques (professeurs + cliniciennes)	Septembre 02 - Juin 03	12 000,00 \$
<b>Sous-total:</b>		<b>86 750,00 \$</b>

\* Nous comptons l'équivalent d'une charge de cours pour la préparation de tout nouveau cours.

<b><u>COÛTS D'IMPLANTATION</u></b>		
<b>Dispense des cours théoriques cohorte 1</b> 1 X 6 cr. Patho-physio 1 X 3 cr. Pharmaco 1 X 3 cr. Examen clinique avancé	Janvier - Juin 03	14 000,00 \$ 7 000,00 \$ 7 000,00 \$
<b>Réalisation des stages cohorte 1</b> Coordonnateur Précepteurs: infirmières cliniciennes Précepteurs: médecins	Août-Décembre 03	5 600,00 \$ 12 000,00 \$ À préciser
<b>Dispense des cours théoriques cohorte 2</b> 1 X 6 cr. Patho-physio 1 X 3 cr. Pharmaco 1 X 3 cr. Examen clinique avancé	Janvier - Juin 04	14 000,00 \$ 7 000,00 \$ 7 000,00 \$
<b>Réalisation des stages cohorte 2</b> Coordonnateur Précepteurs: infirmières cliniciennes Précepteurs: médecins	Août-Décembre 04	5 600,00 \$ 12 000,00 \$ À préciser
<b>Évaluation du programme</b>		8 000,00 \$
Sous-total:		<b>99 200,00 \$</b>

### **COÛTS DE SOUTIEN AUX ÉTUDIANTES**

Pour soutenir le recrutement d'étudiantes déjà expérimentées et pour permettre leur diplomation rapide (études à temps plein), des bourses devraient être attribuées à chaque étudiante pour au moins les deux premières cohortes, soit celles qui commencent leur études en 2002-2003 et 2003-2004.

Nous estimons que ces bourses doivent équivaloir à la moitié de leur salaire moyen (50 000 \$).

Pour la période des **cours théoriques**, la bourse serait de 8 400 \$ par session (25 000/12 mois X 4), soit : 8 400 \$ pour une session

16 800 \$ pour deux sessions  
25 200 \$ pour trois sessions.

Pour la période du stage clinique, la bourse serait de 16 700 \$.

**Pour chaque étudiante inscrite à la formation complète à temps plein, la bourse serait de 41 900 \$ sur deux ans (25 200 + 16 700).** Si l'étudiante a déjà effectué une partie de la formation requise, la bourse pourrait être moindre.

## Références

ACKERMAN, M.H., CLARK, J., Reed, T., VAN HORN, L. & FRANCATI, M. (2000). A nurse practitioner-managed cardiovascular intensive care unit. In J.V. Hickey, R.M. Ouimette & S.L. Venegoni (Eds.), *Advanced Practice nursing : Changing Roles and Clinical Applications*, 2<sup>nd</sup> Ed., pp. 470-480. Philadelphia : Lippincott.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. (2000). *La pratique infirmière avancée - Cadre national*. Ottawa : Groupe de travail.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. (2002). *Énoncé de position. L'infirmière praticienne*. Ottawa : Groupe de travail.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. (2002). *Fiche d'information. Législation et réglementation sur l'infirmière praticienne au Canada*. Ottawa : Groupe de travail.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. (2002). *Fiche d'information. Le rôle de l'infirmière praticienne dans le monde*. Ottawa : Groupe de travail.

BIGBEE, J.L. & AMIDI-NOURI, A. (2000). History and Evolution of Advanced Nursing Practice. In A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice, an integrative approach*, 2<sup>nd</sup> Ed., 4-32. Philadelphia : Saunders .

BOLTON, W.K. (1998). Nephrology nurse practitioner in collaborative mode. *American Journal of Kidney Diseases*, 312 (5), 786-793.

CALLAHAN, M. (1996). The advanced practice nurse in an acute care setting, the nurse practitioner in adult cardiac surgery care. *Nursing Clinics of North America*, 31 (3), 487-493.

CAUNT J. (1996). The advanced Nurse Practitioner in CCU. *Care of the Critically Ill*, 12 (4), July/August, 136-139.

CAUNT, J. (1995). Cardiac advance. *Nursing Times*, 9 (51), 44-45.

COMITÉ DE TRAVAIL DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE (2000). *Cardiologie tertiaire : situation actuelle, perspectives et propositions*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 93.

COOMBS, V. (1998). Outcomes Management for cardiology. *Critical Care Nursing Clinics Of North America*, March, 10 (1).

DOUGHERTY C., SPERTUS J.A., DEWHURST T., NICHOL P. (2000). Outpatient Nursing Case Management For Cardiovascular Disease. *Nursing Clinics of North America*, December, 35 (4), 993-1003.

EHRMANN FELDMAN D., THIVIERGE C., GUÉRARD L., DÉRY V., KAPETANAKIS C., LAVOIE G., BECK É. (2001). Changing trends in mortality and admissions to hospital for elderly patients with congestive hearth failure in Montreal. *CMAJ*, 165 (8), October 16, 1033-1036.

WARDSON S. (1999). The consequences and Opportunities of Shortened Lengths of Stay for Cardiovascular Patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), October, 1-11.

## Références

---

- FERRIS, E. The acute care nurse practitioner in Ontario. Focus : St.Michael's Hospital cardiac services. Dans *Colloque sur le réseau québécois de cardiologie tertiaire : résumé des conférences, Montréal, 12 et 13 octobre 2000*.
- FITZGERALD D., (1998). Vascular nurse practitioner : Development of an innovative role for the 21<sup>st</sup> century. *Journal of Vascular Nursing*, 16 (4), 87-92.
- GOUNIC, J. (1989). Clinical leadership, management, and the CNS. In A.B. Hamric & J.A. Spross (Eds.), *The clinical nurse specialist in theory and practice* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 227-250). Philadelphia : W.B. Saunders.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1998). *Cadre pratique pour l'évaluation des programmes. Applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23.
- GROUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES RELATIONS HUMAINES (2002). *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*. Québec : Office des professions, 320.
- HAMRIC, A.B. (2000). A definition of advanced practice nursing. In A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice, an integrative approach*, 2<sup>nd</sup> Ed., 53-73. Philadelphia : Saunders.
- HENRICK, A. (2001). Cost-effective Outpatient Management of Persons with Hearth Failure. *Progress in clinical Nursing*, Spring, 50-56.
- HICKEY, J., OUIMETTE, R., VENEGONI, S. (2000). *Advanced Practice Nursing, changing roles and clinical applications*, 2<sup>nd</sup> Ed., 470-480. Philadelphia : Lippincott.
- HORROCKS S., ANDERSON E., SALISBURY C. (2002). Systemic review of wether nurse practitioner working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324, April 6, 819-823.
- KAAN A., DUNNE J. (2001). Development of a nurse Practitioner Role in Hearth Failure Management : An Australian Experience. *Progress in Cardiovascular Nursing*, Winter, 33-34.
- KING, K.B. & BAGGS, J.G. (1998). Collaboration : The essence of acute care nurse practitioner practice. In R.M. Kleinpell, & M.R. Piano (Eds.), *Practice issues for the acute care nurse practitioner*, 67-78. New York : Springer.
- KLEINPELL, R.M. (1999). Evolving role descriptions of the acute care nurse practitioner. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21 (4), 9-15.
- MC CORMICK, S. A. 1999. Advanced Practice Nursing for Congestive Heart Failure. *Critical Care Nursing Quebec*, 21 (4), 1-8.
- MORRISON SHAW, R. (1998). Outcomes for Patients With Congestive Hearth Failure in a Nursing Case Management Model. *Nursing Case Management*, 3, May/June, 108-116.
- PAUL S. (2000). Impact of a Nurse-Managed Heart Failure Clinic : A Pilot Study. *American Journal of critical Care*, 9, (2) March, 140-146.

## Références

---

- PEARSON, L. (2003). Fifteenth Annual Legislative Update. *The nurse practitioner*, 28 (1).
- PIANO, M.R. & ZERWIC, J.J. (1998). Demonstrating the effectiveness of acute care nurse practitioners : current and future research. In R.M. Kleinpell, & M.R. Piano (Eds.), *Practice Issues for the acute care nurse practitioner*, (pp.10-26). New York : Springer.
- QASIM, A., MALPASS, K., O'GORMAN, D.J. & HEBER, M.E. (2002). Safety and efficacy of nurse initiated thrombolysis in patients with acute myocardial infarction. *BMJ*, 324, 1328-1331.
- QUAAL S. (1999). Clinical Nurse Specialist : Role Restructuring to Advanced Practice Registered Nurse. *Critical Care Nursing Quebec*, 21 (4), 37-49.
- ROBINSON K. (1999). Envisioning a Network of Care for At-Risk Patients after Myocardial Infarction. *J. Cardiovascular Nurse*, 14 (1), 75-88.
- RUST, D.M. & MAGDIC, K.S. (2000). The Acute care nurse practitioner. In A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice, an integrative approach*, 2<sup>nd</sup> Ed, 425-457. Philadelphia : Saunders.
- SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR (2002). *Modernisation de la gestion publique. L'évaluation de programme*. Document destiné aux dirigeants et dirigeantes de ministères et d'organismes. Québec, Sous-secrétariat aux politiques budgétaires et aux programmes, 4-6-7.
- SHAH, H.S. & SULLIVAN, D.T. (1998). Evaluation of the acute care nurse practitioner's role. In R.M. Kleinpell, & M.R. Piano (Eds.), *Practice issues for the acute care nurse practitioner*, 111-143. New York : Springer.
- SHAH, H.S. (1997). Acquiring clinical skills and integrating them into the practice setting. In B.J. Daly (Ed.), *The Acute Care Nurse Practitioner*, 81-109. New York : Springer.
- SIMPSON, B. (1997). An educational partnership to develop acute care nurse practitioners. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10 (1), 69-84.
- TOPP, R., TUCKER D. & WEBER C. (1998). Effect of a Clinical Case Manager/Clinical Nurse Specialist on Patients Hospitalized with Congestive Heart Failure. *Nursing Case Management*, 3 (4), July/August, 140-145.
- URBAN, N. (1997). Managed care challenges and opportunities for cardiovascular advanced practice nurses. *AACN Clinical Issues*, 8 (1), 78-89.
- URDEN, L.D. (1998). Heart failure collaborative care : An integrated partnership to manage quality and outcomes. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2 (2), 64-70.
- VAN SOEREN, M.H. & MICEVSKI, V. (2001). Success indicators and barriers to acute care nurse practitioner role implementation in four Ontario hospitals. *AACN Clinical Issues*, 12 (3), 424-437.
- VASKA, P.L. (1993). The clinical nurse specialist in cardiovascular surgery : A new twist. *AACN Clinical Issues*, 4 (4), 637-643.