

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme  
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers  
HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

---

**La pratique infirmière avancée**

**Recommandations pour sa mise en œuvre**

Réalisé par : Julien Girod

Promotion : Bachelor 11

Sous la direction de : Frédérique Nowak

Sion, le 16 juillet 2014



## Résumé

**But :** Proposer des recommandations pour optimiser l'intégration du personnel infirmier avec un rôle de pratique infirmière avancée dans les milieux de soins de l'Hôpital du Valais.

**Fond :** La création d'un Master of Science in Nursing Science en Romandie, la prise de position favorable par des associations de soins infirmiers ainsi que par d'autres professionnels de la santé et l'engagement de certains politiques en faveur de plus d'autonomie pour le personnel infirmier tendent à encourager le développement de la pratique infirmière avancée en Suisse. Si cette marche en avant suit son cours, qu'en est-il de son application concrète dans les milieux de soins ?

**Méthode :** Une revue de la littérature internationale dans le but de faire émerger des recommandations, des obstacles ou des facilitateurs rencontrés lors de la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée.

**Résultats :** Une liste d'éléments clés à prendre en compte pour favoriser la réussite de l'intégration de personnel infirmier avec un rôle de pratique avancée comprenant : l'évaluation du besoin du rôle, la législation et le financement, la définition et la clarté du rôle, le niveau d'étude requis, le soutien et le temps, l'implication des parties prenantes dans le processus, les relations professionnelles, le mentorat et le partage avec les pairs et la recherche.

**Mots-clés :** Pratique infirmière avancée, mise en œuvre, intégration

**« La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de son auteur et en aucun cas celle de la HES-SO/Valais, du directeur du travail ou du jury »**

## Remerciements

Je tiens, par ces quelques lignes à remercier les personnes qui m'ont soutenu durant ces études et en particulier lors de l'élaboration de ce Bachelor Thesis :

- Mon épouse, Rachel, pour m'avoir encouragé durant les moments difficiles et remis les pieds sur terre lorsqu'il s'avérait nécessaire...
- Mes trois trésors, Noan, Yaëlle et Tristan pour m'avoir apporté tant d'énergie positive.
- Ma mère, Patricia, et son mari, Alain, pour leur soutien tant matériel que spirituel.
- Ma belle-mère, Stella, pour son soutien dans la vie de tous les jours.
- Noëlla Herren pour ses précieux conseils.
- L'entier de la classe Bachelor 11 et en particulier, Camille, Lara et Marine pour ces quatre années passées dans la bonne humeur...
- Ma directrice de TB, Frédérique Nowak, pour ses conseils avisés et pour m'avoir fait confiance.

## **Table des matières**

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
1.1 Motivations et représentations personnelles	2
1.2 Motivations socioprofessionnelles	4
1.3 Motivations économiques et politiques	6
1.4 Objectifs personnels d'apprentissage	9
<b>2. Problématique</b>	<b>9</b>
2.1 Question spécifique de recherche	10
2.2 Objectifs de la recherche	10
2.3 Limites de la recherche	11
<b>3. Cadre théorique et concepts</b>	<b>11</b>
3.1 Le personnel infirmier	11
3.2 La pratique infirmière avancée	13
3.3 Modèle de Pratique Professionnelle de l'Hôpital du Valais	17
<b>4. Méthode</b>	<b>22</b>
4.1 Collecte des données	23
4.2 Niveaux de preuve	24
4.3 Articles de recherche retenus	24
4.4 Considérations éthiques	26
<b>5. Analyse des données</b>	<b>27</b>
5.1 Etude n°1	27
5.1.1 Analyse critique	29
5.2 Etude n°2	30
5.2.1 Analyse critique	32

5.3 Etude n°3	33
5.3.1 Analyse critique	35
5.4 Etude n°4	36
5.4.1 Analyse critique	39
5.5 Etude n°5	40
5.5.1 Analyse critique	42
5.6 Etude n°6	43
5.6.1 Analyse critique	46
5.7 Etude n°7	47
5.7.1 Analyse critique	51
5.8 Tableau des thèmes émergents	52
<b>6. Discussion</b>	<b>52</b>
6.1 Résultats significatifs	52
6.2 Evaluation globale du processus de recherche	56
6.2.1 Forces du travail	56
6.2.2 Faiblesses du travail	57
<b>7. Bilan personnel</b>	<b>57</b>
7.1 Retour sur les objectifs personnels	57
7.2 Difficultés rencontrées	58
7.3 Facilités rencontrées	58
<b>8. Bilan professionnel</b>	<b>59</b>
8.1 Recommandations pour la pratique	59
8.2 Ouverture pour la recherche	59
<b>9. Conclusion</b>	<b>60</b>

<b>10. Bibliographie</b>	<b>61</b>
--------------------------	-----------

---

<b>11. Annexes</b>	<b>I</b>
--------------------	----------

---

Annexe A : Glossaire	I-III
----------------------	-------

Annexe B : Stratégie de recherche	I
-----------------------------------	---

Annexe C : Etudes non retenues	I
--------------------------------	---

Annexe D : Tableaux de recension	I-VII
----------------------------------	-------

## 1. Introduction

Depuis septembre 2009, l'Université de Lausanne (UNIL) et la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) donnent la possibilité aux infirmiers et infirmières d'obtenir un Master ès Sciences en sciences infirmières.

Ce programme a pour objectif de former les diplômés à exercer un rôle de pratique infirmière avancée, en particulier, celui d'infirmiers cliniciens spécialisés. Les titulaires de ce Master sont appelés à être des partenaires de choix pour le travail en interdisciplinarité dans la prise en charge des patients et la promotion de la santé (<http://www.unil.ch/sciences-infirmieres/page94837.html>).

En parallèle, un groupe de travail formé de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), l'Association pour les sciences infirmières (APSI), le Groupe d'intérêt commun Swiss ANP et l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) élaborent un document de réglementation de la pratique infirmière avancée. En rédigeant ce texte, ces organisations démontrent leur volonté de favoriser une dynamique en matière de futur des soins infirmiers en Suisse qui emboîte le pas à d'autres pays tels que le Canada, les Etats-Unis, la Finlande, l'Australie ou encore l'Irlande.

En effet, Delamaire et Lafortune remettent, en 2010, à l'Organisation de coopération et développement économique (OCDE) un document de travail dans lequel ils évaluent et décrivent les expériences en matière de pratique infirmière avancée dans douze pays développés. Pour eux, les pays de l'OCDE sont à des stades très différents dans la mise en œuvre des nouveaux rôles infirmiers avancés. Mais cela offre de bonnes opportunités pour les pays qui envisagent l'introduction d'une telle pratique en leur permettant de tirer des leçons de l'expérience de ceux qui ont de l'avance en la matière (p.63).

Il est important de préciser qu'en Suisse, les organisations issues des soins infirmiers ne sont pas les seules à soutenir cette dynamique. En septembre 2011, Weber-Yaskevich, Reber et Gillabert, tous trois médecins au sein du service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires genevois (HUG), écrivent un article paru dans la revue médicale suisse au sujet du virage ambulatoire qui modifie fortement le paysage des soins infirmiers à domicile (p.1846). Pour répondre à la complexité et aux coûts que représentent les populations cibles des soins domiciliaires à venir, il est nécessaire d'élargir les compétences actuelles du personnel infirmier et de repenser la répartition des tâches. Il rappelle que dans cette optique, le Master ès Sciences en sciences infirmières est proposé depuis 2009 par l'UNIL et la HES-SO (p.1848).



Si la pratique infirmière avancée semble emprunter le chemin de la reconnaissance, à l'instar de ce qui est proposé dans des pays tels que le Canada ou l'Irlande, qu'en est-il de son introduction concrète dans les milieux de soins helvétiques ?

## **1.1 Motivations et représentations personnelles**

Pour obtenir mon diplôme Bachelor of Sciences HES-SO en soins infirmiers, je choisis, dans le cadre de mon Bachelor Thesis, le thème de la pratique infirmière avancée, thème qui apparaît à mes yeux comme un sujet actuel et qui tend à répondre aux questions que je me pose sur l'avenir de la profession et de sa formation.

En 2012, le plan d'études cadre qui régit le fonctionnement de la HES-SO filière santé/social a été réformé. Les étudiants en soins infirmiers, ayant débuté leur cursus Bachelor en septembre 2012, profitent donc de plusieurs changements dont l'instauration d'un nouveau module intitulé Habiletés Cliniques.

Ce module comprend une série de cours réunis sous l'appellation examen clinique et basés sur des notions telles que :

- Apparence générale
- Statut mental
- Statut en lien avec l'hydratation et les signes vitaux
- Statut nutritionnel : taille, poids, BMI
- Statut de la peau
- Statut de la tête et cou
- Statut du système musculo-squelettique
- Statut du thorax et des poumons
- Statut du système cardio-vasculaire
- Statut du système vasculaire périphérique : veines, artères, vaisseaux lymphatiques
- Statut abdominal
- Statut du système nerveux central et périphérique
- Signes et symptômes cardinaux : fièvre, dyspnée, douleur, œdèmes, fatigue, vertiges et collapsus, symptômes anxieux et dépressifs, troubles cognitifs et troubles du comportement (p.37).

Curieux d'en savoir plus à ce sujet, je visionne, sur le conseil d'une de mes professeurs la vidéo de Cloutier, Doyon, Houle et Longpré (2004). J'y découvre différentes pratiques d'examens cliniques poussés et de prise en charge de situations complexes effectuées par du personnel infirmier. La maîtrise et les connaissances que démontrent les divers

intervenants m'impressionnent beaucoup. Je décide alors d'approfondir mes recherches à ce sujet à travers internet et les publications que j'y glane.

En parallèle, je lis un article qui paraît sur le site internet du magazine l'Hebdo en mars 2012, intitulé « Infirmières : la guerre des tranchées ». Son auteure, Sylvie Logean, traite du conflit qui oppose la Suisse romande à la Suisse allemande concernant le niveau d'études que devrait suivre le personnel infirmier en Suisse.

Elle définit les deux systèmes de pensée comme d'une part, la vision alémanique s'inspirant des modèles des années 50, qui tend à lutter contre l'académisation de la profession infirmière, avec comme trame de fond la peur que les infirmières HES, trop cérébrales, ne sachent s'occuper des patients.

Et d'autre part, la conception romande, dans la ligne des traditions anglo-saxonnes, en passe de devenir la norme sur le plan international, avec la possibilité de se former au niveau Bachelor, Master et doctorat.

La remise en cause, par certains, de l'utilité du diplôme Bachelor m'apparaît comme une aberration. A mon sens, les connaissances que j'ai acquises durant ma formation vont toutes dans le sens de la santé des patients. De plus j'estime qu'un diplôme Bachelor en soins infirmiers augmente notre crédibilité auprès d'eux et renforce le sentiment de valorisation et de compétence du personnel infirmier. J'entreprends dès lors des recherches sur internet au sujet du degré d'études recommandé pour le personnel infirmier.

Ces thèmes, le Clinical Assessment et le niveau d'études idéal pour le personnel infirmier, se sont révélés, à travers mes lectures, comme étant deux des multiples facettes d'un concept qui m'était jusque-là inconnu : la pratique infirmière avancée.

J'ai rapidement été submergé par la masse d'informations disponible sur le sujet et surtout par la quantité de thèmes que touche ce concept : la recherche infirmière, l'evidence based nursing, la politique socio-sanitaire tant au niveau national que mondial, les rôles infirmiers, les compétences infirmières, l'interdisciplinarité, etc.

Afin de mieux cerner le sujet, j'ai décidé d'orienter mes lectures sur ce qui se faisait ailleurs et en particulier en Amérique du Nord. Dans mon esprit, ce continent est le précurseur des soins infirmiers modernes et je n'ai donc pas été surpris de l'avance que le Canada et les Etats-Unis ont sur le plan de la pratique infirmière avancée. De là, il n'y avait qu'un pas à considérer le reste des pays, l'Europe et en particulier la Suisse comme à la traîne voir rétrograde en matière de soins infirmiers.

Je me suis alors remémoré ce qui m'a conduit vers ce thème : le Clinical Assessment nouvellement enseigné au sein de la HES-SO et les discussions au sujet du degré d'études que devrait suivre les futurs professionnels de la santé en Suisse. Je décide donc de m'intéresser à ce qui se fait chez nous et non plus à la comparaison stérile entre nos différents pays.

En orientant mes lectures sur ce qui se faisait en Suisse, je constate qu'une dynamique en faveur du développement de la pratique infirmière avancée a été amorcée.

Mon souhait, à travers ce Bachelor Thesis, est d'apporter ma contribution à cette dynamique et ainsi, au développement de la pratique avancée.

## **1.2 Motivations socioprofessionnelles**

En Suisse, l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), l'Association pour les sciences infirmières (APSI), le Groupe d'intérêt commun Swiss ANP et l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) ont remis en octobre 2012 un projet de réglementation de l'exercice de l'infirmière en pratique avancée :

Une infirmière de pratique avancée APN est une infirmière enregistrée qui, par sa formation académique, a acquis un savoir d'experte ainsi que les aptitudes nécessaires pour prendre des décisions dans des situations complexes et qui possède des compétences cliniques indispensables à un exercice professionnel infirmier avancé. Les infirmières de pratique avancée APN sont capables, dans des situations les plus diverses, de se charger de rôles avancés et élargis, ce qu'elles assument sous leur propre responsabilité au sein d'une équipe interprofessionnelle. Les compétences clés d'une infirmière de pratique avancée APN sont: la pratique clinique directe, le coaching en tant qu'experte, la consultation / guidance, le processus de la prise de décision éthique, la collaboration interdisciplinaire, le leadership clinique et spécialisé et les compétences en matière de recherche (p.1).

Pour les auteurs du projet, une réforme de santé suisse s'impose en raison de l'augmentation considérable des maladies chroniques et des polymorbidités. Il faut introduire de nouveaux concepts de prise en charge et comme dans d'autres pays, les infirmières de pratique avancée pourront apporter une contribution importante et de qualité au système de santé à un coût abordable (p.1).

Ils précisent que les profils suisses sont en développement et une définition spécifique à la Suisse nécessite un long processus de négociation entre tous les acteurs impliqués. Ils ajoutent que les premières discussions à ce sujet ont déjà commencé (p.3).

Même si les rôles des IPA en Suisse ne sont pas encore définis, les auteurs citent quelques champs d'activité et de pratique qui ont été développés à l'étranger. Ils précisent que bien que ces rôles varient selon le lieu d'intervention et du système de santé, la tâche des IPA vise toujours à garantir des soins de bonnes qualités aux patients et à leur famille (p.3). Selon eux :

Les infirmières de pratique avancée APN sont à même de soigner une population de patients particulière qui a des besoins de soins complexes et elles disposent d'une expertise clinique dans ce domaine (Hamric et al., 2009; International Council of Nurses, 2002) (p.4).

Pour Giger et De Geest, en 2008, le système de santé actuel, orienté sur les soins aigus, n'est pas équipé pour répondre aux besoins spécifiques des malades chroniques et des personnes âgées. De plus, ils font le lien avec la pénurie de médecins et le déséquilibre dans les soins ambulatoires entre la demande et l'offre de prestations en matière de médecine de premier recours. Les professions concernées, médecins et personnel infirmier, devraient relever ces défis conjointement afin de ne pas se perdre dans les luttes de partage (p.1839).

Giger et De Geest affirment que le travail avec les infirmières en pratique avancée est, par exemple, une voie susceptible de modifier la répartition des compétences dans le développement de nouveaux modèles de prise en charge. Dans ce processus, les IPA peuvent assister les médecins dans les soins de premier recours, les compléter ou les remplacer partiellement (p.1842). Ils ajoutent que ce soutien aux médecins de famille pourrait augmenter l'attrait de leur propre profession (p.1843).

Au niveau international, l'argument de la pénurie de médecins est également avancé par Delamaire et Lafortune (2010). D'après eux, le déficit de main d'œuvre dans les services traditionnellement assurés par les médecins a été à l'origine de l'introduction de la pratique infirmière avancée en Amérique du nord dans les années 60, en particulier dans les zones où les médecins étaient peu présents (p.18).

En comparant le ratio infirmiers-médecins, dans les pays intéressés par leur étude, les auteurs ne s'étonnent pas que le développement de la pratique infirmière avancée tend à être plus abouti où le nombre de médecins est relativement faible comparativement au

nombre d'infirmiers plutôt élevé. Ce qui est le cas en Finlande, aux Etats-Unis, au Canada ou encore au Royaume-Uni (p.19).

Pour Delamaire et Lafortune, il est important d'analyser non seulement la composition actuelle de la main-d'œuvre mais aussi les tendances futures. Ils citent l'exemple de la France sur la problématique de l'extension des rôles infirmiers avec comme toile de fond la prévision d'un déclin du nombre de médecins par habitant et notamment de médecins généralistes (p.19).

La réponse à l'évolution de la demande de soins et la promotion de leur qualité est une deuxième motivation citée par Delamaire et Lafortune quant au développement de la pratique infirmière avancée. Pour eux, une majorité des pays de l'étude a indiqué que répondre plus efficacement aux besoins des patients était l'un des facteurs les plus importants à l'origine du développement des rôles avancés. En effet, il s'agit d'un moyen d'améliorer l'accès aux soins et leur continuité dans les différentes structures de santé. De plus, pour eux, l'expansion des infirmières cliniciennes spécialisées dans les hôpitaux est un moyen de promouvoir la qualité des soins (p.21).

Un argument mis également en avant par Delamaire et Lafortune pour le développement de cette pratique est l'amélioration des perspectives de carrière des infirmiers. Plusieurs pays comme la Pologne, Chypre, l'Irlande ou la République Tchèque considèrent que le développement des rôles avancés infirmiers peut permettre d'attirer et de fidéliser davantage d'infirmiers dans la profession. Ils ajoutent que certains de ces pays considèrent même ce développement comme un moyen potentiel de réduire l'émigration des professionnels vers d'autres pays européens dans le but de saisir de meilleures opportunités professionnelles (p.22).

### **1.3 Motivations économiques et politiques**

En 2010, Imhof et al. publient une analyse approfondie commandée par l'ASI, intitulée : « Soins infirmiers en Suisse : perspectives 2020 ». Dans son éditorial, Pierre Théraulaz, président de l'ASI, explique que les soins infirmiers sont la colonne vertébrale de l'offre sanitaire suisse étant le plus grand groupe de professionnels du système. Cette étude est la première étape d'un projet qui a pour but d'examiner les rôles futurs des infirmières et infirmiers dans le but de présenter leur propre perspective. Pour lui, les infirmières et infirmiers bien formés peuvent contribuer à résoudre de manière déterminante les défis futurs dans le système de santé suisse (p.ii).

D'après Imhof et al. les pronostics concernant les besoins en effectifs dans le système de santé ne peuvent donner des estimations précises, les chiffres variant de +8% à +28% selon les études. D'après eux les décideurs et acteurs politiques devront orienter leurs actions en fonction d'un large spectre de scénarios d'avenir et développer des stratégies flexibles (p.3).

Les auteurs émettent aussi leurs craintes quant à l'utilisation de ces pronostics. En effet, selon eux, une diffusion et une utilisation sans analyse de ces chiffres par le grand public entretiendrait une forme d'alarmisme qui pourrait avoir pour conséquence le développement de solutions à la hâte et peu réfléchie comme l'engagement accru de personnel peu qualifié pour pallier à la pénurie d'infirmières (p.4 et 5).

Pour Imhof et al., le discours officiel au sujet de la pénurie de personnel infirmier n'est pas nouveau et qu'au cours des quarante dernières années, il a régulièrement été question des besoins croissants en prestations soignantes face au manque de relève et aux ressources financières limitées.

Ils mettent alors en avant les discussions internationales d'où émergent de nouveaux rôles et missions pour le personnel infirmier. D'après les auteurs quatre aspects sont aux avant-postes :

1. La diversification professionnelle croissante
2. Le nécessaire partenariat avec d'autres professionnels de la santé
3. Le développement et la mise en place de la pratique infirmière avancée
4. Les défis à relever pour s'engager dans ces nouveaux rôles (p.8).

La discussion rebondit alors inévitablement sur le degré de formation du personnel infirmier et les auteurs de mettre en avant le porte-à-faux de la Suisse vis-à-vis de la communauté internationale en la matière.

Pour Imhof et al., l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT), nouvellement le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI), argumente qu'il ne serait possible d'enrayer la pénurie de personnel qu'en recrutant pour la profession infirmière des jeunes qui ne disposent pas de bases scolaires actuellement nécessaires pour rentrer en voie HES. Cela permettrait de développer des écoles supérieures (ES) en Suisse romande et rendrait le secteur des soins plus attrayant (p.9).

Les auteurs s'opposent à ces arguments en déclarant que :

Or, on néglige ici le fait que la coordination nécessaire entre différentes catégories de personnel demande beaucoup de temps et d'énergie dans la pratique et peut, lorsqu'elle est cumulée, dans les institutions, avec la pression constante d'une efficience accrue, mener à une division fonctionnelle de plus en plus grande dans les soins. La discussion autour de soins de qualité pour la population passe ainsi à l'arrière-plan (p.9).

Les auteurs traitent l'aspect de collaboration pluridisciplinaire comme un axe prépondérant de l'évolution des soins infirmiers. Ils notent que quelques pays européens, outre le fait de déléguer certains actes médicaux aux infirmiers, ont clairement attribué une partie des soins de santé primaires à ceux-ci. Ils rappellent, qu'en Suisse, la discussion autour du glissement des frontières professionnelles a également été menée récemment et qu'un transfert de certaines activités médicales au personnel infirmier est envisagé pour faire face à la pénurie de médecins de famille. Un des différents modèles de prise en charge est que des infirmiers experts cliniques endossent un rôle autonome dans la pratique infirmière avancée (p.10).

La communauté internationale abonde également dans ce sens à travers un rapport de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) datant de 2010 intitulé : «Les pratiques infirmières avancées : une description et une évaluation des expériences dans 12 pays développés ».

Leurs auteurs, Delamaire et Lafortune, évoquent l'approvisionnement limité des médecins comme une des principales raisons de développer la pratique infirmière avancée. Ils confrontent cette réalité avec la demande en soins qui ne cesse d'augmenter et le contexte de contraintes budgétaires qui a pour but de contrôler la croissance des dépenses de santé. Ils soutiennent que le développement des IPA peut concilier ces deux objectifs potentiellement contradictoires (p.18).

Cependant, l'étude conclut que les coûts tendent à être similaires voire légèrement plus bas si les soins dits de substitution sont effectués par des IPA comparativement à une approche médicale (p.52).

D'après les auteurs, les écrits montrent que les économies effectuées sur le salaire des IPA (comparativement au salaire des médecins) sont partiellement compensées par un temps de consultation plus long, plus de transfert vers d'autres médecins et parfois la demande de plus de tests. Les coûts auraient même tendance à augmenter dans certains cas de maladies chroniques d'après une évaluation de ce type aux Etats Unis

(Litaker et al., 2003). Toutefois, les auteurs relèvent que ces estimations n'ont pas pris en compte les économies potentielles liées à l'évitement de complications graves de ces maladies chroniques.

Les auteurs concluent que le développement de soins basés sur des groupes pluridisciplinaires dans les programmes de gestion des maladies chroniques rend de plus en plus difficile l'évaluation de l'impact spécifique d'un membre individuel, y compris des IPA. Les évaluations ne devraient plus « simplement » se contenter de comparer la façon dont les IPA font un certain nombre d'activités comparativement aux médecins, mais d'examiner plus globalement l'organisation et l'intégration des services entre les divers prestataires de soins (p.52).

#### **1.4 Objectifs personnels d'apprentissage**

Explorer le concept de pratique infirmière avancée qui est une voie possible de développement personnel et professionnel dans les soins infirmiers.

Développer des compétences méthodologiques en utilisant des bases de données en lien avec les soins infirmiers à la recherche d'articles validés scientifiquement.

Analyser et développer un sens critique au regard des études sélectionnées.

## **2. Problématique**

La définition et les compétences des IPA sont édictées par les auteurs du projet de réglementation de la pratique avancée pour la Suisse (ASI et al, p.1). Comme le préconise cette définition un diplôme de degré master a été développé par les hautes écoles de Bâle et Lausanne en coopération entre les HES et les universités (Imhof et al., p.10).

Sur son site internet l'ASI prend position en défendant le projet de réglementation des IPA en Suisse. L'association explique qu'en raison de l'évolution démographique et des défis qui s'annoncent dans le système de santé, les infirmières et infirmiers vont devoir assumer de nouvelles tâches et déclare que des profils avancés devraient être réglementés de manière spécifique dans la future loi sur les professionnels de santé ([http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/aktuell-f.htm#Loi sur les professions de la santé](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/aktuell-f.htm#Loi_sur_les_professions_de_la_santé)).

Certains médecins joignent leur voix à l'ASI. Pour répondre à la demande, en termes de suivi, de prévention et de coûts des maladies chroniques, il est nécessaire d'élargir les



compétences actuelles des infirmières et de repenser la répartition des tâches. Un modèle existant (les IPA) propose une formation de niveau master donnant des compétences permettant d'assister, voire de remplacer partiellement le médecin (Weber-Yaskevish, Reber et Gillabert, 2011, p.1849). Dans le système de santé suisse, il faut envisager une délégation de tâches aux IPA et au personnel infirmier spécialisé visant essentiellement une prise en charge efficace des patients souffrant de maladies chroniques. Ce soutien aux médecins de famille pourrait augmenter l'attrait de leur propre profession (Giger et DeGeest, 2008, p. 1843).

En septembre 2013, lors de son premier symposium des soins, l'Hôpital du Valais présente son Modèle de Pratique Professionnelle (MPP). Pour leurs auteurs, un système de santé performant exige l'excellence des pratiques soignantes. Afin de promouvoir et faciliter la mise à jour de leurs pratiques et l'introduction des données probantes, l'institution compte renforcer les standards et les bonnes pratiques fondées sur des preuves, définir des structures et des espaces qui facilitent leur introduction et mettre en place des Partenariats Pratiques Académiques (PPA) afin qu'il y ait une mise en relation plus étroite entre la pratique clinique et la recherche.

Leurs auteurs ajoutent que l'organisation de demain nécessitera d'autres modèles de soins et des pratiques avancées s'imposeront. Une formation niveau Master est attendue pour les fonctions des soignants cadres ainsi que pour les spécialistes cliniques. Pour eux, promouvoir les Master in Nursing Sciences signifie également préparer la relève et soutenir l'introduction de la pratique infirmière avancée. L'institution vise à l'horizon 2016, l'emploi de 20 soignants au bénéfice d'un Master et 10 Advanced Nurse Practitioners (p.33).

Dans ce contexte, où tout semble mis en œuvre pour le développement de la pratique infirmière avancée, qu'en est-il de son intégration concrète dans les services ?

## **2.1 Question spécifique de recherche**

Comment intégrer le personnel infirmier avec un rôle de pratique infirmière avancée dans les unités de soins de l'Hôpital du Valais?

## **2.2 Objectifs de la recherche**

En regard de la question spécifique de recherche, les objectifs suivants sont posés :

- Rechercher, dans la littérature, des éléments influençant l'intégration du personnel infirmier avec un rôle de pratique avancée au sein d'unités de soins.
- Evaluer ces éléments en regard du contexte socio-sanitaire valaisan.
- Regrouper les éléments pertinents.
- Edifier une liste de recommandations quant à l'intégration du personnel infirmier avec un rôle de pratique infirmière avancée.

## **2.3 Limites de la recherche**

La pratique infirmière avancée telle que décrite par Hamric (2009) englobe les infirmiers praticiens, les infirmiers cliniciens spécialisés, les infirmiers anesthésistes certifiés et enregistrés et les sages-femmes enregistrées. Ce travail s'inscrivant dans un cursus en soins infirmiers, uniquement les deux premières catégories seront étudiées, à savoir, les infirmiers praticiens et les infirmiers cliniciens spécialisés.

## **3. Cadre théorique et concepts**

### **3.1 Le personnel infirmier**

L'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) en qualité de membre du Conseil international des infirmières (CII) retient la définition suivante des soins infirmiers <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/frameset-f.htm> :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.

Au niveau du droit fédéral, l'activité du personnel infirmier est régie par l'article 25 de la loi fédérale sur les assurances maladies (LAMal) et l'article 10 de la loi fédérale sur l'assurance accident (LAA). Toutes deux supposent un rôle paramédical, ce qui implique, pour le patient, une prescription médicale pour profiter de soins prodigués par du personnel infirmier. L'ASI le rappelle dans son communiqué de presse pour le soutien à

l'initiative Joder ([http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/pdf-f/Initiative%20Joder%20Medienmitteilung%20SBK\\_f.pdf](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/pdf-f/Initiative%20Joder%20Medienmitteilung%20SBK_f.pdf)) et maintient qu'à l'avenir, les infirmiers et infirmières doivent pouvoir agir de manière autonome, donc sans mandat médical, dans les situations qui relèvent spécifiquement des soins infirmiers et, ainsi, garantir l'économicité des soins.

Les domaines dans lesquels exerce le personnel infirmier sont très variés. La HES-SO Valais/Wallis le rappelle sur son site internet en mettant en avant différentes perspectives de formations continues ([http://infirmiere.hevs.ch/Perspectives\\_professionnelles.1161584.1584.htm](http://infirmiere.hevs.ch/Perspectives_professionnelles.1161584.1584.htm)). Mis à part les formations au niveau Master et doctorat, le personnel possédant un titre Bachelor peut, après deux ans de pratique, opter pour des spécialisations telles que soins aigus, soins d'urgence, anesthésie, soins intensifs, psychiatrie, gériatrie ou encore santé communautaire.

Dans sa vignette concernant le personnel infirmier, l'Hôpital du Valais met en avant une définition provenant de la HES-SO :

Les infirmiers(ères) font face à des situations humaines complexes, problématiques et difficilement prévisibles. Ils (elles) sont formé(e)s à la pratique réflexive, ce qui leur permet de penser et de mobiliser des connaissances théoriques dans leur pratique, d'analyser des situations, de percevoir des particularités et d'adapter l'intervention professionnelle. Les soins, la relation et les approches liées aux innovations technologiques et thérapeutiques, constituent le quotidien dans l'accompagnement des patients, avec le souci de leur autonomie et de leur retour dans leur environnement. L'infirmier(ère) intervient de manière autonome ou sur délégation du médecin et travaille en équipe pluridisciplinaire (HES-SO).

Pour l'Hôpital du Valais, les qualités requises pour le personnel infirmier sont :

1. Capacité d'écoute et d'accueil
2. Capacité à communiquer
3. Capacité d'analyse
4. Capacité à travailler en équipe, à collaborer
5. Sens des responsabilités
6. Curiosité, recherche d'information
7. Rigueur
8. Esprit d'initiative

9. Intérêt pour la formation continue
10. Capacité d'adaptation à la flexibilité des horaires
11. Sens de la négociation

### **3.2 La pratique infirmière avancée**

En 2009, Hamric définit la pratique infirmière avancée par trois critères primaires et sept compétences fondamentales, dont l'une d'elles se trouve au centre et en interaction avec chaque autre.

Les critères primaires sont :

1. L'enseignement supérieur
2. La certification
3. La pratique centrée sur le patient et/ou la famille

La compétence centrale est :

1. La pratique clinique directe

Les compétences fondamentales sont :

2. Expert dans l'encadrement et l'orientation des patients, des familles et d'autres fournisseurs de soins
3. Consultation
4. Recherche
5. Leadership au niveau clinique, professionnel et du système
6. Collaboration
7. Prise de décision éthique (traduction libre, p.78)

D'après elle, la pratique infirmière avancée est souvent définie comme une constellation des rôles des infirmiers praticiens, des infirmiers cliniciens spécialisés, des infirmiers anesthésistes certifiés et enregistrés et des sages-femmes enregistrées (APRN Joint Dialogue Group, 2008 ; Donley, 1995 ; NCSBN, 2002 ; Stanley, 2005). Pour elle, définir la pratique infirmière avancée en terme de rôles particuliers limite le concept et nie la réalité que certains infirmiers provenant de ces quatre disciplines n'utiliseront pas les compétences fondamentales issues de rôles dans leur pratique. Il est donc préférable de définir la pratique infirmière avancée comme un concept sans référence à des rôles particuliers (Davies & Hugues, 1995) (2009, p.77)

Le groupe d'intérêt commun SwissANP qui a travaillé sur l'élaboration du projet de réglementation de l'exercice de l'infirmière en pratique avancée définit en 2012 cette pratique comme une conception élargie et approfondie des soins prodigués par des spécialistes qui se distinguent par trois caractéristiques :

1. L'expertise professionnelle : la pratique infirmière avancée (ANP) présuppose un savoir infirmier approfondi permettant de proposer des soins professionnels compétents aux patients dans un champ spécifique (p.ex. gériatrie ou cardiologie) ou en présence d'un phénomène spécifique (p.ex. plaie ou douleur). Elle fait appel aux acquis les plus récents de la recherche et garantit que les soins sont fondés sur la recherche scientifique et axés sur le bénéfice pour la personne soignée.
2. Elargissement : La pratique infirmière avancée repousse les frontières professionnelles en matière de soins et adapte les compétences professionnelles à l'évolution des besoins des patients. Cet élargissement des compétences présuppose par exemple la capacité de procéder à un examen physique du patient ou d'avoir une action éducative centrée sur ses besoins. La pratique infirmière avancée présuppose également l'aptitude à prendre des responsabilités dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire. Appelées à coordonner des soins répondant aux besoins des patients et de leurs familles, les IPA tiennent compte de facteurs socio-économiques et socioculturels.
3. Progrès : La pratique infirmière avancée sera jugée sur la contribution qu'elle apporte à une amélioration du bénéfice pour le patient. La pratique infirmière avancée permet de réaliser des progrès dans les soins en transférant les résultats les plus récents de la recherche dans la pratique, ce qui entraîne une amélioration continue de la qualité des soins. Elle profite à la totalité des prestations thérapeutiques et de soins proposées à une population de patients. Les interventions infirmières font l'objet d'une évaluation systématique, qui fait apparaître concrètement le bénéfice des soins (p.6).

SwissANP se base également sur le modèle d'Hamric qui définit la pratique infirmière avancée par des critères primaires, une compétence centrale et des compétences clés.

Les critères primaires sont, premièrement, l'obtention du master ou du doctorat en soins infirmiers, deuxièmement, une formation postgrade spécifique et une expérience clinique dans le champ spécialisé pour lequel un savoir d'expert est acquis et troisièmement, une activité centrée sur les besoins des patients et des familles (p.7).

La compétence centrale, la pratique clinique directe est analysée comme suit :

Les infirmières de pratique avancée se distinguent en premier lieu par l'excellence de la pratique clinique (Hamric et coll., 2009). Elles sont capables d'assumer des rôles élargis dans les situations les plus diverses et de prendre leurs responsabilités dans l'accomplissement de ces rôles au sein d'une équipe interprofessionnelle.

Confrontées à des populations de patients spécifiques, les IPA sont capables d'évaluer et d'interpréter l'état de santé du patient et de planifier, d'exécuter ou d'ordonner des mesures thérapeutiques ou de soins (DiCenso, 2008). L'étendue et la profondeur de l'évaluation sont les caractéristiques centrales d'une pratique élargie. Les IPA doivent pouvoir assumer la responsabilité des décisions prises sur la base de cette évaluation élargie et en rendre compte (Schober & Affara, 2008).

Les IPA travaillent selon le principe des soins basés sur des preuves. Leur pratique allie expérience clinique, théorie et acquis de la recherche, prise en compte des préférences des patients ainsi que des informations et ressources locales (Rycroft-Malone et coll., 2004). Le souci du bien-être du patient concerné doit être leur valeur primordiale (p.8).

Pour SwissANP la compétence fondamentale de la recherche est la capacité à réaliser des recherches systématiques dans la littérature, d'en avoir une appréciation critique du résultat et de savoir le transférer dans la pratique. De plus, il s'agit de participer à des projets de recherche ou d'en initier afin de contribuer à l'émergence d'un nouveau savoir.

La compétence relative à la prise de décision éthique est définie non seulement comme l'identification et le signalement de problèmes et de conflits éthiques mais comme une dimension devant faire partie du processus de décision.

Ils définissent ensuite le leadership comme le développement des visions et des objectifs pour les soins et la santé publique. Il s'agit d'initier et d'accompagner le changement en insufflant de la motivation aux professionnels des soins et en contribuant à l'amélioration de leur performance.

La compétence de collaboration est spécifiée comme devant être étroite et ciblée avec, non seulement, les équipes thérapeutiques interprofessionnelles mais aussi les instances et les organisations.

Les auteurs choisissent le terme de coaching pour définir la compétence d'expert et l'expliquent par le fait de conseiller les professionnels des soins et les équipes médicales

dans le but d'optimiser le bénéfice pour les patients. Il s'agit de plus de faciliter l'acquisition par les collègues de nouvelles connaissances théoriques et capacités techniques.

Enfin, la compétence de consultant est expliquée comme étant le soutien aux patients et à leur famille dans la prise de décision concernant leur santé et le renforcement de leur capacité à se prendre en charge eux-mêmes. Pour les auteurs cette compétence ne s'adresse pas uniquement aux patients mais aussi aux collègues, aux membres d'autres professions et aux instances et institution de la santé (p.8).

En avril 2012, Mahrer-Imhof, Eicher, Frauenfelder, Bachmann et Ulrich remettent à l'Association suisse pour les sciences infirmières (APSI) un rapport servant de positionnement sur la thématique de la pratique infirmière avancée. Ils y définissent les rôles de cette pratique en se servant du modèle Bryant-Lukosius (2004 & 2008).



Bryant-Lukosius, D. (2004 & 2008). *The continuum of advanced practice nursing roles*. Unpublished document.

D'après les auteurs, une multitude de rôles ont été définis sous le concept global de pratique infirmière avancée mais ils retiennent le modèle établi dans le monde anglo-saxon. Ils citent donc les infirmiers cliniciens spécialisés (ICS ou CNS en anglais), les infirmiers praticiens spécialisés (IP ou NP en anglais), les infirmiers anesthésistes et les sages-femmes. Leur rapport ne s'intéresse qu'aux ICS et aux IP (p.6).

Mahrer-Imhof et al. donnent leur définition pour chacune des deux fonctions infirmières régies par le concept de la pratique infirmière avancée.

#### Pour les infirmiers cliniciens spécialisés :

Les CNSs soignent une population spécifique de patients avec des besoins de soins complexes et elles disposent à ce niveau d'une expertise clinique (Hamric,

et al., 2009; International Council of Nurses, 2002). Elles sont responsables du développement de lignes directrices et de standards cliniques dans leur spécialité. Elles sont capables de conseiller les infirmières dans leur spécialité et d'endosser ici le rôle de Change Agents. Ces fonctions sont durablement garantes de l'efficacité et de l'efficience, de la continuité, de l'atteinte de la qualité et de la sécurité des soins prodigués. Les CNSs collaborent avec les infirmières d'une spécialité au sein d'une institution sanitaire (hôpital, ambulatoire, soins à domicile, home) ainsi qu'avec d'autres spécialistes de l'équipe interdisciplinaire (p.7).

#### Pour les infirmiers praticiens :

Les NPs offrent à côté des compétences infirmières confirmées également des interventions qui relevaient jusqu'à présent des missions médicales (Hamric, et al., 2009; International Council of Nurses, 2002). Avec ces interventions, les atteintes dans la santé sont en règle générale abordées. Ces détériorations d'une part présentent un niveau élevé d'incidence et de prévalence, d'autre part elles se trouvent aussi dans un état stable. Les NPs collaborent principalement étroitement avec des médecins. A côté de leur expertise en soins infirmiers démontrée, les NPs doivent disposer de connaissances spécifiques qui sont en règle générale acquises dans des facultés de médecine. Légalement, les NPs sont dans la situation d'exercer des actes médicaux définis, de prescrire des médicaments appropriés et d'adapter leurs prescriptions ainsi que d'interpréter les tests de diagnostic et de faire le nécessaire pour ce dernier (p.7).

En se référant au continuum décrit par Bryant-Lukosius, les auteurs ajoutent que même si les ICS orientent leur rôle vers le développement du système de soin et sur les directives à l'égard des pairs dans une spécialité et que les IP orientent le leur vers une pratique médicale, le passage d'un rôle à l'autre reste flexible dans la pratique. Ainsi, dans le tableau la ligne blanche pointillée délimite le champ des activités médicales traditionnelles (p.7).

### **3.3 Modèle de Pratique Professionnelle de l'Hôpital du Valais**

Sur son site internet, <http://www.hopitalduvalais.ch/fr/lhopital-du-valais/portrait.html>, l'Hôpital du Valais (HVS) se présente comme une entreprise autonome de soins, de formation, de recherche, au service de ses patients et engagée dans l'amélioration continue de la qualité. Il affirme sa présence sur tout le territoire cantonal dont il est le



principal employeur avec près de 5000 collaborateurs regroupés au sein de deux centres hospitaliers et un institut central (ICHV).

L'ICHV offre des prestations transversales à tous les secteurs et sites de l'HVS notamment en médecine de laboratoire et en pharmacie. Les deux centres hospitaliers représentent les deux régions linguistiques du canton du Valais : le Spitalzentrum Oberwallis (SZO) pour la région germanophone avec les hôpitaux de Brigue et Viège et le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) pour la région francophone. Ce dernier regroupe sept structures : les hôpitaux de Sion, de Sierre et de Martigny, les cliniques de Saint-Amé à Saint-Maurice et de Sainte-Claire à Sierre, le Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) à Montana et un département de psychiatrie et psychothérapie à l'hôpital de Malévoz à Monthey.

D'après les rédacteurs du site, l'HVS propose, à quelques rares exceptions, des prestations dans tous les domaines de la médecine moderne dans les soins somatiques aigus et non aigus, la psychiatrie et l'analyse de laboratoire. Ils rajoutent que près de quarante conventions et accords de collaboration ont été conclus avec le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et l'Hôpital de l'Île à Berne. L'HVS a de plus été sélectionné en 2011 comme l'un des douze hôpitaux pour le traitement des blessés graves en Suisse.

En matière de philosophie de soins, l'HVS présente, lors de son premier symposium des soins en septembre 2013, son Modèle de Pratique Professionnelle (MPP). En préambule, son directeur général, le Prof. Eric Bonvin déclare que ce document s'inscrit clairement dans le Projet d'établissement de l'Hôpital du Valais en visant à faire émerger la dimension humaine du soin. D'après lui, le MPP rejoint en cela les réflexions et les travaux d'instances nationales des professions médicales et soignantes, dans la perspective d'une médecine durable pour le XXI<sup>e</sup> siècle, qui ont conclu à la nécessité d'une nouvelle culture de soins capable d'assumer, à part égale, la qualité du soin apporté à la personne qui endure la souffrance (care) et la performance des compétences et des moyens thérapeutiques (cure) (p.5).

Après avoir pensé différents projets lors de « World Café » regroupant diverses compétences de l'HVS telles que gestion, clinique, formation et informatique, les auteurs exposent les actions issues du MPP sous forme de thématiques :

**« La singularité de l'échange entre le professionnel soignant et la personne soignée est un élément constitutif de notre institution »**

Pour les auteurs, un accent particulier sera mis sur l'accueil des patients avec pour chaque entrée un assessment complet comprenant :

- Un infirmier référent garant d'un accueil adéquat et personnalisé et d'une anamnèse complète et adaptée à la discipline.
- Une évaluation des besoins et de l'implication du patient et de son entourage.
- Une évaluation des risques de chutes, d'escarres, de l'état nutritionnel, des évènements d'agressivité, de la désorientation et de la démence.
- Les spécificités des disciplines se retrouvent dans les grilles d'anamnèse et/ou d'échelles.
- La favorisation de l'implication des patients lors des différentes étapes du séjour.
- Une formation spécifique pour soutenir les efforts en termes d'accueil (p.24).

**« L'environnement de travail est favorable aux pratiques de soins »**

Ce thème se décline en plusieurs points. Le premier est le développement d'un climat de sécurité avec la mise en place de :

- Un système de déclaration d'évènement.
- Un dispositif d'identification des patients renforcé.
- L'implication des patients dans la gestion des risques (p.26).

Le deuxième, les pratiques professionnelles sont, d'après les auteurs, influencées par le MPP, le skill & grade mix, la dotation de personnel et la qualité de l'environnement de travail :

- La règle des 80/20 qui implique le 80% du temps des soignants est dédiée à des activités à valeur ajoutée pour le patient.
- L'initiation d'un processus de négociation de mise en adéquation de la dotation avec l'activité. La dotation en personnel et les compétences du personnel doivent suivre le développement.
- La mise sur pied d'initiative de ressourcement et de supervision avec pour intention de créer des espaces pour s'interroger et réfléchir sur la pratique.
- Le positionnement de la direction des soins pour le binôme infirmière HES-Assistante en soins et santé communautaire(ASSC).
- La mise en œuvre du processus d'accréditation «Magnet Hospital ».

- La contribution active à l'élaboration de business plans relatifs au développement des activités médicales, afin de garantir la prise en considération des aspects organisationnels, la dotation en personnel soignant et l'association aux projets de transformation du plateau technique (p.26).

Le troisième point issu de cette deuxième thématique est la structure d'encadrement de référence. Pour les auteurs, il s'agit de :

- Considérer le responsable de l'unité comme un architecte. Il doit conduire son équipe, évaluer et faire évoluer les pratiques, garantir le développement professionnel ainsi que mettre en adéquation son organisation et les compétences spécifiques de l'équipe (Certificate of Advanced Studies, Diploma of Advanced Studies et Master of Advanced Studies) avec les besoins de la population soignée.
- La clarification du statut des membres de la structure d'encadrement, en l'occurrence la classe salariale et le cursus de formation attendu.
- La préconisation du leadership transformationnel tel que décrit dans les concepts de « Magnet Hospital ».
- Le travail actif à la relève en repérant les talents et en leur offrant une formation in situ.
- L'utilisation des principes de collaboration interprofessionnelle, des méthodologies « skill & grade mix » ainsi que de la délégation pour la configuration des équipes dont la détermination du nombre de CAS, DAS, etc.
- L'initiation d'un travail d'ajustement organisationnel par la nouvelle gouvernance avec pour objectif d'aller vers dix départements qui impliquera un accompagnement des individus et des équipes (p.26-27).

#### **« La documentation comme vecteur de professionnalisation »**

Pour les auteurs la mise à jour du dossier de soins est bien plus qu'un upgrade informatique. A travers le MPP, ils proposent :

- L'élaboration d'un plan d'accompagnement sur mesure par unité.
- La mise en place d'un nouveau concept de droit d'accès aux dossiers pour les collaborateurs
- Le soutien actif au projet d'informatisation du dossier de soins aux services des soins intensifs.

Les auteurs rajoutent qu'en 2013, sera évalué l'intérêt d'avoir une bibliothèque accessible à l'ensemble des collaborateurs, avec les ressources de gestion et d'orientation et comment améliorer l'accès aux revues professionnelles. Ils souhaitent, de plus, mettre en place un soutien pour la rédaction d'articles et de publications (p.29).

**« La mise en visibilité de notre activité pour façonner l'excellence »**

Les auteurs préconisent l'introduction et le renforcement des standards et des bonnes pratiques qui contribuent, selon eux, à rendre visibles les pratiques fondées sur des données probantes. Pour cela, ils recommandent :

- La mise à jour des standards en soins intégraux, gestion de la douleur, prévention des escarres, gestion des comportements violents, la démence, la nutrition, les chutes et la bientraitance.
- La mise sur pied d'une commission d'évaluation des pratiques professionnelles.

**« La mise à jour de nos pratiques, une valeur intrinsèque »**

Afin de promouvoir et faciliter la mise à jour des pratiques et l'introduction des données probantes, les auteurs souhaitent mettre en place des structures ad hoc. Ils rajoutent que cette mise à jour doit s'incarner au niveau institutionnel. Pour cela ils proposent :

- Le renforcement des standards et des bonnes pratiques qui contribuent à rendre visible les pratiques fondées sur des preuves.
- La définition de structures et d'espace qui facilitent l'introduction des données probantes.
- La mise en place de Partenariats Pratiques Académiques (PPA), qui est une mise en relation plus étroite entre la pratique clinique et la recherche.
- L'ajustement du Groupe Unification Technique de Soins (GUTS) et son opérationnalisation sur l'ensemble du Valais.

Les auteurs ajoutent que l'organisation de demain nécessitera d'autres modèles de soins et des pratiques avancées s'imposeront. Selon eux, les réalités quotidiennes sont complexes et l'actualisation des pratiques de même que la rigueur méthodologique nécessaire impliquent une formation académique. Ils rajoutent qu'une formation au niveau Master est attendue pour les fonctions cadres ainsi que pour les spécialistes cliniques. De plus, les auteurs insistent sur le fait de :

Promouvoir les « Master in Nursing Science » (MNS) ce qui signifie également de préparer la relève et soutenir l'introduction des « Advanced Nurse Practitioners » (ANP). Pour 2016 nous visons 20 MSC, 10 ANP's. (p.33)

#### **« La valeur formative du travail est mobilisatrice de savoir et de compétences »**

Pour les auteurs, soigner c'est se former et pour cela ils préconisent au niveau de la formation continue :

- La mise en visibilité de l'ensemble de l'offre de formation offerte au sein de l'HVS.
- L'harmonisation des conditions, des modalités d'accès, du circuit de validation et de la redevance.
- L'intégration par les programmes de formation des méthodologies telles que skill-labs, e-learning, simulation, autoformation ou encore apprentissage par problème.
- La poursuite du projet « skill & grade mix » pour d'une part, finaliser l'analyse et la mise en place de la proportion des secondaires et tertiaires et d'autre part, pour initier et déterminer le nombre de CAS, DAS, MAS et MSC nécessaires par département.

Pour la formation initiale, les auteurs préconisent une coordination des stages et une amélioration de la mise en visibilité de l'encadrement grâce à :

- L'élaboration d'un catalogue des places de stages optimal par unité.
- L'harmonisation du travail des praticiens formateurs (PF).
- L'augmentation du nombre des places de stage proposées aux Hautes écoles spécialisées (HES) et aux ASSC (p.34).

#### **4. Méthode**

La méthode utilisée pour répondre à la question de recherche est la revue de la littérature. Ceci dans le but de réunir des données, issues d'articles scientifiques, permettant d'élaborer une liste de recommandations portant sur la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée. Pour ce faire, les bases de données, BDSP, CINAHL, Medline, PubMed et Saphir ont été consultées à l'aide de mots-clés issus de la question spécifique de recherche.

## 4.1 Collecte des données

Les mots-clés suivant ont été introduits dans les bases de données :

- Pratique infirmière, avancée, intégration
- Advanced, nurse practice, implementation

Concernant les bases de données BDSP, Medline, PubMed et Saphir, la seule limitation utilisée a été la date de parution qui devait être comprise entre 2008 et 2013. Lors de la recherche sur CINAHL, des limitations supplémentaires ont été introduites afin d'affiner la liste de résultats. Il s'agit de l'accès à l'abstract, des articles en anglais provenant de journaux académiques dont le sujet majeur est l'advanced nursing practice. Cette recherche a révélé 148 documents.

Dans un deuxième temps, une lecture des résumés de chacun des documents a permis de sélectionner ceux qui seraient conservés pour une lecture approfondie. Cette sélection s'est faite sur la base de 2 critères d'inclusion :

- La référence explicite au thème de cette revue de la littérature.
- La démonstration de l'utilisation d'une méthode de recherche, dans le but d'écarter les papiers de discussion et autres documents ne pouvant être considérés comme des articles scientifiques.

La précédente étape a permis d'écarter 133 documents. Les 15 articles restants ont été lu de manière approfondie avec pour but, le choix final des études retenues pour analyse. Pour ce faire, toutes devaient comprendre les critères d'inclusion suivant :

- L'étude répond totalement ou partiellement à la question de recherche.
- Les auteurs sont issus du domaine infirmier.
- Les auteurs avancent une prise de position sur le plan éthique.
- Les auteurs ont fait preuve d'une méthodologie rigoureuse.
- Aucun conflit d'intérêt n'est à déplorer.

Après ce processus de recherche et de sélection (résumé dans l'annexe B), 7 articles ont été retenus pour analyse et présentés sous forme de tableau dans la prochaine section ainsi que leur niveau de preuve. Les 8 articles écartés sont présentés dans l'annexe C.

## 4.2 Niveaux de preuve

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis, en 2013, un état des lieux sur le niveau de preuve et la gradation des recommandations de bonne pratique. Elles sont classées en grade A, B ou C en fonction du niveau de preuve :

- Le grade A est fondé sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve.
- Le grade B est fondé sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve.
- Le grade C est fondé sur des études de moindre niveau de preuve.

Le tableau proposé par la HAS a donc été utilisé pour déterminer le niveau de preuve des articles retenus pour cette revue de la littérature.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

## 4.3 Articles de recherche retenus

Ce tableau présente les articles, leurs auteurs et leur date de publication ainsi que la base de données de laquelle ils sont issus et leur niveau de preuve. Les tableaux de recension de chacune des études se trouvent à l'annexe D.

<b>Numéro</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Titre</b>	<b>Base de données</b>	<b>Année</b>	<b>Niveau de preuve</b>
N°1	Currie, K., Biggam, J., Palmer, J. & Corcoran, T.	Participants' engagement with and reactions to the use of on-line action learning sets to support advanced nursing role development.	CINAHL	2012	4
N°2	Dias, M-H, Chambers-Evans, J. & Reidy, M.	The consultation component of the clinical nurse specialist role.	PubMed	2010	4
N°3	Christiansen, A., Vernon, V. & Jinks, A.	Perceptions of the benefits and challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong : a questionnaire study.	CINAHL	2012	4
N°4	Currie, K. & Grundy, M.	Building foundations for the future : the NHS Scotland advanced practice succession planning development pathway.	CINAHL	2011	4
N°5	Sangster-Gromley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B. & DiCenso, A.	Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings : an integrative review.	CINAHL	2010	4
N°6	Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L. & Doran, D.	Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams	CINAHL	2011	4
N°7	DiCenso, A. & Bryant-Lukosius, D.	Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision.	Saphir	2010	4



#### 4.4 Considérations éthiques

Chaque étude retenue a obtenu l'aval du comité d'éthique de la région dans laquelle elle se déroulait. Loiselle et Profetto-McGrath donnent la définition suivante d'un tel comité :

Au Canada, nom du groupe de personnes appartenant à un organisme ou à un établissement qui se réunissent pour passer au crible les propositions d'études et les études en cours dans une optique déontologique. (p.104)

Elles énoncent, en outre, les huit principes directeurs en matière de déontologie émis par l'Enoncé de politique des trois Conseils de 1998 :

- **Le respect de la dignité humaine** qui comprend le droit de disposer de soi-même, c'est-à-dire d'accepter ou non de participer à l'étude et de s'en retirer et le droit à une information complète qui signifie que le chercheur a décrit sa nature dans sa totalité, qu'il a informé le participant de son droit de refuser et qu'il a exposé les responsabilités du chercheur (p.93).
- **Le respect du consentement libre et éclairé**, qui découle du respect de la dignité humaine, signifie que les participants ont reçu une information adéquate sur la recherche, qu'ils comprennent cette information et qu'ils ont la possibilité de choisir librement (p.94).
- **Le respect des personnes vulnérables** qui sont des sujets dont les droits doivent faire l'objet d'une protection particulière pendant les études, en raison de leur incapacité à donner un consentement éclairé ou parce que les circonstances les mettent dans une situation avec plus de risques d'effets indésirables (p.95).
- **Le respect de la vie privée et des renseignements personnels** qui se traduit par le droit à la confidentialité, qui est un mécanisme de protection faisant en sorte que l'identité d'un participant ne puisse être liée à l'information fournie et qu'elle ne puisse être rendue publique (p.95-96).
- **Le respect de la justice et du principe d'inclusion.** La sélection des participants doit se faire selon les exigences de la recherche et non en fonction de leur vulnérabilité. Le principe de justice impose que les personnes vulnérables ne soient pas exploitées sous prétexte de faire avancer les connaissances. De plus, les principes de justice distributive font que les chercheurs doivent tenir compte des personnes et des groupes qui pourraient bénéficier des progrès de la recherche. Ainsi, ils n'excluront pas de participants pour des raisons liées à la culture, la religion, la race, l'aptitude mentale ou physique, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, le sexe ou l'âge (p.96).

- **L'équilibre des avantages et des inconvénients** qui se traduit, lors d'une étude, par le fait que les inconvénients prévisibles ne devraient pas être plus importants que les avantages attendus (p.96).

## 5. Analyse des données

Les études sélectionnées ont été analysées, d'une part, de manière descriptive afin de cerner le contexte de la recherche et de faire émerger des thèmes influant sur l'introduction de la pratique infirmière avancée et, d'autre part, de manière critique afin d'évaluer leur validité méthodologique. Cette analyse critique s'est faite sur la base de l'ouvrage de Loiselle et Profetto-McGrath : Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives.

### 5.1 Etude n°1

**Currie, K., Biggam, J., Palmer, J. & Corcoran, T. (2012). Participants' engagement with and reactions to the use of on-line action learning sets to support advanced nursing role development. *Nurse Education Today*, 32, 267-272.**

Le but de cette étude mixte est d'évaluer l'impact de l'utilisation de l'Action Learning Sets (ALS) on-line dans le cadre de la « Voie » de développement de la pratique infirmière avancée en Ecosse initiée en 2007.

Les auteurs rappellent que la mise en œuvre des rôles de la pratique infirmière avancée au Royaume-Uni a été largement opportuniste, sans approche systématique ni planification durable de son développement. Les principaux obstacles relevés par Currie et al. en 2010 ont été la variété des milieux professionnels, la dispersion géographique et les contraintes en temps et en argent. D'après les auteurs, l'Advanced Practice Succession Planning Development Pathway, « la Voie », initiée par National Health System of Scotland, fournit une approche souple et durable pour soutenir le développement de la pratique avancée.

Cette recherche s'intéresse à un des éléments clés de cette « Voie », les Action Learning Sets on-line (ALS) ou groupe d'apprentissage par l'action en ligne. Les auteurs donnent la définition émise par McGill et Brockbank en 2004 de l'apprentissage par l'action. Cela consiste en un processus continu d'apprentissage et de réflexion, soutenu par un groupe de pairs travaillant sur des situations réelles avec l'intention de réaliser quelque chose de concret.

Ils ajoutent que les ALS doivent mettre l'accent sur l'apprentissage à travers un réseau formel de partage d'expériences et de réflexions personnelles et ne sont pas là pour donner des réponses toutes faites à des difficultés rencontrées sur le terrain.

Les principales activités des ALS tournent autour du droit de chaque participant à un temps de parole afin de présenter des problématiques au reste du groupe. D'après les auteurs, à travers ce processus de sondage en profondeur encouragé par les pairs et renforcé par les réflexions sur les actions à tenir face à ces problématiques, le développement personnel autant que professionnel peut avoir lieu.

Currie et al. soulignent que le choix d'ALS en ligne pour ce projet est dû aux difficultés relatées plus haut, inhérentes au contexte écossais et espèrent que la souplesse offerte par ce moyen permettra de les surmonter. En tout six ALS ont été conduits durant l'étude et ont porté sur des thèmes variés comme par exemple le jugement clinique, le leadership, la recherche basée sur des preuves ou encore la pratique autonome.

Les chercheurs ont été chargés d'évaluer la « Voie » en rencontrant les personnes et en identifiant les besoins relatifs au développement de la pratique avancée. Ainsi cet article présente un des éléments de cette évaluation, l'engagement des participants et leurs réactions face à l'ALS en ligne. Pour ce faire, les chercheurs ont opté pour un type d'étude mixte comprenant une enquête de cohorte et des entretiens approfondis afin d'obtenir un éventail de données qualitatives et quantitatives.

Afin de mener ce travail, Currie et al. ont utilisé trois mécanismes : une enquête finale sous forme de questionnaire traitant de l'ALS et d'autres éléments de la « Voie », une enquête d'évaluation, aussi sous forme de questionnaire, portant sur l'ALS uniquement et une série d'entretiens axés sur l'impact de l'ALS en comparaison avec d'autres aspects de la « Voie ».

Un échantillon de quinze professionnels ont été recrutés, tous étaient diplômés et deux d'entre eux en possession d'un Master. Ils provenaient de toute l'Ecosse et représentaient autant le milieu urbain que rural. Tous ont répondu à l'enquête finale, douze ont complété le questionnaire d'évaluation de l'ALS et sept d'entre eux ont participé aux entretiens.

Au niveau de l'analyse des données, un comptage des réponses, agrémenté de commentaires ouverts a été effectué pour chaque enquête. Les auteurs stipulent que les entretiens ont été analysés selon la procédure édictée par Braun et Clarke en 2006. Afin d'assurer la précision et la rigueur, un second chercheur a traité les données indépendamment et approuvé les thèmes émergents.

Les auteurs affirment que tous les efforts ont été entrepris pour maintenir la confidentialité des participants. Ils ajoutent que cette recherche a été examinée et approuvée par l'University School of Health Ethics Committee.

Les aspects positifs de l'ALS qui ressortent de cette étude sont : L'opportunité de partager des expériences, le fait de pouvoir se connecter ou se déconnecter selon les besoins, la nécessité de clarifier ses commentaires avant de les poster sur le forum et la possibilité d'imprimer les discussions. Les auteurs relèvent, de plus, le potentiel bénéfique de l'utilisation d'internet qui tend à combler les distances géographiques.

Le principal aspect négatif relevé par Currie et al. a été le peu de cohésion du groupe et par là un manque d'engagement dans le processus. Certains participants avancent que cela serait dû au fait qu'ils ne se connaissent pas et recommandent la mise en place de sessions en face-à-face durant le processus.

Un autre point négatif rencontré est la compréhension de la nature même de l'ALS. Pour certains participants ayant déjà l'expérience de ce genre d'outil, l'ALS était plus un forum de discussion qu'une réelle arène dévolue à la résolution de problème. D'après les auteurs, cela peut avoir une répercussion sur l'engagement des participants, ils affirment que cette difficulté a été décrite dans la littérature.

En conclusion, Currie et al. affirment que l'ALS en ligne, dans le cadre du développement de la pratique infirmière avancée, démontre certains mérites. En particulier à travers le fait de permettre aux participants de **garder un contact avec leurs pairs** et en leur offrant la possibilité de partager leurs expériences et ainsi d'apprendre les uns des autres.

Ils recommandent tout de même pour les prochaines sessions d'ALS d'assurer la clarté des attentes quant à la nature et aux buts de tels apprentissages. Ils conseillent, de plus, de trouver des moyens pour permettre aux participants de contribuer plus efficacement au travail de groupe.

### **5.1.1 Analyse critique**

Malgré le fait que le devis de recherche ne soit pas divulgué et qu'il n'y ait pas de question spécifique, la problématique est suffisamment claire pour comprendre la démarche des auteurs. Cette problématique touche la discipline infirmière et s'appuie sur de nombreux écrits en lien avec le sujet de l'étude, ce qui permet de découvrir un cadre conceptuel complet et adéquat. L'échantillon est décrit dans les détails et les questions auxquelles les participants ont répondu sont mentionnées sous forme de tableaux. De plus, plusieurs méthodes, expliquées de manière claire et complète, ont

été utilisées lors de la récolte des données ce qui tend à améliorer le sérieux des résultats.

Les auteurs ne mentionnent pas d'enregistrement ni de retranscription pour garantir l'exactitude des données recueillies. En outre, les techniques d'analyse sont uniquement mentionnées et pas explicitées. Cependant les résultats et conclusions semblent crédibles. Ils sont mis en lien avec la littérature et tiennent compte de leur transférabilité. Enfin les auteurs mettent en avant les limites de leur travail et donnent des pistes pour des recherches ultérieures.

## 5.2 Etude n°2

**Dias, M-H, Chambers-Evans, J. & Reidy, M. (2010). The consultation component of the clinical nurse specialist role. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42 (2), 92-104.**

Le but de cette étude qualitative de type descriptive est de définir le rôle de consultation, selon le modèle de Barron et White de 2009, de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) auprès d'une population adulte dans un hôpital universitaire. Pour cela les auteurs se sont basés sur quatre questions de recherche :

- Quels sont les buts et objectifs du volet consultation du rôle des ICS ?
- Comment décrivent les ICS le processus de consultation ?
- Quels sont les facilitateurs et les barrières contextuels qui influencent le volet consultation du rôle des ICS ?
- Quelles sont les caractéristiques de l'ICS et de celui qui sollicite une consultation dont il faut tenir compte afin que la consultation soit efficace?

En premier lieu, Dias et al. rappellent en citant la Canadian Nurse Association (CNA) que les ICS forment un des deux pôles de la pratique infirmière avancée et que cette même CNA a pris position en 2009 en définissant les ICS comme des infirmiers qui détiennent le degré Master ou doctorat en soins infirmiers, qui ont une expertise dans une spécialité clinique, qui promeuvent l'excellence de la pratique infirmière et qui servent de modèles et de défenseurs des soins infirmiers en fournissant le leadership et en agissant comme cliniciens, chercheurs, consultants et éducateurs.

Malgré cela et malgré la longue histoire que le Canada entretient avec les ICS, les auteurs soulignent que les ICS luttent pour la mise en œuvre de leur rôle. Ils s'appuient sur les études de Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne et Pinelli en 2004, de Lloyd et Jones en 2005 ou encore Pauly et al. en 2004 pour affirmer que le flou qui entoure le

rôle, les lacunes dans l'établissement d'objectifs pour les ICS, l'incompréhension du rôle des ICS par les autres professionnels de la santé et l'insuffisance du soutien institutionnel, a contribué à entretenir l'ambiguïté autour du rôle des ICS.

Pour Dias et al. la compétence de consultation étaye la capacité d'introduire des changements et améliore les pratiques et le travail dans un cadre interdisciplinaire. Ainsi, d'après eux, il est essentiel d'approfondir la compréhension de ce volet du rôle d'ICS et des facteurs qui peuvent faciliter ou inhiber son adoption.

Pour ce faire, les auteurs ont effectué des entretiens individuels semi-structurés, chacun étant enregistré et d'une durée variant de 60 à 90 minutes, dans le cadre d'un hôpital universitaire. Après avoir obtenu l'aval du Research Ethics Board, une lettre a été envoyée aux personnes remplissant les critères émis par les chercheurs, à savoir, la possession du Master, au minimum cinq années d'expérience en tant qu'ICS et travaillant avec une population adulte. Huit personnes sur les seize répondant à ces critères d'inclusion ont accepté de participer à l'étude. Toutes étaient des femmes âgées de 41 à 60 ans provenant de spécialités diverses telles que médecine, chirurgie, oncologie ou encore santé mentale.

Pour assurer la rigueur de leur étude, les chercheurs ont codé indépendamment les entretiens et validé ensemble les thèmes émergeant de part et d'autre. Afin d'assurer la crédibilité de leurs résultats, les thèmes ont ensuite été validés par un expert au sujet du rôle des ICS. De plus, un journal de bord a été tenu, décrivant le processus de recherche et documentant les décisions prises tout au long de l'étude. Les auteurs ajoutent que les nouvelles données ont été comparées et examinées durant tout le processus assurant ainsi une complète compréhension du phénomène.

Les auteurs de l'étude relèvent quatre facilitateurs : le support administratif, l'influence de précédents ICS, les modèles et le soutien des pairs. En termes de modèle, il est intéressant de relever les propos de l'une des participantes. Pour elle, avoir accès à des personnes ayant l'expérience quant aux rôles des ICS est vraiment aidant lorsqu'il s'agit de développer sa propre version du rôle. Elle rajoute qu'il devrait être difficile d'être le premier ICS car cela reviendrait à naviguer à l'aveugle.

Une difficulté relevée a été la question des conflits interpersonnels. Ceux-ci émergent, d'après les auteurs, lorsqu'il y a des différences d'opinion entre l'ICS et les autres professionnels de santé, exemple, un désaccord entre une ICS et un médecin lorsqu'il s'agit de mettre en place le meilleur plan de soins possible. Une autre difficulté relevée : les lacunes en termes de recherche. Cela se traduit, d'après les participantes, par le

sentiment d'être inadéquatement préparées aux activités académiques telles qu'enseigner ou conseiller les étudiants.

En conclusion, Dias et al. affirment que le rôle des ICS est formé par la compréhension de la pratique infirmière avancée, l'enseignement supérieur, les attentes organisationnelles et l'expertise dans une spécialité clinique. Pour eux, en partageant leur savoir à travers les consultations, les ICS accroissent les connaissances en soins infirmiers et effectuent des changements se traduisant par l'amélioration de la pratique infirmière, de la qualité des soins et des résultats en matière de santé.

Les auteurs mettent en avant que les participants à l'étude trouvent leur rôle ambigu à plusieurs niveaux. Malgré les efforts pour le clarifier, il a été constaté que les personnes ne savaient souvent pas quand consulter à cause du décalage constant dans les rôles et les attentes. D'après les chercheurs, ces facteurs sont conformes à ceux retrouvés dans la littérature au sujet du flou et de l'invisibilité entourant le travail des ICS. Cependant ils affirment que, conscientes de ce que leur rôle implique et sachant que cette ambiguïté provient de l'évolution des attentes de leur rôle en réponse à un environnement en mouvement, les participantes ont développé deux stratégies : la clarification du rôle et la pratique réflexive. Ils définissent la première comme une réponse délibérée aux lacunes des autres professionnels de santé au sujet de la compréhension du dit rôle et au manque de clarté en regard de leurs compétences en matière de consultation et de leurs objectifs. Quant à la pratique réflexive, les participantes ont estimé qu'elle était le moyen de se développer professionnellement et de résoudre les problèmes efficacement. Elles relèvent de plus, que le soutien des pairs était un facteur important et que le partage d'expérience était un élément enrichissant.

Dias et al. concluent qu'afin de promouvoir la valeur des ICS dans le système de santé, **leurs rôles doivent être bien définis** et compris et que **le soutien administratif** est crucial dans sa mise en œuvre et son développement. **Le mentorat** est essentiel au développement du volet consultation et la pratique réflexive apparaît être une approche intéressante pour améliorer la pratique et fournir du soutien. Enfin, ils préconisent **que la recherche** doit prendre une place plus importante dans les milieux universitaires et dans les organisations de soins, en particulier si les ICS sont appelés à jouer un rôle dans l'expansion des sciences infirmières.

### 5.2.1 Analyse critique

En ce qui concerne la validité de cet article, il est à relever que le contexte et la problématique sont amenés en se basant sur une littérature riche et récente. Le cadre conceptuel qui en découle est dès lors bien argumenté et facilement identifiable. En

outre, les questions de recherche sont clairement formulées ce qui facilite la compréhension des intentions des auteurs. De plus, le devis de recherche est distinctement formulé et argumenté.

Les auteurs ont décrit le contexte de leurs travaux et l'échantillon étudié dans les détails. La rigueur est maintenue par le fait d'avoir enregistré et retranscrit les entretiens. Ces retranscriptions ont, de plus, été soumises à l'approbation de plusieurs participants. Par contre une seule méthode de collecte des données a été utilisée.

Les thèmes émergents et les résultats ont été soumis à l'aval d'un expert du domaine étudié et ont été mis en lien avec la littérature et le cadre conceptuel. Les auteurs ont ainsi pu démontrer le bienfondé et la pertinence de leurs résultats dans un contexte social et professionnel.

### 5.3 Etude n° 3

**Christiansen, A., Vernon, V. & Jinks, A. (2012). Perceptions of the benefits and challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong : a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing* 22, 1173-1181.**

Dans cette étude qualitative, Christiansen et al. présentent tout d'abord le contexte qui a permis à la pratique infirmière avancée de se développer à Hong Kong. En se basant sur les travaux de Truscott en 2007 ou de Sheer et Wong en 2008, les auteurs expliquent que ce développement est dû aux changements démographiques et aux subséquents besoins en soins de santé à long terme avec un facteur particulièrement préoccupant qui est l'accroissement de la population âgée. Ils ajoutent que selon Sullivan et al. en 2010, les besoins spécifiques en prestation de soins de santé dans les zones rurales et peu desservies ont aussi contribué à l'émergence de la pratique avancée, ainsi que la pénurie persistante de médecins dans certains champs de pratique (Kotzer, 2005).

L'étude s'intéresse au cas particulier des soins d'urgence en dehors des heures de consultation. Les auteurs expliquent que Hong Kong a planifié l'introduction des soins dirigés par du personnel infirmier en dehors des heures en réponse aux changements d'horaires des médecins assistants et au désir de développer plus avant les rôles de la pratique infirmière avancée. Christiansen et al. rappellent de plus, qu'au Royaume-Uni, cette situation a permis l'expansion de la pratique infirmière avancée dans le rôle de substitution. L'European Working Time Directive de 2003 en a été le catalyseur, dans le but de préserver la santé des médecins assistants confrontés à des heures de travail excessives et ainsi d'assurer la qualité des soins.



Une université anglaise a été invitée par la Hong Kong Health Authority afin de participer à des ateliers ayant pour but d'explorer l'expérience britannique dans la mise en œuvre du concept « Hôpital la nuit » développé pour faire face à ces problématiques. Cette étude ne fait pas partie du programme, mais la situation a donné aux auteurs une occasion unique d'avoir accès à un nombre élevé d'infirmiers en pratique avancée basés à Hong Kong.

L'étude initiale comprend deux volets. Le premier a pour but de prélever des données quantitatives. Le deuxième, sous forme de questions ouvertes jointes au formulaire distribué à l'échantillon, fournit des données qualitatives. En raison du grand nombre d'éléments qualitatifs obtenus et afin de rendre justice tant à l'analyse qualitative que quantitative, les auteurs ont décidé de rapporter les résultats quantitatifs dans une autre publication.

Les questionnaires ont été distribués à la fin de chacun des trois ateliers. Il a été souligné que cette recherche ne faisait pas partie du programme et qu'il n'y aurait aucune conséquence négative si quelqu'un souhaitait s'y soustraire. Le cent pour cent des participants a accepté, soit 120 personnes. Tous sont des infirmiers expérimentés, nommés en pratique avancée ou sur le point de l'être ayant reçu une formation advanced life support. La plupart ont le degré master et occupe une position managériale ou clinique dans divers types de spécialités.

L'approbation éthique a été obtenue auprès de la Hong Kong Health Authority ainsi qu'au Royaume-Uni. Les auteurs affirment que les principes d'anonymat et de confidentialité ont été respectés tout au long de l'étude.

Au final 115 personnes interrogées ont fait 472 différents commentaires, 5 participants n'ayant fait aucun commentaire écrit. Les sujets révélés ont été examinés selon la méthode d'analyse thématique décrite par Burnard en 1991 et en 1996. Deux auteurs ont, indépendamment, lu et regroupé les sujets pour constituer des catégories qui ont elles même été regroupées pour former des thèmes.

A la question : « Quels sont les défis associés au développement du rôle de l'infirmier en pratique avancée ? » les chercheurs ont fait émerger 6 thèmes classés dans un ordre décroissant en rapport avec le nombre de réponses y ayant trait.

1. L'acceptation du rôle (n=95) par les médecins, le public et les autres infirmiers.
2. La mise en œuvre du rôle (n=65) influencée par le support des gestionnaires, l'uniformisation du rôle et des protocoles et les difficultés dues au changement.

3. L'éducation (n=19) ressentie comme inadéquate par certains avec des processus d'accréditation des compétences mal développés.
4. Les lacunes personnelles (n=3).
5. Les conséquences légales et éthiques (n=2).
6. Le futur du rôle d'infirmier en pratique avancée (n=2).

Les auteurs relèvent que les trois principaux thèmes se revoient également dans la littérature internationale et que les défis auxquels doivent faire face les infirmiers en pratique avancée à Hong Kong se retrouvent dans bien d'autres pays. En conclusion, ils affirment que **les standards d'éducation** et une identification claire des champs d'application et des normes de pratique, en termes de pratique infirmière avancée, sont des défis qui doivent être abordés par les systèmes de santé partout dans le monde. Il en va de même pour les oppositions découlant du manque de **compréhension du rôle** provenant aussi bien des pairs que des autres professionnels, mais aussi du public en général.

### 5.3.1 Analyse critique

La problématique est clairement définie en se basant sur une documentation très proche du contexte étudié. Cependant, le fait que cette recherche ait été initiée parce que les circonstances s'y prêtaient plutôt que sur la base d'une problématique rencontrée par les chercheurs ayant fait une réflexion sérieuse au préalable, tend à jeter un flou sur les motivations réelles des auteurs.

Le cadre conceptuel ne ressort pas clairement et tend à se référer plus au contexte de l'étude qu'à une réelle base philosophique. Cependant, la question de recherche permet de cerner le but que souhaitent atteindre les chercheuses. Le devis de recherche n'est pas clairement exprimé, les auteures déclarent, uniquement, avoir utilisé une méthode qualitative à l'aide de questionnaire.

Cependant l'opportunité qu'ont saisie les auteurs pour mener cette recherche a permis l'accès à un échantillon très large. Celui-ci n'est par contre pas décrit en détail, ce qui tend à discréditer une partie des résultats, en particulier le thème portant sur le niveau d'éducation.

La collecte des données s'est faite par l'entremise de deux méthodes, l'une qualitative et l'autre quantitative mais les auteurs ont choisi de diffuser les résultats de chacune séparément en lieu et place de procéder à une triangulation des thèmes émergents pour leur donner plus de poids. La collecte des données décrite de manière adéquate

démontre que les auteurs ont mené une réflexion quant à la meilleure façon de procéder dans ce contexte particulier. Ils reconnaissent tout de même, en abordant les limitations de leur travail, que certains participants aient pu se sentir obligés de répondre aux questionnaires malgré les précautions entreprises en termes d'éthiques.

L'analyse a été menée par plusieurs auteurs séparément. Les thèmes discutés et rassemblés ont été clairement formulés et présentés sous forme de tableaux amenant de la clarté et facilitant la compréhension. Les résultats ont été mis en lien avec la littérature internationale traitant du sujet et le contexte professionnel ce qui amène les auteurs à démontrer la transférabilité de leur conclusion et de leurs recommandations.

Les auteurs reconnaissent des limitations similaires à celles qui émergent de cette analyse, principalement dues au contexte atypique de l'étude. Cependant les résultats tendent à être crédibilisés par le fait qu'ils trouvent leur pendant dans la littérature internationale.

#### **5.4 Etude n°4**

**Currie, K. & Grundy, M. (2011). Building foundations for the future : the NHS Scotland advanced practice succession planning development pathway. *Journal of Nursing Management*, 19, 933-942.**

Cette étude mixte, dont la collecte des données s'effectue entre septembre 2008 et mars 2010 en Ecosse, a pour but de mettre en évidence les conséquences, pour les cadres, de la mise en œuvre d'un programme de développement national de la pratique infirmière avancée.

Currie et Grundy rappellent que les rôles de la pratique infirmière avancée à travers le monde existent depuis plusieurs décennies et qu'historiquement, au Royaume-Uni comme ailleurs, ces rôles ont été développés de manière opportuniste et fragmentée. Cependant, les auteures affirment que depuis quelques années, le profil de la pratique infirmière avancée a été significativement amélioré grâce à la reconnaissance de l'importance de tels postes au sein du système de santé national.

Pour elles, il est de ce fait crucial de promouvoir une approche plus systématique pour définir la pratique avancée et soutenir le développement des rôles. Elles synthétisent en déclarant qu'il existe une reconnaissance croissante du fait que le succès de l'introduction des rôles de la pratique infirmière avancée requiert une planification rigoureuse, un soutien organisationnel, un engagement de toutes les parties prenantes et un état d'esprit positif pour surmonter les barrières lors de la mise en œuvre.

Currie et Grundy expliquent que le cadre du programme de développement consiste en quatre composantes interdépendantes :

1. Les thèmes généraux comprenant :
  - La pratique clinique
  - Le leadership
  - La recherche
  - La facilitation à l'apprentissage
2. Les principes sous-jacents (qualités de la pratique avancée)
  - La pratique autonome
  - La pensée critique
  - Le haut niveau de prise de décision
  - La résolution de problèmes
  - Les soins fondés sur des valeurs
  - L'amélioration de la pratique
3. Les mécanismes de soutien centraux
  - Les infrastructures organisationnelles
  - Le mentorat
  - Les apprentissages par l'action
4. Les solutions éducatives
  - Le travail de base individuel
  - La formation académique
  - Le développement personnalisé

Une commission externe s'est chargée de faire une évaluation de l'impact du programme de développement depuis son introduction en 2008. Le but de la présente étude est de discuter des conséquences de la mise en œuvre du programme pour les gestionnaires. Les chercheuses se sont penchées sur trois aspects significatifs ressortant de l'évaluation principale et représentant des défis pour les cadres : la planification afin de répondre aux besoins des services, le maintien du soutien organisationnel et le financement du personnel avec des rôles de pratique avancée.

Currie et Grundy ont utilisé plusieurs méthodes pour la collecte des données. Premièrement, des entretiens téléphoniques semi-structurés ont été réalisés avec des cadres. Puis, afin de recueillir des données quantitatives, les chercheuses ont distribué,

via e-mail, des questionnaires, type échelle de Likert, à des participants au programme de développement ayant un rôle de pratique avancée. Pour finir, afin de compléter les données qualitatives, des entretiens semi-structurés ont été conduits en présence de certains participants ainsi que de leurs supérieurs hiérarchiques.

Les auteures affirment que leur travail a été approuvé par un comité d'éthique et que les consentements écrits ainsi que la permission des directions des soins ont été obtenus. Elles ajoutent que le principe de confidentialité a été garanti.

L'échantillon se compose de 15 praticiens et de 7 supérieurs hiérarchiques, sélectionnés pour représenter une grande distribution géographique ainsi qu'une large diversité clinique. Parmi les 15 participants au programme de développement, 2 sont chefs d'équipe de santé communautaire, 1 est chef de projet en santé communautaire, 2 travaillent en pédiatrie et pédopsychiatrie, 2 sont infirmiers cliniciens spécialisés (gastroentérologie et diabète), 2 sont infirmiers praticiens spécialisés en soins palliatifs, 3 sont infirmiers spécialisés en soins aigus, 1 est infirmier avec un rôle auprès des blessés légers et 2 sont praticiens formateurs. D'après les auteures, cette variété représente la position actuelle de l'Ecosse en matière de pratique infirmière avancée qui est définie comme un niveau de pratique plutôt que par des titres ou des postes. Elles rajoutent que 6 des participants avaient déjà un rôle de pratique avancée avant d'intégrer le programme, 3 étaient en cours de préparation pour leur nouveau rôle et 6 présentaient des éléments de pratique autonome dans leur rôle actuel et avaient intégré le programme dans le but d'un développement futur. Tous sont diplômés avec une moyenne de 18.5 années post-diplôme, 4 en possession d'un diplôme postgrad et 2 d'un master.

Currie et Grundy expliquent que l'analyse thématique décrite par Braun et Clarke en 2006 a été appliquée aux données qualitatives provenant des entretiens. Quant aux données quantitatives, provenant des questionnaires, elles ont été dépouillées afin de produire des statistiques descriptives entrant dans des tables de fréquence. Les données ainsi obtenues ont été mélangées durant l'interprétation finale des résultats. Les auteurs stipulent que la rigueur a été maintenue en retranscrivant entièrement les entretiens qualitatifs. De plus, deux chercheurs ont indépendamment vérifié les analyses thématiques et les statistiques descriptives pour assurer leur exactitude.

Cette méthode a permis aux auteures de relever trois points saillants, relevant du rôle tenu par les cadres des systèmes de soins, quant à la planification de la relève en pratique infirmière avancée.

Premièrement les cadres doivent s'assurer que les postes occupés par les infirmiers en pratique avancée sont **clairement reliés et justifiés** par rapport aux besoins du service. Pour cela Currie et Grundy préconisent l'utilisation d'outils d'analyse des besoins spécifiques à chaque service. Elles ajoutent que cette approche requiert des gestionnaires de prendre en compte les ressources ainsi que les besoins en termes de formation et de développement pour chaque poste et que cela implique donc qu'une analyse de rentabilité soit mise sur pied.

Deuxièmement, les chercheuses mettent en avant que la problématique du **financement** a été soulevée autant par les participants au programme que par les cadres. Le soutien aux futurs participants du plan de développement est considéré comme potentiellement difficile en cas d'arrêt de financement du National Health System. Selon elles, pour que la continuité de la planification de la relève se poursuivre efficacement et pour que de nouvelles initiatives émergent, une réflexion doit être entamée quant à de futurs mécanismes de levée de fond ainsi que la mise sur pied d'analyses de rentabilité.

Troisièmement, Currie et Grundy affirment que le rôle principal d'un supérieur hiérarchique devrait être d'assurer un **soutien adéquat en termes de temps** mis à disposition et d'opportunité d'apprentissage pour chaque participant au programme de développement ainsi qu'à son mentor. Elles appuient que ce point doit être considéré comme partie intégrante de chaque planification de la relève dans quelque organisation de soins que ce soit.

#### **5.4.1 Analyse critique**

La problématique soulevée par cet article est clairement mise en avant et argumentée à l'aide d'une littérature riche et récente qui a permis aux auteurs de jeter des bases solides pour leur étude. Le cadre théorique utilisé est bien mis en évidence et résumé sous forme de tableau, ce qui facilite sa compréhension. Les auteures n'ont pas énoncé de question de recherche. Cependant, le but qu'elles ont cherché à atteindre est distinctement affiché.

La méthode choisie pour mener cette enquête est décrite et argumentée en détail. Les chercheuses ont, de plus, utilisé trois différentes approches pour la récolte des données qui s'est déroulée sur une quinzaine de mois et qui leur a permis d'utiliser les résultats des premières enquêtes pour façonner les outils de collecte des suivantes. La rigueur de leurs travaux a été maintenue en retranscrivant tous les entretiens et en soumettant les résultats à différents chercheurs qui les ont vérifiés indépendamment.

La technique d'analyse des données est nommée mais pas suffisamment développée. Les auteurs précisent tout de même que lors de l'interprétation finale, les résultats issus des diverses méthodes ont été rassemblés puis réunis ce qui a leur a permis de formuler une liste de thèmes clairs et concis.

Ces thèmes ont été reliés avec une littérature récente, en lien avec le sujet de l'étude. Les auteurs ont ainsi pu édicter des recommandations transférables dans divers systèmes de soins. Enfin, les limitations évoquées par les chercheuses n'enlèvent en rien les sentiments de crédibilité et d'authenticité éprouvés à la lecture de cet article.

## **5.5 Etude n°5**

**Sangster-Gromley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B. & DiCenso, A. (2010). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings : an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67, (6), 1178-1190.**

Cette revue intégrative de la littérature de l'expérience canadienne a pour but d'identifier les facteurs influençant la mise en œuvre des rôles des infirmiers praticiens et de documenter une théorie sur leur développement.

Sangster-Gormley et al. expliquent qu'au Canada il existe deux types d'infirmiers en pratique avancée, les infirmiers cliniciens spécialisés et les infirmiers praticiens. Ces derniers, qui intéressent leur travail, sont apparus d'après les auteures, en 1967 afin de pratiquer dans les communautés éloignées du Nord du pays. En se basant sur plusieurs écrits, les auteures ajoutent qu'aujourd'hui, une soixantaine de pays à travers le monde utiliseraient d'une manière ou d'une autre des professionnels avec un rôle de pratique avancée.

Les chercheuses affirment qu'il n'y a pas de consensus pour définir, introduire ou mettre en œuvre cette pratique au niveau international. Pour elles, ce manque de cohérence a contribué à faire apparaître des compréhensions diverses au sujet des constituantes du rôle et par là, des difficultés dans l'établissement de pratiques exemplaires lors de la mise en œuvre des nouveaux rôles.

Le Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing Role Development, Implementation and Evaluation (PEPPA) framework, traduit par le processus participatif, basé sur les preuves et centré sur le patient pour le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des rôles de la pratique infirmière avancée est présenté par Sangster-Gormley et al. comme un des modèles utilisés pour

guider le développement et l'utilisation efficace de ces rôles dans les milieux de pratique, en particulier les étapes six, planifier des stratégies de mise en œuvre et sept, lancer le plan de mise en œuvre. Les auteures expliquent que cette sixième étape sert à identifier les structures organisationnelles nécessaires à l'introduction des rôles de la pratique infirmière avancée. Tandis que la septième, démontre que toutes les parties prenantes doivent être encouragées à suivre et surveiller cette mise en œuvre.

Toutefois, les auteures ajoutent que bien que ce cadre donne une direction et des conseils, certains aspects des étapes six et sept restent évasifs et qu'ainsi une méthode optimale pour la mise en œuvre des rôles n'a pas encore été établie. Elles affirment que l'expérience canadienne donne un aperçu de ce processus très complexe et permet l'identification de facteurs clés dont a besoin cette étude.

Pour ce faire Sangster-Gormley et al. ont procédé à une revue intégrative de la littérature. Les recherches ont été effectuées dans les bases de données suivantes : CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Source : Nursing Academic Edition, Medline, Social Science Index, PubMed, Web of Science et Psycinfo. Et les mots clés utilisés ont été : nurse practitioner, role, integration, implementation. Les auteures ont complété leurs recherches par de la littérature grise glanée au travers de thèses, de documents gouvernementaux et de sites internet d'organisations infirmières.

Les critères d'inclusion ont été : la langue anglaise, l'année de parution comprise entre janvier 1997 et juillet 2010, des recherches qualitatives et quantitatives traitant de la mise en œuvre et de l'introduction des rôles dans les soins aigus, de santé primaire et de longue durée. Les critères d'exclusion ont été : les travaux de réflexion, les articles théoriques, ainsi que les études portant sur les rôles infirmiers étendus.

Les chercheuses expliquent que sur 58 publications identifiées, 12 remplissent les critères. 5 d'entre elles se basent sur des questionnaires, 5 sur des entretiens et 2 utilisent une méthode mixte de questionnaires et d'entretiens. Les divers échantillons comprennent des infirmiers, des infirmiers praticiens, des médecins, des cadres ainsi que d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Les résultats de chaque recherche ont été analysés afin de faire ressortir les barrières et les facilitateurs quant à l'introduction du rôle. En s'appuyant sur les travaux de Miles et Huberman en 1994, les auteures ont ensuite pu identifier des thèmes qui leur ont permis de faire émerger trois concepts relatifs au processus de mise en œuvre de la pratique infirmière avancée.



## **L'implication**

Sangster-Gormley et al. le définissent comme la participation active aux premières étapes de la mise en œuvre. Pour les gestionnaires il s'agirait d'introduire les infirmiers praticiens auprès des autres professionnels et de les aider à comprendre comment ce nouveau rôle s'inscrit dans le cadre de la pratique. Ils devraient de plus être les garants de l'implication des membres de l'équipe dans le processus ainsi que de leur permettre d'exprimer leurs préoccupations au sujet de l'impact de l'établissement de ces nouveaux rôles. Pour les auteures, **l'implication de toutes les parties** prenantes permettrait une compréhension commune et une vision partagée et complètent, en s'appuyant sur les travaux de DiCenso et al. en 2003 et 2007 que cela favoriserait l'alignement du rôle des infirmiers praticiens avec les besoins des patients.

## **L'acceptation**

Ce concept est défini comme l'adhésion du rôle et la volonté des membres de **l'équipe pluridisciplinaire** à travailler avec les infirmiers praticiens. En se basant sur des études antérieures, les auteures affirment que la capacité de l'infirmier praticien à adopter toutes les dimensions du rôle est influencée par le degré d'acceptation rencontré. Elles conseillent pour cela de rester sensible à ce concept et préconisent la valorisation de l'expérience antérieure du nouveau membre de l'équipe comme stratégie d'intégration.

## **L'intention**

Ce concept se rapporte à la façon dont le rôle des infirmiers praticiens est défini ainsi qu'aux buts et aux attentes. Il permettrait de **clarifier** la façon dont les infirmiers praticiens interagissent avec les autres professionnels de la santé ainsi que les attentes de la population face à ces nouveaux rôles. Les auteures affirment que la collaboration de toute l'équipe dans la définition d'attente envers le rôle d'infirmier praticien permet à ces membres d'identifier collectivement les besoins des patients et par là, facilite la compréhension du rôle. Elles ajoutent que des intentions clairement définies aident à l'élaboration de descriptions de postes et de directives de fonctionnement d'infirmiers praticiens dans les équipes.

### **5.5.1 Analyse critique**

Le phénomène étudié par les auteures de cet article est clairement défini et argumenté grâce à une littérature riche et récente fournissant une base solide pour leur travail. Elles ne proposent pas de question de recherche mais les buts sont distinctement affichés. La méthodologie choisie pour cette étude paraît réfléchie, elle est d'ailleurs argumentée mais peu développée.

Les auteures ont nettement mentionné les bases de données utilisées mais pas les sites gouvernementaux ou professionnels. D'après elles, la littérature grise a autant d'importance que les documents publiés dans une revue intégrative, il aurait donc été intéressant de savoir où elles l'ont cherchée.

Les documents retenus pour cette étude ainsi que leurs résultats sont présentés intelligemment sous forme de tableau qui regroupe des éléments clés permettant de se faire une idée rapide du contexte étudié par chacune d'elles et des conclusions obtenues. Les auteures ne se contentent pas de cette présentation et développent chaque thème émergeant afin de formuler des concepts qui semblent réfléchis et argumentés. Un tableau résume efficacement leur démarche intellectuelle en plaçant chacun de ces concepts en relation avec les conclusions glanées dans leur revue.

Les chercheuses reconnaissent les limitations de leur travail dont le fait qu'une seule personne ait procédé à la récolte des données ce qui tend à diminuer le sentiment d'objectivité des résultats. Elles avertissent, de plus, que le choix d'étudier l'expérience canadienne en matière de la mise en œuvre du rôle d'infirmier praticien rend cette recherche potentiellement non transférable à d'autres pays.

## **5.6 Etude n°6**

**Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L. & Doran, D. (2011). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 68, (7), 1504-1515.**

Cette étude, de type qualitative descriptive, acceptée à la publication en octobre 2011 a pour but de comprendre le processus par lequel les frontières entre les professions ont glissé suite à l'introduction d'infirmiers praticiens dans un milieu soins aigus et l'impact de ce processus sur les champs de pratique ainsi que sur la capacité des équipes à prodiguer des soins aux patients.

Les auteures, Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe et Doran, rappellent que les rôles des infirmiers praticiens ont été développés dans le monde entier et que les champs de pratique des nouveaux prestataires de soins, comme ceux des prestataires établis, sont définis par les lois et les réglementations ainsi que par leur formation, leur expérience et leurs connaissances.

Elles expliquent que les infirmiers praticiens en soins aigus, un sous-groupe faisant partie de la pratique infirmière avancée, fournissent des soins médicaux et infirmiers aux patients en utilisant un champ de pratique élargi. Pour endosser leur rôle dans les

équipes de soins, ces professionnels ont dû, d'après les auteures, faire face à divers défis : un mélange de points de vue positifs et négatifs de la part des membres de l'équipe pluridisciplinaire, le chevauchement des frontières entre leurs rôles et celui des médecins et la définition d'un champ de pratique non clairement défini.

Pour Kilpatrick et al. ces frontières sont de trois ordres :

- Le premier est législatif. Les lois régulant les systèmes de soins déterminent les champs de pratique en désignant quel fournisseur de soins est autorisé à intervenir ou non.
- Le deuxième type de frontière s'étend à l'intérieur d'une profession. D'après elles, au niveau des soins, ces lignes ont été dessinées pour définir les sphères d'activité.
- Le troisième type de frontière sépare, quant à lui, les soins infirmiers des autres professions de la santé.

Pour les chercheuses, la compréhension du processus par lequel le glissement des frontières a eu lieu suite à l'introduction des infirmiers praticiens est importante car il peut affecter les champs de pratique et ainsi la capacité de l'équipe à prodiguer des soins. Elles insistent sur le fait qu'une telle étude doit être conduite dans son environnement afin de comprendre comment et pourquoi de tels phénomènes se sont déroulés au fil du temps.

Pour ce faire, Kilpatrick et al. ont étudié les services de cardiologie de 2 hôpitaux universitaires d'une province canadienne, dans lesquels des infirmiers praticiens en soins aigus ont été introduits 3 ans auparavant. Des entretiens semi-dirigés individuels ou/et en groupes ont été conduits jusqu'à l'obtention d'une saturation des données auprès de participants réunis en trois catégories : membres de l'équipe de soins infirmiers (intra-professionnelle), membres de l'équipe pluridisciplinaire (interprofessionnelle) et membres de l'équipe managériale. Les auteures ont, de plus, examiné des documents provenant des deux sites concernant l'introduction des infirmiers praticiens. Il s'agissait de papiers de types directives, rapports annuels ou encore descriptions de postes, au total 535 documents ont été scrutés.

Les chercheuses expliquent que les entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis lus à plusieurs reprises pour qu'elles puissent en appréhender le sens global. Une analyse de contenu a été utilisée afin de catégoriser les données qualitatives. Les méthodes décrites par Miles et Huberman en 1994 et Langley en 1999 ont été appliquées. D'après les auteures, elles permettent d'analyser comment les événements se sont déroulés

dans le temps pour chaque site afin de fournir une meilleure compréhension du processus.

En suivant les préceptes de Langley, Kilpatrick et al. ont documenté de la manière la plus complète possible la séquence des événements. Dans ce but, les 535 documents ont été dépouillés et ordonnés chronologiquement et par catégories. Les doublons et ceux qui se sont révélés non pertinents ont été rejetés. Au total, 170 ont été retenus et analysés afin de faire ressortir les barrières et les facilitateurs lors de l'introduction des infirmiers praticiens.

Des entretiens, les chercheuses ont fait ressortir 5 concepts clés exprimés par les participants :

- Le premier est la création d'espace pour le rôle d'infirmier praticien tant au niveau organisationnel, avec un réajustement des activités, qu'au niveau psychologique avec une acceptation de partage de certaines fonctions avec les médecins.
- Le deuxième concept est la perte de fonctions. En particulier de la part des infirmiers expérimentés auprès desquels les médecins avaient l'habitude de s'enquérir au sujet des patients, étant les seules sources d'informations essentielles.
- Le troisième concept est celui des dynamiques interpersonnelles. Les auteures relèvent certaines conduites de la part des infirmiers praticiens améliorant la dynamique d'équipe : prendre le temps d'écouter les autres, se rendre disponible, promouvoir le travail des autres prestataires, être suffisamment affirmé pour placer des limites appropriées.
- Le quatrième concept est le passage du temps. Les chercheuses relèvent qu'une prise de conscience du déplacement des frontières professionnelles demande au minimum 6 mois et que les difficultés liées à certaines activités telles que l'autorité de prescription demeurent irrésolues, trois ans après l'introduction des infirmiers praticiens.
- Le cinquième et dernier concept est la confiance. Kilpatrick et al. affirment qu'il a été relevé par tous les participants et décrit comme la clé du succès en termes de glissement des frontières professionnelles. La confiance demande du temps et que les infirmiers praticiens fassent leurs preuves, en particulier auprès des médecins. Les auteures relèvent, de plus, qu'une définition peu claire de leurs rôles rend plus difficile l'établissement de la confiance par l'équipe.

La barrière principale relevée par les chercheuses tient à la divergence de diverses directives quant à l'autonomie octroyée aux infirmiers praticiens avec comme toile de

fond le maintien d'un contrôle médical sur leur champ de pratique. Tandis que les facteurs favorisant sont la cohabitation des différents membres et le fait de travailler sur des projets communs ainsi que des messages clairs de la part des directions médicales et des soins à propos des rôles des infirmiers praticiens.

Pour résumer, Kilpatrick et al. conseillent aux décideurs de **prioriser la cohabitation** entre les infirmiers praticiens et les membres de l'équipe qui risquent de perdre de leur fonction et de leur fournir des possibilités de travailler ensemble pour faciliter le glissement des frontières professionnelles. **Un message cohérent** doit être émis par les directions médicales et des soins par rapport au transfert de privilèges, en particulier la prescription de médicaments. Cela en harmonisant leur politique, le plus rapidement possible, afin de développer un champ de pratique complet pour les infirmiers praticiens ainsi que pour les autres membres de l'équipe.

### 5.6.1 Analyse critique

Le phénomène étudié par les chercheuses est clairement défini et argumenté grâce à une littérature très riche et récente. Le cadre conceptuel, malgré qu'il ne soit pas présenté ainsi, est bien développé et fourni une base théorique solide à leur travail. La méthode utilisée pour conduire cette recherche, est tout aussi réfléchie et argumentée et semble de ce fait parfaitement appropriée.

La collecte des données s'est effectuée sur deux sites parfaitement décrits sous forme de tableau afin de pouvoir comparer leurs différences et similitudes. Il en est de même pour l'échantillon qui est richement détaillé et apparemment de taille suffisante, puisque les auteurs affirment avoir atteint la saturation des données lors des entretiens. Ceux-ci ont été enregistrés, retranscrits et lus à plusieurs reprises. La méthode utilisée est de plus parfaitement argumentée et décrite.

Plusieurs chercheuses ont procédé à l'analyse des données et à leur codage afin d'augmenter la rigueur de leur travail. Les thèmes émergents semblent de ce fait pertinents et sérieux. Chacun d'eux est développé et remis dans son contexte à l'aide d'extraits d'entretiens. Cela permet une bonne compréhension des résultats obtenus, eux-mêmes analysés dans le contexte d'études précédentes.

Les conclusions émergentes de ce travail sont tout à fait crédibles et authentiques. Les auteures affirment, de plus, leur transférabilité internationale et ajoutent que des études supplémentaires devraient être conduites en incluant les proches des patients comme membres de l'équipe.

## 5.7 Etude n°7

**DiCenso, A. & Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Ottawa : FCRSS**

Ce rapport, commandé par la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRSS) et basé sur un examen de la portée de la littérature, des entretiens semi-structurés et des groupes de consultation, a été publié en juin 2010 et appuie les recommandations émises lors d'une table ronde organisée par la FCRSS et le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada.

Les auteures, DiCenso et Bryant-Lukosius, rappellent que le Canada a une histoire d'une quarantaine d'années avec la pratique infirmière avancée en utilisant les infirmiers cliniciens spécialisés (ICS) et les infirmiers praticiens (IP). Elles se servent du cadre national publié par l'Association des infirmiers et infirmières du Canada en 2008 pour définir cette pratique :

une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Cette pratique consiste à analyser et combiner des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et les résultats de recherche infirmière, ainsi qu'à façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession dans son ensemble.

Elles affirment, de plus, que leurs rôles prépondérants consistent en soins directs aux patients, activités de recherche, formation, consultation et encadrement.

Les chercheuses mettent en avant l'efficacité et la sécurité offertes par les rôles de pratique avancée et confirmées par diverses études notamment par les travaux de Fulton et Baldwin en 2004 qui concluent que les ICS sont associés à des réductions de durée de séjour hospitalier, du nombre de réadmissions, de visites aux urgences, de même qu'à des améliorations sur le plan des connaissances infirmières et du rendement fonctionnel.

DiCenso et Bryant-Lukosius justifient cette recherche en déclarant qu'en dépit de cela, la mise en œuvre du rôle d'infirmier en pratique avancée demeure sporadique et dépendante de la fluctuation des programmes politiques qui façonnent le système de santé. En utilisant le cadre de travail décrit par Lomas en 2000, qui postule que la structure institutionnelle qui influe sur l'élaboration de politiques est fondée sur des

valeurs et des informations, cette étude a pour but d'élaborer des recommandations relativement au soutien nécessaire sur le plan individuel, organisationnel et systémique pour assurer une meilleure intégration des rôles d'infirmier en pratique avancée. Pour ce faire, les auteures ont entrepris un examen de la portée de la littérature, des entretiens individuels et des groupes de consultation.

Les chercheuses ont eu recours à cinq stratégies pour effectuer leur examen de portée :

1. La recherche à travers les bases de données Medline, CINAHL, Embase et Web of Science grâce aux descripteurs MeSH applicables et à des mots clés relatifs aux IP et ICS.
2. L'utilisation des références bibliographiques des documents retenus pour l'extraction des données, afin de repérer des papiers pertinents qui ne l'auraient pas été dans la recherche initiale.
3. Une recherche dans les sites d'organismes de recherche et professionnels canadiens ainsi que gouvernementaux.
4. Les quatre revues ayant publié le plus d'articles ont été dépouillées manuellement pour la période mai 2008 à janvier 2009.
5. Les membres consultatifs du comité à l'origine de cette étude et les membres de l'équipe de recherche ont apporté des articles de leurs dossiers personnels.

Les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués par l'équipe de recherche ont été : toutes communications canadiennes, toutes dates confondues, des articles de synthèse internationaux publiés entre 2003 et 2008 ou si autre que synthèse, particulièrement pertinents pour leur travail, des documents en français ou en anglais, des documents traitant d'aspects liés à la structure, au processus ou aux résultats d'un ou plusieurs rôles d'IP ou d'ICS.

Les auteures affirment avoir obtenu, par ce biais 573 documents à fin d'extraction des données. Pour ce faire, elles expliquent avoir utilisé un outil de travail électronique fondé sur les aspects liés à la structure, au processus et aux résultats ainsi que sur le cadre PEPPA, conçu d'après elles pour orienter l'adoption, l'implantation et l'évaluation des rôles de la pratique infirmière avancée. Durant cette extraction, 105 documents furent rejetés. 468 seront donc utilisés pour cette synthèse, auxquels s'ajoutent 3 papiers trouvés avant la remise définitive du rapport. Des tableaux descriptifs ont enfin été conçus pour résumer les données extraites.

En plus de cet examen de la littérature, DiCenso et Bryant-Lukosius ont procédé à des entrevues individuelles semi-structurées sur la base du cadre PEPPA. L'échantillon comprenait 62 participants dont 9 ICS, 13 IP, 11 gestionnaires, 6 responsables

politiques, 7 autorités de réglementation, 5 enseignants, 7 médecins, 2 infirmiers diplômés, 1 technicien en inhalothérapie et 1 pharmacien. En outre, 4 groupes de consultations ont été conduits, dont 3 rassemblant 15 personnes durant un congrès international sur la pratique infirmière avancée et 1 regroupant 4 IP d'un même milieu.

L'équipe de recherche a codé les thèmes qui se dégagent des entrevues sur la base de documents rédigés par les chercheuses principales datant de 2004. Des extraits en fonction du type d'intervenants ainsi que des résumés ont été rédigés puis intégrés aux constatations de l'examen de portée de la littérature en quête de thèmes similaires, complémentaires ou contradictoires.

DiCenso et Bryant-Lukosius ont pu dresser une liste de **8 thèmes** résumant les obstacles et les facilitateurs en termes de définition et d'utilisation des rôles de la pratique infirmière avancée :

**La définition et l'introduction des rôles**, avec comme constatation, par exemple, qu'une absence de planification systématique basée sur les besoins pouvait faire échouer le déploiement des rôles dans les secteurs prioritaires.

**La clarté des rôles et la sensibilisation** permet aux auteures d'avancer que le manque de clarté est associé au manque de planification et qu'il entraîne une sensibilisation inégale des parties intéressées. Les auteures résument que si le rôle n'a pas le même sens pour tout le monde, chacun aura des attentes différentes. Elles ajoutent que cette ambiguïté limite son utilisation à bon escient. Le rôle d'infirmier en pratique avancée demeure ainsi vulnérable et manque de viabilité, en particulier dans un contexte de concurrence.

**La scolarité.** Les chercheuses ont constaté que bien qu'au Canada, comme au niveau international, la norme recommandée soit la possession du master, le niveau éducatif reste très variable, avec comme conséquences pour certains une limitation dans l'acquisition des compétences de pratique avancée. Les chercheuses mettent en cause un bassin d'enseignants et des places de stages cliniques insuffisants ainsi que des frais de scolarité élevés.

**Les lois et les règlements.** DiCenso et Bryant-Lukosius affirment qu'une législation claire et uniforme sur l'ensemble du territoire canadien soutiendrait la clarté, la crédibilité et la légitimité du rôle. Elles rajoutent que sans loi, il faut énormément de travail pour mettre en place des processus destinés à soutenir la pratique infirmière avancée.

**La mise en œuvre des rôles.** Les chercheuses affirment que sans le soutien directionnel, les infirmiers en pratique avancée risquent de se sentir isolés, non soutenus



et la mise en œuvre de leurs rôles pourrait échouer. Elles ajoutent que l'établissement d'équipes de collaboration pluridisciplinaires prend du temps, exige du soutien et des mesures de facilitation et de formation.

**Les relations intra et interprofessionnelles.** Pour les auteures, nombre de professionnels doivent s'adapter à des réorientations de leur rôle dans les activités d'autres prestataires de soins, avec comme conséquences des craintes liées à la perte de contrôle et d'autonomie. Elles postulent que la collaboration au sein des équipes soignantes repose sur le respect, la confiance, la compréhension des rôles respectifs, la volonté de négocier certaines fonctions sur la base d'objectifs d'équipe, sur une dynamique non hiérarchique ou encore sur la perception que chacun en retire plus qu'il ne perd.

**Le financement,** avec comme constatation que les mécanismes de rémunération qui ne sont développés au détriment ni des médecins ni des IP leur permettent de travailler en collaboration et de manière efficace pour le plus grand bien des patients.

**Les données probantes.** Les chercheuses affirment que malgré le nombre élevé d'études démontrant l'efficacité des infirmiers en pratique avancée, si ces résultats ne sont pas amenés vers le public et les décideurs, il est difficile d'obtenir de l'appui envers leurs rôles.

Ces constatations ont été utilisées par DiCenso et Bryant-Lukosius afin d'émettre des recommandations visant différents types d'intervenants. Elles ont été présentées lors d'une table ronde organisée par la FCRSS en avril 2009.

Pour la communauté infirmière ainsi qu'à ses partenaires de l'équipe pluridisciplinaire, elles préconisent que les associations canadiennes des professionnels de santé prennent en charge la création d'énoncés de vision qui définissent clairement la valeur ajoutée que représentent les rôles des infirmiers en pratique avancée. Ces énoncés devraient comprendre des descriptions de rôles précis, mais flexibles, en lien avec des contextes particuliers de soins.

Pour les décideurs, politiques et de la pratique, les chercheuses recommandent de mettre sur pied un groupe de travail multidisciplinaire pancanadien, composé d'intervenants clés afin de faciliter la mise en œuvre des rôles. Une stratégie de communication devrait être élaborée pour sensibiliser le personnel infirmier, les autres prestataires de soins, les employeurs et le public quant aux rôles, aux responsabilités et aux apports de la pratique infirmière avancée. Elles rajoutent que les postes et leur financement devraient être protégés à la suite de la mise en œuvre afin d'assurer

stabilité et viabilité et que la réglementation devrait être uniformisée au niveau national afin de faciliter la mobilité de ces prestataires.

Pour les enseignants, dans un esprit de mobilité également, les auteures avancent que les normes éducatives, les exigences et les processus liés à la pratique infirmière devraient être uniformisés en collaboration avec eux. Elles ajoutent que les programmes éducatifs de tous les degrés de la formation devraient comprendre des éléments traitant des relations interprofessionnels afin de familiariser les professionnels de la santé aux rôles, responsabilités et champs de pratique des autres prestataires de soins.

DiCenso et Bryant-Lukosius terminent en recommandant au milieu de la recherche et à ses organismes de financement de mener de plus amples études sur l'impact de la pratique infirmière avancée sur les coûts de la santé en traitant les versants éducatif, efficacité et durée de carrière.

### **5.7.1 Analyse critique**

La problématique étudiée est clairement et richement définie grâce à de nombreux documents relatifs à la pratique infirmière avancée. Cela a permis aux auteures de jeter une base solide pour leur travail et formuler des concepts tangibles sur lesquels elles pourront s'appuyer. Elles ne formulent pas de question de recherche. Cependant, les objectifs sont énoncés avec précision et clarté.

Les chercheuses ont utilisé trois méthodes pour leur travail, un examen de la portée de la littérature, des entretiens semi-structurés et des groupes de consultation. Chacune d'elles est argumentée et définie ce qui dénote une réflexivité dans le choix de la méthode pour leur étude. L'échantillon est décrit de manière précise tout comme la méthode utilisée pour l'examen de portée de la littérature. Il est à noter que les annexes sont mises à disposition. Il est de ce fait aisé d'observer la méticulosité de leur démarche.

Les méthodes d'analyse des données sont quant à elles tout aussi détaillées et clairement expliquées. Plusieurs chercheurs ont travaillé sur diverses catégories de données afin de produire des thèmes qui sont explicités de manière très détaillée, voire trop détaillée. Les résultats obtenus sont remis dans le contexte de l'étude afin de formuler les recommandations faisant partie des objectifs des auteures.

Il est intéressant de noter que les chercheuses ont développé leurs résultats sur près d'une cinquantaine de pages. Cela rend leur rapport parfois rébarbatif. Elles ont cependant su le faire de manière claire en utilisant des résumés à chaque chapitre ce qui permet de suivre le fil du développement. Ce point n'enlève en rien le sentiment de qualité qui se dégage de cet article et de ses conclusions.

## 5.8 Tableau des thèmes émergents

Cette partie du travail a pour but de faire émerger les thèmes principaux issus des sept études analysées. Selon Loiselle et Profetto-McGrath, un thème est un sujet récurrent qui émerge régulièrement de l'analyse des données qualitatives (p.407). Ils sont présentés dans un tableau qui indique, outre le nom, le numéro de la recherche dans laquelle il se retrouve ainsi que la récurrence.

Thèmes	Etudes n°	Récurrence
Clarté des rôles	2, 3, 5, 6 et 7	5
Relations professionnelles	5, 6 et 7	3
Définition des rôles	2 et 7	2
Niveau d'études	3 et 7	2
Financement	4 et 7	2
Recherche	2 et 7	2
Mentorat et pairs	1 et 2	2
Mise en œuvre : soutien et temps	4 et 7	2
Législation	7	1
Mise en œuvre : implication de l'équipe	5	1
Evaluation du besoin du rôle	4	1

## 6. Discussion

### 6.1 Résultats significatifs

En lien avec le cadre conceptuel de ce travail, l'intégration du personnel infirmier avec un rôle de pratique avancée apparaît se faire en plusieurs étapes : avant la mise en œuvre, lors de la mise en œuvre et après la mise en œuvre. Les différents thèmes relevés dans cette revue de la littérature s'insèrent dans cette conception et peuvent être classés comme suit :

#### 1. Avant la mise en œuvre

- **Définir et clarifier les rôles.** Le cadre de ce travail retient la définition de Mahrer-Imhof et al. qui se sert du modèle de Bryant-Lukosius pour définir les rôles d'IP et d'ICS qui sont étudiés dans chacune des recherches

analysées par cette revue de la littérature. Les auteurs du Modèle de Pratique Professionnelle (MPP), quant à eux n'émettent pas de définition précise des rôles attendus par la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée au sein de l'Hôpital du Valais (HVS). D'après cinq études sur sept un travail au niveau de la clarté et de la compréhension des rôles doit être engagé, tant auprès de l'équipe pluridisciplinaire que du public afin que ce nouveau type de professionnel soit pleinement accepté.

- **Définir le niveau d'études requis.** Le personnel infirmier formé au niveau Bachelor peut, s'il le souhaite, s'engager dans la voie du Master et du doctorat. Une formation académique de ce niveau fait partie des critères primaires énoncés par la définition de SwissANP tirée du modèle d'Hamric. Cette revue de la littérature révèle que l'uniformité des diplômes est un point à considérer lors de la mise en œuvre des rôles de pratique avancée. Les auteurs du MPP tendent à abonder en ce sens en affirmant que la promotion des Masters en sciences infirmières vise justement l'introduction de cette pratique au sein du HVS.
- **Evaluer le besoin du rôle.** Dans son MPP, l'HVS mentionne que les cadres, perçus comme des architectes, doivent mettre en adéquation les compétences spécifiques de l'équipe avec les besoins de la population soignée. De plus, les auteurs du MPP mettent en avant la méthode du « skill & grade mix » pour une configuration optimale des divers degrés d'étude présents dans les services. Cette manière de procéder tend à inclure l'évaluation du besoin du rôle et donc de démontrer et d'argumenter de manière objective son utilité.
- **Légiférer et financer.** Actuellement, l'initiative Joder qui a pour but d'accorder plus d'autonomie à la profession infirmière s'est vue proposer une prolongation du délai de traitement de deux ans afin d'éclaircir l'avant-projet sur les bases d'un rapport commandé à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (p.3). D'après la définition de la pratique infirmière avancée émise par SwissANP, les rôles devraient inclure un champ de pratique élargi allant de l'examen clinique à la prescription de médicaments. Dans l'état actuel des choses, cela ne se fera qu'en collaboration avec le corps médical. DiCenso et Bryant-Lukosius (étude

n° 7) expliquent que cela est possible mais que des directives médicales soutenant la pratique infirmière avancée demandent beaucoup de travail.

## **2. Lors de la mise en œuvre**

- **Soutenir le processus et donner du temps.** Deux des recherches affirment qu'un soutien explicite de la part des dirigeants est nécessaire lors de la mise en place des nouveaux rôles afin que les IPA ne se sentent pas isolés. La prise de position du MPP en faveur de leur introduction tend à démontrer que cela est bien le cas pour le HVS. Le soutien à ce stade de la mise en œuvre passe aussi par l'octroi de temps nécessaire au développement de toute la palette de compétences des IPA. La volonté du MPP de promouvoir la règle du 80/20, qui implique que le 80% du temps des soignants doit être dévolu à une activité à valeur ajoutée devrait tenir compte des caractéristiques propres aux rôles des IPA et considérer la recherche, le leadership ou encore les compétences éthiques comme des activités à valeur ajoutée pour le patient, afin que les IPA puissent s'épanouir et utiliser tout leur potentiel.
- **Impliquer les parties prenantes.** Tout au long du processus de mise en œuvre, les membres de l'équipe devraient y participer. Pour, dans un premier temps, favoriser une compréhension commune de ces nouveaux rôles puis, dans un deuxième temps, permettre l'alignement des rôles des IPA avec les besoins des patients.

## **3. Après la mise en œuvre.**

- **Consolider les relations professionnelles.** L'introduction des rôles d'IPA peut parfois bouleverser les équipes en place. Les thèmes touchant à la définition, à la clarté des rôles et à l'implication de l'équipe avant et pendant la mise en œuvre ont pour fonction de diminuer les tensions pouvant apparaître dans des situations floues ou peu claires et de permettre à la confiance de s'installer au sein des équipes. Afin de renforcer la qualité des relations professionnelles, les IPA devraient démontrer des qualités en termes d'écoute, de disponibilité et de promotion du travail des autres prestataires. Pour ce faire les décideurs devraient prioriser la cohabitation entre les IPA et les autres membres de

l'équipe. Les compétences nécessaires au travail en pluridisciplinarité sont déjà attendues au niveau Bachelor et apparaissent dans la définition du personnel infirmier de la HES-SO. Pour la pratique infirmière avancée, ce point fait partie des compétences fondamentales et inclus non seulement les équipes mais aussi les instances politiques et les organisations de soins.

- **Favoriser le mentorat et le partage avec les pairs.** La possibilité pour les IPA de pouvoir partager leurs expériences paraît bénéfique pour le développement de leur champ de pratique. Deux stratégies sont mises en avant dans cette revue de la littérature. La première est le mentorat. Selon la définition émise par l'association des infirmières et infirmiers du Canada en 2004, le mentor est une personne sage et expérimentée dans sa profession (p.18). Cela implique une longue expérience avec la pratique infirmière avancée et semble être difficile dans les milieux où la mise en œuvre est nouvelle. La deuxième est d'accorder le temps et l'espace aux IPA par des groupes d'apprentissage dans lesquels ils partagent leurs expériences. L'utilisation d'internet pour conduire de tels groupes dans les régions où les lieux de soins sont séparés par de grandes distances peut être intéressante. L'HVS se trouve dans ce cas avec des sites de soins espacés de plusieurs dizaines de kilomètres. Les participants à de tels projets ont toutefois exprimé le besoin de sessions en face-à-face afin d'augmenter la cohésion du groupe.
- **Promouvoir la recherche.** La recherche devrait contribuer à rendre visible les bénéfices de la pratique infirmière avancée en prenant une place importante dans les milieux universitaires et les organisations de soins. L'HVS semble aller dans ce sens en affirmant vouloir soutenir la rédaction et la publication d'articles scientifiques. Pour SwissANP la recherche est une compétence fondamentale par laquelle les IPA doivent contribuer à l'émergence d'un nouveau savoir.

McNamara, Giguère, St-Louis et Boileau expliquent, en 2009, que le cadre PEPPA, conçu par Bryant-Lukosius et DiCenso, donne une stratégie et une structure au processus de mise en œuvre des rôles de pratique avancée (p.324). Ce cadre est composé de 9 étapes : Définir la population et le modèle de soins actuel, Identifier les intervenants et recruter les participants, Déterminer le besoin d'un nouveau modèle de

soins, Déterminer les problèmes et les buts prioritaires, Définir le nouveau modèle de soins et les rôles des IPA, Planifier des stratégies de mise en œuvre, Lancer le plan de mise en œuvre, Evaluer le rôle des IPA et le nouveau modèle de soins et Surveillance à long terme du rôle et du modèle.

Il est à relever que ce cadre apparaît dans deux des recherches analysées dans cette revue de la littérature (études 5 et 7) et des similitudes émergent en termes de définition des rôles. Cependant, les points concernant l'évaluation et la surveillance de ces rôles ne sont pas apparus comme influençant l'introduction de la pratique infirmière avancée. McNamara et al. relèvent toutefois qu'ils sont essentiels pour soutenir ces nouveaux rôles et effectuer des changements si nécessaire (p.324).

## **6.2 Evaluation globale du processus de recherche**

### **6.2.1 Forces du travail**

- Le cadre théorique

Les trois concepts utilisés dans ce travail, le personnel infirmier, la pratique infirmière avancée et le modèle de pratique professionnelle de l'Hôpital du Valais, sont issus de la question spécifique de recherche afin de rester centré sur la problématique. La pratique infirmière avancée s'est révélée être un sujet très spécifique, c'est pourquoi le concept de personnel infirmier au sens large a moins été utilisé dans l'analyse. Les deux autres concepts ont largement trouvé écho dans l'analyse car la mise en œuvre de la pratique avancée dans les milieux de soins semble être un processus dynamique avec des répercussions sur tout le système de soins.

- Les bases de données

Les mots clés utilisés lors de la recherche dans les bases de données ont permis de ressortir des documents en lien avec la question spécifique. En incluant des critères d'inclusion et d'exclusion en trois étapes, les données ont pu être filtrées de manière systématique et ainsi légitimer le choix final des études incluses dans l'analyse. En n'étant pas restrictif en termes de spécialité médicale ou de philosophie de prise en charge, les mots clés ont fait ressortir des résultats transposables dans divers milieux de pratique.

- L'analyse

L'analyse méthodologique des articles a conduit à démontrer leur qualité et leur pertinence et ainsi donner du crédit à ce travail. L'analyse de leur contenu a permis, quant à elle, une bonne compréhension des sujets abordés par leurs auteurs. Cette méthode a su faire émerger les thèmes qui ont ensuite été mis en avant sous forme de tableau puis replacés dans le contexte de cette revue de la littérature en les corrélant avec les concepts du cadre théorique.

### **6.2.2 Faiblesses du travail**

- Les bases de données

Sans barrière linguistique, des recherches supplémentaires auraient pu être menées dans d'autres langues que l'anglais et le français et ainsi augmenter les données récoltées issues de milieux de soins plus variés. D'autres stratégies concernant la mise en œuvre de la pratique infirmière auraient pu émerger.

- L'analyse

Le fait qu'un seul auteur analyse les études récoltées et formule les thèmes émergents amenuise la fiabilité et la crédibilité de ce travail. Selon Loiselle et Profetto-McGrath la triangulation permet de surmonter les distorsions liées à l'utilisation d'une seule méthode, par un seul observateur (p.338).

## **7. Bilan personnel**

Ce point a pour but d'évaluer les objectifs personnels énoncés au point 1.4 et de porter un regard sur les facilités et difficultés rencontrées lors de ce travail.

### **7.1 Retour sur les objectifs personnels**

L'exploration du concept de pratique infirmière avancée a permis de comprendre quel rôle les IPA peuvent jouer dans un système de santé. La discipline infirmière offre de nombreuses possibilités de développement personnel et professionnel dans des disciplines ou auprès de populations diverses. L'obtention d'un Master ès Sciences en sciences infirmières, dans l'optique d'œuvrer en tant qu'ICS ou IP, est une de ces voies. Les compétences inhérentes à ce modèle, la pratique clinique directe, la recherche, la prise de décision éthique, le leadership, la collaboration, le coaching et la consultation,



résonnent de manière significative et laissent entrevoir un fort potentiel de développement.

Les démarches méthodologiques, tant dans l'utilisation des bases de données que dans l'analyse critique des différents articles, a permis de développer des compétences qui s'avéreront utiles dans la pratique. En effet, pouvoir trouver des études et y poser un regard critique est un point essentiel de l'Evidence Based Nursing qui est défini par le centre Cochrane français (<http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-%C3%A0-levidence-based-nursing>) comme :

L'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient.

## **7.2 Difficultés rencontrées**

La principale difficulté rencontrée a été la gestion du temps. La conciliation des exigences personnelles et professionnelles ainsi que des échéances scolaires a été difficile. Fixer des priorités a été salvateur, en particulier lors des stages pratiques et des périodes d'examens.

L'impatience a parfois posé problème mais les exigences méthodologiques exigent d'avancer étape par étape, avec rigueur. L'envie d'arriver au bout du travail avant l'heure, dans le but avoué, de contempler le résultat de toutes ces heures de labeur ont parfois été des sirènes difficiles à faire taire.

## **7.3 Facilités rencontrées**

Le fort intérêt pour la thématique, le fait qu'il s'agisse d'un sujet d'actualité et la perspective de construire un projet potentiellement utile pour la pratique a permis un investissement conséquent pour ce travail.

Six des sept articles retenus pour analyse étaient de langue anglaise. Une maîtrise correcte de cette langue a facilité une bonne compréhension des contenus ce qui a permis d'en dégager les éléments essentiels afin de formuler et classer les thèmes attendus pour l'élaboration des recommandations.

## **8. Bilan professionnel**

Ce point récapitule les points-clés soulevés lors de l'analyse et formulés sous forme de recommandations à observer lors de la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée. Des ouvertures pour de futures recherches y sont aussi exposées.

### **8.1 Recommandations pour la pratique**

Dans leur rapport de 2010, Delamaire et Lafortune expliquent que les pays de l'OCDE sont à des stades différents de la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée. Certains emploient ces rôles depuis longtemps, d'autres se trouvent au début de leur introduction. D'après les auteurs, ces derniers devraient non seulement tirer des enseignements en termes d'avantages et de coûts mais aussi tirer des leçons concernant les obstacles à surmonter pour la réussite de la mise en œuvre (p.63).

Dans cette optique, cette revue de la littérature tend à démontrer que l'introduction de la pratique infirmière avancée dans les milieux de soins a des conséquences pour un grand nombre d'acteurs du système de soins. Pour augmenter les chances de réussite de cette mise en œuvre, les thèmes ressortis de l'analyse devraient être pris en compte :

- **Définir et clarifier les rôles**
- **Définir le niveau d'études requis**
- **Evaluer le besoin du rôle**
- **Légiférer et financer**
- **Soutenir le processus et donner du temps**
- **Impliquer les parties prenantes**
- **Consolider les relations professionnelles**
- **Favoriser le mentorat et le partage avec les pairs**
- **Promouvoir la recherche**

### **8.2 Ouverture pour la recherche**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée, des études devraient être menées en fonction du lieu de pratique dans lequel les IPA seront amenés à travailler. Que ce soit dans les hôpitaux, les soins à domicile, en établissement médico-social (EMS), en milieu psychiatrique aigu ou en réhabilitation. Autant de lieux différents, autant de facteurs particuliers susceptibles d'influencer l'intégration des IPA dans les équipes de soins.

## 9. Conclusion

En avril 2014, paraît dans la revue de l'ASI « Soins infirmiers », un article visant à décrire la vision de la pratique infirmière qui prévaut actuellement en Suisse. Leurs auteures, Roulin, Borrero et Iori expliquent qu'actuellement environ 400 infirmiers sont formés au niveau master, dont 51% occupent un poste d'IPA. D'après elles, plusieurs institutions de soins ont développé des cahiers des charges ou énoncé des visions du rôle. Les IPA sont souvent appelées à occuper des postes d'infirmiers cliniciens spécialisés (ICS). Toutefois, elles affirment que certains ont un rôle d'infirmiers praticiens (IP) qui effectuent des actes médicaux définis, adaptent des ordonnances ou prescrivent et interprètent des tests diagnostiques. Les auteurs rappellent que pour l'heure, ces tâches sont le fruit d'accord individuel entre le médecin répondant et l'IPA et qu'il n'existe pas de bases légales dans ce domaine (p.70-71).

Roulin et al., expliquent que de nombreux travaux exposent la plus-value et les résultats pour les patients et leurs familles de la pratique infirmière avancée. Cependant, ils concernent les IP en premier lieu, peu d'entre eux se sont penchés sur la valeur des ICS (p.70).

Comme le démontre cette revue de la littérature, des recherches devraient être menées afin de promouvoir la mise en œuvre de la pratique afin de mettre en avant les qualités, les apports ou alors les potentiels problèmes rencontrés dans les milieux de soins afin de consolider l'édifice.

Une des auteures de l'article, Elisabete Iori, témoigne qu'elle est la première IPA de son service et qu'elle doit faire sa place. Son rôle est dans l'ensemble bien accepté et suscite la curiosité de l'équipe interdisciplinaire. A l'heure actuelle, elle développe surtout des pratiques de soins indirects et affirme qu'il lui reste à développer, pour assumer pleinement son rôle, sa pratique clinique directe auprès du patient qui est, faut-il le rappeler, la compétence fondamentale de la pratique infirmière avancée (p.71).

L'histoire ne dit pas si un processus préétabli d'intégration a été utilisé pour ce cas, mais cette revue de la littérature tend à démontrer qu'il s'agit d'un procédé complexe et qu'il serait bénéfique, pour la réussite du développement d'un tel rôle, de tenir compte des éléments clés mis en avant par ce travail. Car comme l'a dit le producteur d' « Autant en emporte le vent », David O. Selznick :

**« La réussite d'une production repose sur l'attention prêtée aux détails. »**

## 10. Bibliographie

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession* : Guide sur le préceptorat et le mentorat. Ottawa : AIIC. Accès [www.cna-aiic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20fr/achieving\\_excellence\\_2004\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20fr/achieving_excellence_2004_f.pdf)
- Association suisse des infirmières et infirmiers (s.d). *Loi sur les professions de la santé : Une réglementation spécifique pour les APN*. Accès [http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/aktuell-f.htm#Loi sur les professions de la santé](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/aktuell-f.htm#Loi_sur_les_professions_de_la_sant%C3%A9)
- Association suisse des infirmières et infirmiers (s.d). *Les soins infirmiers : Définition et description*. Accès <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflege-f/Definition%20der%20Pflege-f.htm>
- Association suisse des infirmières et infirmiers (2011). *Initiative parlementaire : Reconnaissance légale de la responsabilité infirmière*. Accès [http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/pdf-f/Initiative%20Joder%20Medienmitteilung%20SBK\\_f.pdf](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/pdf-f/Initiative%20Joder%20Medienmitteilung%20SBK_f.pdf)
- Association suisse des infirmières et infirmiers, SwissANP, Association pour les sciences infirmières & Institut universitaire de formation et de recherche en soins. (2012). *Réglementation de l'exercice de l'infirmière de pratique avancée APN : Résumé et motifs justifiant une réglementation particulière/spécifique*. (S.i.) : (s.n.) Accès [http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/pdf-f/2012%2010%2029%20Registrierung\\_ANP\\_%20f.pdf](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/pdf-f/2012%2010%2029%20Registrierung_ANP_%20f.pdf)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. Accès [http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic\\_analysis\\_revised\\_-\\_final.pdf](http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised_-_final.pdf)
- Burgess, J. & Sawchenko, L. (2011). Community of Practice : A Nurse Practitioner Collaborative Model. *Nursing Leadership*, 24, 99-112.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data : an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.
- Christiansen, A., Vernon, V. & Jinks, A. (2012). Perceptions of the benefits and challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong : a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing* 22, 1173-1181.

- Confédération suisse (2013). *Loi fédérale sur l'assurance-maladie*. Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>
- Confédération suisse (2013). *Loi fédérale sur l'assurance accident*. Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19810038/index.html>
- Conseil national (2014). Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 11 avril 2014. *Iv. pa. Joder. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant*. Accès [http://www.parlament.ch/sites/kb/2011/Rapport\\_de\\_la\\_commission\\_CSSS-N\\_11.418\\_2014-04-11.pdf](http://www.parlament.ch/sites/kb/2011/Rapport_de_la_commission_CSSS-N_11.418_2014-04-11.pdf)
- Cloutier, L., Doyon, O., Houle, J., & Longpré, S. (2004). *Applications de l'examen de santé*. [DVD]. Trois-Rivières : ERPI.
- Currie, K., Biggam, J., Palmer, J. & Corcoran, T. (2012). Participants' engagement with and reactions to the use of on-line action learning sets to support advanced nursing role development. *Nurse Education Today*, 32, 267-272.
- Currie, K. & Grundy, M. (2011). Building foundations for the future : the NHS Scotland advanced practice succession planning development pathway. *Journal of Nursing Management*, 19, 933-942.
- Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles : A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. Paris : OECD. Accès <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5q7-en>
- Dias, M-H, Chambers-Evans, J. & Reidy, M. (2010). The consultation component of the clinical nurse specialist role. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42 (2), 92-104.
- DiCenso, A. & Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Ottawa : FCRSS.
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., ... DiCenso, A. (2010). Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners : Title Confusion and Lack of Role Clarity. *Nursing Leadership*, 23, 189-210.
- Furlong, E. & Smith, R. (2005). Advanced nursing practice : policy, education and role development. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1059-1066.

- Giger, M. & De Geest, S. (2008). Les soins de premier recours doivent répondre à des exigences rapidement changeantes : De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires. *Bulletin des médecins suisses*, 89 (43), 1839-1843. Accès <http://chronisante.inist.fr/IMG/pdf/2008-43-1006.pdf>
- Hamric, A. B., Spross, J. A. & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing : An integrative Approach*. Saint-Louis : Saunders Elsevier.
- Haute Autorité de Santé (2013). *Etat des Lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Accès [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
- Haute école spécialisée de Suisse occidentale Valais-Wallis (2013). *Perspectives professionnelles*. Accès [http://infirmiere.hevs.ch/Perspectives\\_professionnelles.1161584.1584.htm](http://infirmiere.hevs.ch/Perspectives_professionnelles.1161584.1584.htm)
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (s.d.). *Plan d'étude cadre Bachelor 2012 : Filière de formation en Soins infirmiers*. Accès <http://intranet.hevs.ch/src/menuNiv/download.asp?NoFile=11550>
- Hibbert, D., Al-Sanea, N. A. & Balens J. A. (2012). Perspectives on Specialist Nursing in Saudi Arabia : A National Model for Success. *Ann Saudi Med*, 32, (1), 78-85.
- Hôpital du Valais (2013). *Modèle de Pratique Professionnelle*. Sion : Hôpital du Valais (RSV).
- Hôpital du Valais (2013). *Professions de la santé et des soins : Infirmière/Infirmier*. Accès <http://www.hopitalduvalais.ch/nc/fr/lhopital-du-valais/emploi/professions-factsheets.html?cid=2463&did=508&sechash=479e585e>
- Imhof, L., Rüesch, P., Schaffert, R., Mahrer-Imhof, R., Fringer, A & Specker, C. (2010). *Soins infirmiers professionnels en Suisse: perspective 2020. Une analyse de fond (version résumée)*. Winterthur : ZHAW. Accès [http://www.sbk-asi.ch/soinsinfirmiers2020/201012\\_Lit\\_Perspectives\\_2020-F.pdf](http://www.sbk-asi.ch/soinsinfirmiers2020/201012_Lit_Perspectives_2020-F.pdf)
- Kilpatrick, K., Harbman, P., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., ... DiCenso, A. (2010). The Acute Care Nurse Practitioner Role in Canada. *Nursing Leadership*, 23, 114-139.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L. & Doran, D. (2011). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 68, (7), 1504-1515.

- Logean, S. (2012). *Infirmières : La guerre des tranchées*. Accès [http://www.hebdo.ch/infirmieres\\_la\\_guerre\\_des\\_tranchees\\_154218.html](http://www.hebdo.ch/infirmieres_la_guerre_des_tranchees_154218.html)
- Mahrer-Imhof, R., Eicher, M., Frauenfelder, F., Bachmann Oulevey, A. & Ulrich, A. (2012). *Rapport des expert-e-s APN*. Bâle : APSI. Accès [http://www.pflegeforschung-vfp.ch/download/58/page/20044\\_dl\\_2012-04-03\\_apn\\_expertenfinal\\_franzo%C2%A8sisch.pdf](http://www.pflegeforschung-vfp.ch/download/58/page/20044_dl_2012-04-03_apn_expertenfinal_franzo%C2%A8sisch.pdf)
- McNamara, S., Giguère, V., St-Louis, L. & Boileau, J. (2009). Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success. *Nursing and Health Sciences*, 11, 318-325.
- Muller, A. C., Hujcs, M., Dubendorf, P. & Harrington, P. T. (2010). Sustaining Excellence : Clinical Nurse Specialist Practice. *Clinical Nurse Specialist*, 24, (5), 252-259.
- Roulin, M.-J., Borrero, P. & Iori, E. (2014). La pratique infirmière avancée : de quoi parle-t-on ? *Soins infirmiers*, 4, 68-71.
- Sangster-Gromley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B. & DiCenso, A. (2010). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings : an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67, (6), 1178-1190.
- Schöpfel, J. (2012). Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahier de la documentation*, 3, 14-24.
- Searle, J. (2007). Nurse practitioner candidates: Shifting professional boundaries. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11, 20-27.
- SwissANP (2012). *Document de positionnement : La pratique infirmière avancée (Advanced Nursing Practice, ANP) en Suisse*. Accès [http://swiss-anp.ch/w/media/Akutelles/Document\\_de\\_positisonnement\\_f.pdf](http://swiss-anp.ch/w/media/Akutelles/Document_de_positisonnement_f.pdf)
- Université de Lausanne. (2013, 12 novembre). *Information générale sur le Master ès Sciences en sciences infirmières (MScSI)*. Accès <http://www.unil.ch/sciences-infirmieres/page94837.html>
- Weber-Yaskevish, O., Reber, A., & Gillabert, C. (2011). Soins infirmiers ambulatoires actuels et futurs en Suisse : Ce que le médecin de premier recours doit savoir. *Revue médicale suisse*, 7, 1846-1851. Accès <http://rms.medhyg.ch/numero-310-page-1846.htm>

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology.  
*Journal of Advanced Nursing*, 52, (5), 546-55.



## **11. Annexes**

**Annexe A : Glossaire**

**Annexe B : Stratégie de recherche**

**Annexe C : Etudes non retenues**

**Annexe D : Tableaux de recension**

## **A. Glossaire**

### **Analyse de Braun et Clarke**

Méthode d'analyse par thème comportant six phases : 1. Se familiariser avec les données 2. Générer des codes initiaux 3. Rechercher des thèmes 4. Réviser les thèmes 5. Définir et nommer les thèmes 6. Produire le rapport. (Braun et Clarke, 2006, p.35)

### **Analyse de Burnard**

Méthode d'analyse de textes dans le but d'en faire ressortir des thèmes en quatre étapes : 1. Lecture du texte et résumé des données sous formes de mots clés ou de phrases courtes 2. Réduction des mots et phrases ainsi que suppression des répétitions afin d'obtenir une douzaine de titres 3. Regroupement des titres à l'aide de codes couleur pour former des catégories 4. Formuler des explications au sujet des catégories et faire émerger une théorie. (Burnard, 1996, p.279)

### **Descripteurs MeSH**

Les MeSH (Medical Subjects Headings) sont les descripteurs utilisés par la National Library of Medicine (É.-U.) pour indexer les articles dans MEDLINE. Les descripteurs servent à décrire les sujets dont traite un article. (Université de Montréal, <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/461-MEDLINE?tab=2110>)

### **Devis de recherche**

Plan global destiné à répondre à une question de recherche ; il s'agit notamment des spécifications destinées à améliorer l'intégrité de l'étude. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.60)

### **Echantillon**

Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.60)

### **Echelle de Likert**

Mesure qui requiert traditionnellement que la personne indique sur une échelle de 1 à 5 si elle est fortement en désaccord (1) ou fortement d'accord (5) avec un énoncé. . (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.302)

### **Entretiens semi structurés**

Entrevue dans laquelle le chercheur s'est muni d'une liste de sujet à aborder plutôt que de questions précises à poser. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.297)

### **Examen de portée de la littérature**

Les examens de la portée ont pour but d'analyser rapidement les concepts clés à la base d'un domaine de recherche ainsi que les principales sources et les types de résultats disponibles. En général, les étapes de l'examen de la portée sont similaires à celles de la revue systématique et comprennent la sélection, la collecte et la synthèse systématiques des connaissances existantes dans un vaste champ thématique. Il est

rare que l'on entreprenne une évaluation détaillée des sources des données scientifiques découvertes ainsi que la synthèse détaillée des résultats des études. On rassemble plutôt les données scientifiques découvertes en utilisant un cadre analytique ou une construction thématique afin de présenter un compte rendu narratif de la documentation existante. (Instituts de recherche en santé du Canada, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41382.html>)

### **Groupe de consultation ou focus groupe**

Un focus group est un type d'entretien de groupe composé de personnes concernées par une politique de développement ou une intervention. Il est destiné à obtenir des informations relatives à leurs opinions, attitudes et expériences ou encore à expliciter leurs attentes vis-à-vis de cette politique ou de cette intervention. Il s'agit donc d'une méthode d'enquête qualitative rapide. (Commission européenne, [http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too\\_fcg\\_res\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_fcg_res_fr.pdf))

### **Littérature grise**

La littérature grise correspond à tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale. (Schöpfel, 2012, p.19-20)

### **Problème de recherche**

Situation comportant des aspects énigmatiques, confus ou conflictuels, qui peuvent être éclairés grâce à une exploration méthodique. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.116)

### **Question de recherche**

Interrogation précise à laquelle le chercheur veut répondre, dans ses efforts pour trouver une solution au problème de recherche. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.116)

### **Recherche descriptive**

Etude dont le principal objectif est de dresser un portrait précis des caractéristiques d'une personne, d'une situation ou d'un groupe, ou de la fréquence à laquelle certains phénomènes se produisent. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.194)

### **Revue intégrative**

Type de revue qui permet l'inclusion simultanée de travaux expérimentaux et non-expérimentaux afin de mieux comprendre un phénomène. La revue intégrative permet de combiner des données provenant de la littérature théorique et empirique. (Whittemore et Knafl, 2005, p.547)

**Saturation des données**

Dans une étude qualitative, collecte de données effectuée jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.279)

**Statistique**

Estimation d'un paramètre, calculé à partir des données de l'échantillon. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.356)

**Statistique descriptive**

Statistique utilisée pour décrire et résumer des données (moyenne arithmétique, écart-type, par exemple). (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.356)

**Distribution de fréquences**

Éventail des valeurs numériques, allant de la plus basse à la plus élevée, accompagné du nombre de fois où chaque valeur a été obtenue. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.356)

**Transférabilité**

Degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou d'autres groupes ; terme souvent utilisé en recherche qualitative et analogue au terme généralisabilité dans une étude quantitative. (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.341)

## B. Stratégie de recherche

Base de données	Termes de recherche	Résultats	Total	Etudes non retenues	Etudes retenues
BDSP	Pratique Infirmière avancée et intégration	1	3	3	0
	Advanced nursing practice et implementation	2			
CINAHL	Pratique Infirmière avancée et intégration	0	76	69	7
	Advanced nursing practice et implementation	76			
Medline	Pratique Infirmière avancée et intégration	0	16	14	2
	Advanced nursing practice et implementation	16			
PubMed	Pratique Infirmière avancée et intégration	0	52	47	5
	Advanced nursing practice et implementation	52			
Saphir	Pratique Infirmière avancée et intégration	1	1	0	1
	Advanced nursing practice et implementation	0			
				Total	15

### C. Etudes non retenues

Ces articles n'ont pas été retenus sur la base des critères développés dans la partie méthodologie de ce travail.

Auteurs	Titre	Base de données	Année
Muller, A. C., Hujcs, M., Dubendorf, P. & Harrington, P. T.	Sustaining Excellence : Clinical Nurse Specialist Practice.	PubMed	2010
Hibbert, D., Al-Sanea, N. A. & Balens J. A.	Perspectives on Specialist Nursing in Saudi Arabia : A National Model for Success.	Medline	2012
Furlong, E. & Smith, R.	Advanced nursing practice : policy, education and role development.	Medline	2005
Donald, F., Bryant- Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., ... DiCenso, A.	Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners : Title Confusion and Lack of Role Clarity.	PubMed	2010
Kilpatrick, K., Harbman, P., Carter, N., Martin- Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., ... DiCenso, A.	The Acute Care Nurse Practitioner Role in Canada.	PubMed	2010
McNamara, S., Giguère, V., St- Louis, L. & Boileau, J.	Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success.	PubMed	2009
Searle, J.	Nurse practitioner candidates: Shifting professional boundaries.	CINAHL	2007
Burgess, J. & Sawchenko, L.	Community of Practice : A Nurse Practitioner Collaborative Model.	CINAHL	2011

## D. Tableaux de recension

Etude 1 : Currie, K., Biggam, J., Palmer, J. & Corcoran, T. (2012). Participants' engagement with and reactions to the use of on-line action learning sets to support advanced nursing role development. <i>Nurse Education Today</i> , 32, 267-272.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Question/ Hypothèse	Cadre de référence/ Concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/ Conclusion
Etude mixte comprenant un questionnaire d'évaluation, une enquête finale et une série d'entretiens.	Pour l'enquête finale, 15 participants ont été sélectionnés représentant à la fois les milieux de soins urbains et ruraux. Tous étaient diplômés et deux étaient en possession du master. 12 d'entre eux ont répondu au questionnaire d'évaluation. 7 de ces participants ont été interrogés lors d'entretiens.	Le but de l'étude est d'évaluer l'impact de la voie de développement de la pratique infirmière avancée initiée en Ecosse en identifiant les besoins d'apprentissage des participants au programme de développement. L'étude s'intéresse uniquement aux groupes d'apprentissage par l'action développés via internet.	Le concept central est le développement de la pratique infirmière avancée en Ecosse ainsi que les difficultés pouvant être rencontrées. Ces difficultés ont été relevées par Currie et al. en 2010. Il s'agit de la variété de milieux professionnels concernés, la dispersion géographique des pairs et les contraintes de temps et de financement.	Un premier questionnaire portant sur les groupes d'apprentissage par l'action en ligne uniquement comportant 6 questions a été distribué aux participants. Un deuxième questionnaire concernant la voie de développement de la pratique infirmière avancée en général comportant 6 questions ainsi qu'un espace pour les commentaires a été distribué. Pour finir une série d'entretiens avec 7 participants a été menée afin d'explorer en profondeur l'impact des groupes d'apprentissage en ligne.	Un comptage de la fréquence des réponses à chaque question a été généré pour les deux enquêtes, complété par des commentaires ouverts. Une procédure d'analyse thématique selon Braun et Clarke (2006) a été utilisée pour les entretiens. Les données numériques ont été recoupées dans un but d'exactitude et la rigueur de l'analyse des entretiens a été maintenue en utilisant les principes de Koch (2006).	La voie de développement a été bien reçue par les participants et l'utilisation de groupes d'apprentissage par l'action a démontré un certain mérite. En particulier en permettant aux participants de garder un contact avec ses pairs en partageant leurs expériences et en apprenant les uns des autres. Le principal obstacle relevé à l'apprentissage en ligne a été le manque de cohésion du groupe et donc le manque d'engagement. Les auteurs recommandent de veiller à la clarté des attentes et des buts de cette forme d'apprentissage.

Etude 2 : Dias, M-H, Chambers-Evans, J. & Reidy, M. (2010). The consultation component of the clinical nurse specialist role. <i>Canadian Journal of Nursing Research</i> , 42 (2), 92-104.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Question/Hypothèse	Cadre de référence/Concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/Conclusion
Etude qualitative de type descriptive basée sur une enquête naturaliste.	16 infirmières cliniciennes spécialisées d'un grand hôpital universitaire, ayant au minimum 5 ans d'expérience et le degré master ont été sélectionnées. 8 d'entre elles, âgées de 41 à 60 ans, ont accepté de participer à l'étude.	Définir le volet consultation du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) à travers 4 questions de recherches. Quels sont les buts et objectifs du volet consultation du rôle d'ICS ? Comment les ICS décrivent le processus de consultation ? Quels sont les obstacles ou facilitateurs contextuels qui influencent le volet consultation ? Quelles sont les caractéristiques de l'ICS et de celui qui consulte dont il faut tenir compte afin que la consultation soit efficace ?	Le modèle théorique de la pratique infirmière avancée utilisé se base sur la définition émise par la Canadian Nurses Association comportant 5 volets : le leadership, la recherche, l'expertise clinique, la consultation et l'éducation. Pour traiter la partie consultation, les auteurs ont choisi le modèle conceptuel de Barron et White (2009).	Entretiens semi-structurés en français ou en anglais avec chaque participant. Les entretiens ont duré entre 60 et 90 minutes et ont été enregistrés. Le modèle de Barron et White a motivé les questions qui portaient sur : la façon dont la consultation s'intègre dans la pratique, les processus de consultation, les objectifs et indicateurs de résultats, les facteurs influençant et la relation entre consultant et consulté.	Les transcriptions des entretiens ont été analysées selon le modèle de Miles et Hubermann (2003). Les nouvelles données ont été comparées et examinées tout au long du processus pour assurer une compréhension complète du phénomène.	L'étude fournit des informations pertinentes pour les dirigeants et les administrateurs afin de maintenir et promouvoir le rôle de consultant et de promouvoir la valeur des ICS dans le système de santé. Pour cela le rôle doit être bien défini et compris. De plus, les auteurs affirment que le mentorat est essentiel au développement du volet consultation du rôle des ICS. De plus, les programmes d'éducation devraient fournir le temps et l'espace pour pratiquer et observer la mise en œuvre des différentes composantes du rôle d'ICS.



Etude 3 : Christiansen, A., Vernon, V. & Jinks, A. (2012). Perceptions of the benefits and challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong : a questionnaire study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 22, 1173-1181.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Question/ Hypothèse	Cadre de référence/ Concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/ Conclusion
Etude qualitative effectuée à l'aide d'un questionnaire ouvert.	120 infirmiers nommés en pratique avancée ou sur le point de l'être ayant participé à des ateliers menés par les chercheurs dans le cadre d'une coopération internationale.	Le but de la recherche est de déterminer l'attitude du personnel infirmier en pratique avancée envers le développement de cette pratique dans les soins d'urgence en dehors des heures d'ouverture à Hong Kong ainsi que d'identifier les facteurs perçus comme facilitant ou au contraire entravant le développement de leur rôle.	L'étude se place dans le cadre du développement de la pratique infirmière avancée à Hong Kong telle que décrite par la littérature de cette région. Les résultats seront développés et comparés avec la littérature internationale.	Un formulaire comprenant 2 questions ouvertes a été soumis à l'échantillon : Quels sont les bénéfices associés au développement du rôle de l'infirmier en pratique avancée ? et Quels sont les défis associés au développement des rôles de l'infirmier en pratique avancée ? Un questionnaire quantitatif joignait le formulaire, les chercheurs ont cependant décidé d'en développer le résultat dans une autre publication.	L'analyse de contenu thématique décrite par Burnard en 1991 et 1996. Les thèmes ressortis ont ensuite été codés en utilisant des approches décrites par Gebru et Willman en 1999 et Jinks et Chalder en 2007. L'utilisation de la quantification des données a été motivée par l'argumentaire de Maxwell (2010).	La vision qu'ont les participants au sujet des bénéfices l'emporte sur tous les défis de par le nombre de réponses apportées mais aussi par leur ampleur et leur profondeur. Cependant des questions importantes ont été soulevées. Les défis auxquels ils doivent faire face concordent avec ceux rencontrés dans la littérature internationale : les standards de formation et de réglementation, l'identification claire des normes de pratique, l'opposition des professionnels et du publique due à des lacunes dans la compréhension du rôle.

Etude 4 : Currie, K. & Grundy, M. (2011). Building foundations for the future : the NHS Scotland advanced practice succession planning development pathway. <i>Journal of Nursing Management</i> , 19, 933-942.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Question/ Hypothèse	Cadre de référence/ Concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/ Conclusion
Etude mixte menée de septembre 2008 à mars 2010.	15 infirmiers avec une moyenne post-diplôme de 18.5 ans. 4 sont en possession d'un diplôme post-grad et 2 d'un master provenant de divers disciplines avec des diverses fonctions. Tous intègrent le programme avec pour 6 d'entre eux une expérience préalable en pratique avancée, 3 sont préparés au rôle et les 6 restant dans le but d'un développement futur mais avec l'expérience d'une pratique autonome.	Mettre en évidence les conséquences, pour les cadres, de la mise en œuvre d'une planification nationale de la pratique infirmière avancée.	Le programme de développement de la pratique infirmière avancée en Ecosse et la planification de la relève se compose de 4 éléments interdépendants : Les thèmes généraux, les principes sous-jacents que sont les attributs de la pratique avancée, les mécanismes de soutien centraux et les solutions éducatives.	Des entretiens téléphoniques semi-structurés avec 7 supérieurs hiérarchiques ont eu lieu au départ et à l'achèvement du projet. Un questionnaire sous forme d'échelle de Likert et contenant des espaces pour des réponses ouverts a été distribué à tous les participants du programme par e-mail. Enfin, des entretiens téléphoniques avec 7 participants ont conclu l'étude.	Le principe d'analyse thématique décrit par Braun et Clarke a été appliqué aux entretiens téléphoniques qualitatifs. Les réponses aux questions ouvertes et les données quantitatives de l'échelle de Likert provenant de l'enquête ont été comptées pour produire des statistiques descriptives. Les données ont ensuite été mélangées selon la méthode décrite par Creswell et Plano Clarke en 2007 durant l'interprétation finale des résultats.	L'étude réaffirme le besoin d'un engagement organisationnel dans une planification de la relève incluant des mécanismes solides d'analyse des besoins des services et un financement adéquat pour le processus de développement. Les cadres sont perçus comme les points d'entrée d'opportunités de développement, les ressources doivent être ciblées pour soutenir la planification de la relève à travers le développement de personnes sélectionnées pour les postes de pratique avancée, eux même justifiés par les besoins des services.

Etude 5 : Sangster-Gromley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B. & DiCenso, A. (2010). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings : an integrative review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 67, (6), 1178-1190.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Question/ Hypothèse	Cadre de référence/ Concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/ Conclusion
Revue intégrative	12 études de langues anglaises tant qualitatives que quantitatives traitant de la mise en œuvre des rôles des infirmiers praticiens spécialisés au Canada. Leur date de parution est comprise entre 1997 et 2010. 5 études utilisent des questionnaires structurés, 5 se basent sur des entretiens et 2 une méthode mixte. Les participants aux recherches incluaient des infirmiers en pratique avancée, des gestionnaires et des administrateurs, des médecins, des infirmiers et d'autres membres de l'équipe de soins.	Faire un résumé de la littérature au sujet de l'expérience canadienne dans la mise en œuvre des rôles des infirmiers praticiens spécialisés et d'identifier les facteurs influençant la pratique afin de développer une compréhension approfondie de cette mise en œuvre.	Participatory, Evidence-Based, Patient-Focus Process for Advanced Practice Nursing Role Development, Implementation and Evaluation framework (PEPPA). Qui peut être traduit par le processus participatif, basé sur les preuves et centré sur le patient pour le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des rôles de la pratique infirmière avancée. En particulier les étapes 6 et 7.	Les recherches ont été effectuées dans les bases de données CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Source : Nursing Academic Edition, Medline, Social Science Index, PubMed, Web of Science et Psychinfo avec les mots clés : nurse practitioner, role, integration, implementation. Elles ont été complétées par de la littérature grise provenant de divers thèses, de documents gouvernementaux et de sites internet d'association infirmière.	Les études ont été examinées pour faire ressortir les barrières et les facilitateurs lors de la mise en œuvre des rôles de l'infirmier praticien. Ces données ont ensuite été converties en thèmes qui ont été analysés afin d'identifier des concepts relatifs à la mise en œuvre des rôles.	La compréhension et le soutien du rôle par l'équipe de soins ainsi que la volonté de collaborer sont réunis sous le concept d'acceptation. Les plans de mise en œuvre organisationnels, le soutien et les feedback, le rôle des gestionnaires et le soutien administratif sous celui de l'implication. Et la définition du rôle et des attentes ainsi que l'identification des buts de la mise en œuvre apparaissent dans le concept d'intention.

Etude 6 : Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L. & Doran, D. (2011). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68, (7), 1504-1515.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Question/ Hypothèse	Cadre de référence/ Concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/ Conclusion
Recherche qualitative descriptive	59 personnes provenant de 2 services de cardiologie de 2 hôpitaux universitaires d'une province canadienne. Les participants sont classés en trois groupes : intra-professionnel comprenant divers membres de l'équipe de soins, interprofessionnel avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire et managérial avec des cadres médicaux et des soins.	Comprendre le processus par lequel les frontières entre les professions ont été modifiées suite à l'introduction d'infirmiers praticiens et les effets sur le développement de leur champ de pratique ainsi que sur la capacité de l'équipe à donner des soins aux patients.	Les champs professionnels définis en termes législatifs avalisent tel ou tel professionnel a donné tel ou tel soin. En termes intra-professionnels, ils permettent de définir des sphères d'activité afin d'éviter la fragmentation des soins aux patients ainsi qu'à leur famille. En dehors de la discipline, ils représentent la distinction entre les infirmiers et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.	Des entretiens individuels et/ou en groupe de discussions ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretiens semi-structurés. Un minimum de 5 groupes de discussions, pour chacun des 2 sites de l'étude, ont été désignés en termes intra-professionnels, interprofessionnels et managériaux. Des documents écrits relatifs à l'introduction d'infirmiers praticiens provenant des 2 sites ont été analysés. Ils incluaient des rapports annuels, des directives médicales ou encore des descriptions de postes	Le contenu des entretiens a été analysé afin de catégoriser les données qualitatives. Les résultats provenant de chaque site ont été comparés avec l'autre pour faire ressortir les différences et les similitudes. Les entretiens ont été conduits jusqu'à atteindre une saturation des données. Les documents provenant des sites ont été classés chronologiquement et par catégories et examinés afin de comprendre et d'identifier les barrières et les facilitateurs à l'introduction du rôle d'infirmier praticien.	L'évolution des champs de pratique révèle les concepts suivants : Création d'espace Perte de valeur de la fonction Confiance Dynamique interpersonnelle Temps. La confiance entre les membres de l'équipe s'est révélée être un point essentiel. Le manque de cohérence entre les administrateurs dans l'octroi d'autorisation s'est révélé être un obstacle. Le travail sur des projets communs et la clarté des messages au sujet du rôle des infirmiers praticiens sont ressortis comme des facilitateurs.

Etude 7 : DiCenso, A. & Bryant-Lukosius, D. (2010). <i>Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision</i> . Ottawa : FCRSS						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Question/Hypothèse	Cadre de référence/Concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/Conclusion
Rapport de recherche composé d'un examen de la portée de la littérature, d'entretiens semi-structurés et de groupes de consultation.	471 documents relatifs aux infirmiers cliniciens spécialisés et aux infirmiers praticiens. 62 participants incluant 9 infirmiers cliniciens spécialisés, 13 infirmiers praticiens, 11 gestionnaires, 6 responsables politiques, 7 des autorités de réglementation, 5 du personnel enseignant, 7 médecins, 2 infirmiers diplômés, 1 pharmacien et 1 technicien en inhalothérapie. 4 groupes de consultations avec un total de 15 participants.	Déterminer et décrire les rôles et compétences des infirmiers cliniciens spécialisés et des infirmiers praticiens. Déterminer les principaux facteurs qui entravent ou facilitent l'élargissement et l'utilisation de ces rôles. Formuler des recommandations éclairées par les données probantes en matière de politiques et de pratiques susceptibles de favoriser une meilleure intégration de ces rôles dans le système de santé canadien.	Le cadre de travail de Lomas en 2000 qui affirme que la structure institutionnelle qui influe sur l'élaboration de politique est façonnée par des ensembles de données et des valeurs issues de croyances, d'idéologies et d'intérêts. Ce sont ces valeurs qui facilitent ou entravent une réelle intégration des infirmiers en pratique avancée dans le système de santé canadien.	Recherches dans les bases de données Medline, CINAHL, Embase et Web of Science à l'aide de descripteurs MeSH et de mots clés relatifs aux infirmiers en pratique avancée, dépouillement manuel de 4 revues particulièrement pertinentes dans ce domaine, recherche dans les sites d'organismes de recherches, professionnels et gouvernementaux ainsi qu'apport provenant des dossiers personnels des membres du comité consultatifs et de l'équipe de recherche. Entrevues semi-structurées conduites avec les 62 participants entre août 2008 et février 2009 en français ou en anglais. 3 groupes de consultations comprenant entre 3 et 6 participants recrutés lors d'une conférence internationale sur la pratique infirmière avancée et 1 groupe composé de 4 infirmiers praticiens issus du même milieu professionnel.	Une combinaison de tableau-résumé des données extraites de l'examen de portée, de comptes rendus sommaires et de discussions en équipe a été utilisée afin de produire des tableaux descriptifs regroupant des catégories de données et validés par l'ensemble de l'équipe. Les thèmes issus des entrevues ont été encodés sur la base de documents des cochercheuses principales datant de 2004. Les résultats issus des deux méthodes de collecte ont été intégrés en quête de thèmes similaires, complémentaires ou contradictoires.	Les obstacles et les facilitateurs pour l'utilisation et la définition des rôles des infirmiers en pratique avancée sont présentés sous forme de thèmes. Définition et introduction des rôles. Clarté des rôles et sensibilisation. Scolarité. Lois et règlements. Mise en œuvre des rôles. Relations intra-professionnelles et interprofessionnelles. Financement. Données probantes. Des recommandations ont été développées pour chaque type d'intervenants du système : Les soignants, les décideurs, les enseignants et les chercheurs.