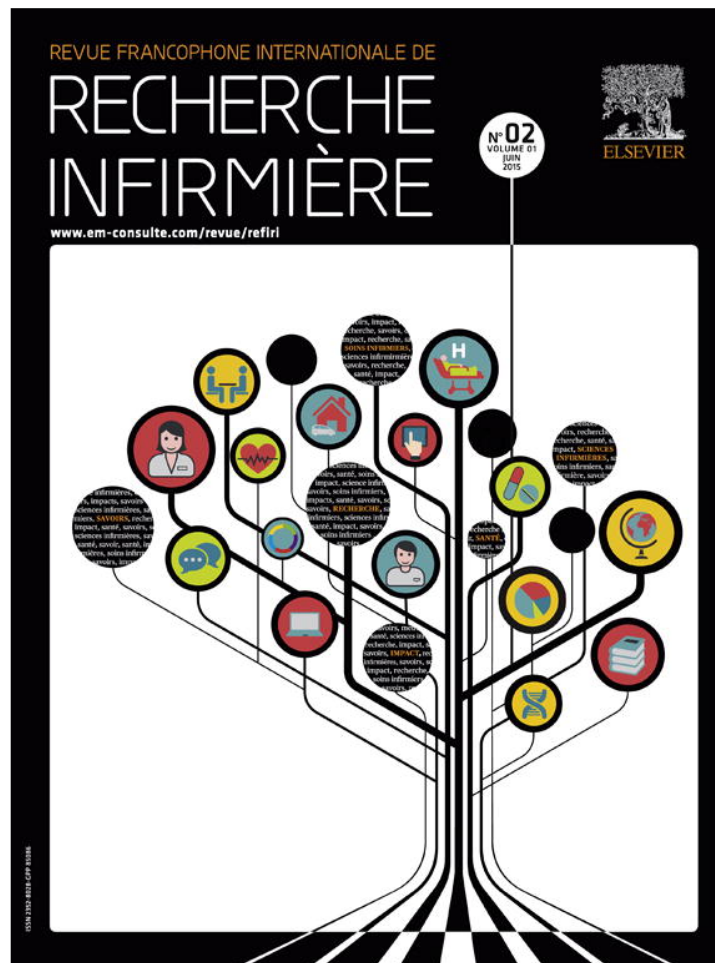


Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



EN DEHORS DE LA FRANCOPHONIE / *Management*

Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique



Identification of the main factors favouring the integration of nursing roles in advanced practice: An ethnographic study

Madrean Schober (PhD, MSN, ANP) (président)

Schober Global Healthcare Consulting, International Healthcare Consultants, 624 East Walnut Street, Indianapolis, Indiana 46204, États-Unis

MOTS CLÉS

Étude ethnographique ;
Infirmier de pratique avancée ;
Missions infirmières ;
Politique de santé ;
Pratique avancée en soins infirmiers

Résumé

Objectifs. – Cette étude vise à identifier les questions essentielles soulevées par la mise en œuvre de la pratique avancée en soins infirmiers dans un contexte national.

Méthode. – Une étude ethnographique reposant sur une approche de cas instrumentale a été réalisée à Singapour de 2008 à 2012. L'étude comprenait quatre phases : une analyse de document ($n=47$), des entretiens avec les principaux décideurs politiques ($n=12$), avec des cadres infirmiers et des directeurs médicaux ($n=11$) ayant supervisé la mise en œuvre des pratiques avancées infirmières, avec des infirmières de pratique avancée (IPA) et une observation participante dans l'environnement de pratique des IPA ($n=15$).

Résultats. – Bien que des décideurs aient exprimé le désir de soutenir le concept d'IPA, les résultats de l'étude ont révélé une absence de plan coordonné de mise en œuvre de ce projet. Nombre de difficultés dans l'introduction de cette fonction trouvent leur origine dans une compréhension trop vague de ce type de fonction et de sa place dans les soins de santé. Des tensions et des conflits se sont produits de façon inattendue dans les organisations de santé ayant introduit des IPA.

Adresse e-mail : madreans@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2015.04.005>

2352-8028/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Conclusion. – La planification stratégique pourrait faciliter l'intégration des IPA dans les équipes interdisciplinaires. En s'appuyant sur une revue de la littérature et sur les résultats de cette étude, des éléments clés devant nécessairement être pris en compte dans une démarche de ce type ont pu être identifiés afin de faciliter l'intégration des infirmiers de pratique avancée dans un système de santé. Bien que la recherche ait été menée à Singapour, les conclusions de cette étude peuvent être utiles pour d'autres pays qui traversent les premières étapes visant à introduire des IPA dans leurs organisations sanitaires.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Advanced nurse practitioner;
Advanced nursing practice;
Ethnographic study;
Health care policy;
Nursing missions

Summary

Objectives. – This study aiming to identify the main issues raised by the implementation of advanced practice in nursing in a national context.

Method. – An ethnographic study based on an instrumental case approach was carried out in Singapore from 2008 to 2012. The study comprised four stages: a document analysis ($n=47$), interviews with the main policy deciders ($n=12$), with nurse supervisors and medical directors ($n=11$) having overseen the implementation of advanced nursing practices, with advanced nurse practitioners (ANPs) and participant observation in the practice environment of ANPs ($n=15$).

Results. – While the policy deciders expressed a desire to support the concept of ANPs, the results of the study revealed the absence of any coordinated plan for the implementation of this project. A number of difficulties in introducing this function appear due to the lack of understanding of this type of function and its place in health care. Tensions and conflicts have arisen unexpectedly in health organisations having introduced ANPs.

Conclusion. – Strategic planning could facilitate the integration of ANPs into the interdisciplinary teams. By using a literature review and the results of this study as a basis, key elements which must be taken into account in an approach of this type have been identified in order to facilitate the integration of advanced nurse practitioners into a health system. While the research was carried out in Singapore, the conclusions of this study can be useful for other countries undertaking the first steps aimed at introducing ANPs into their health care organisations.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

L'augmentation de la demande en soins a donné l'opportunité aux infirmières¹ de faire évoluer leur contribution dans l'offre de soins et de réexaminer leurs missions et activités dans le domaine de la clinique.

L'introduction de la pratique avancée en soins infirmiers dans l'offre de soins est une tendance observable dans le monde entier [1–4]. Les réflexions nationales qui examinent la possibilité d'ouvrir de nouveaux champs d'exercice aux infirmières ont souvent lieu dans le cadre plus vaste de restructurations de l'offre de soins au sein d'un système de santé.

Dans une étude conduite dans 12 pays développés, Delamare et Lafortune [1] ont noté la nécessité d'adapter la législation en conséquence et d'effectuer ces adaptations en respectant la spécificité propre à chaque pays. Si l'adaptation de la législation est nécessaire, elle n'est toutefois pas suffisante. Les éléments essentiels à prendre en considération lors de l'introduction de la pratique avancée

sont complexes et multiples, ils ne doivent pas être négligés afin de faciliter le processus.

Contexte

Les infirmières en pratique avancée (IPA) acquièrent des connaissances et des compétences qui dépassent celles des infirmières de soins généraux afin de leur permettre de proposer des soins qui comprennent l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic de pathologies, la prescription de médicaments ainsi que diverses interventions thérapeutiques. Elles peuvent en outre orienter des patients vers d'autres professionnels.

Élargir le domaine de compétences des infirmières dans le champ de la clinique impose un changement de paradigme.

Envisager l'intégration des IPA dans un système de santé d'un pays est complexe. Cela représente un défi pour les décideurs ainsi que pour les acteurs du système de santé, notamment les professionnels de santé.

La formation qualifiante ainsi que la reconnaissance de ce type d'exercice sont deux facteurs essentiels afin de garantir un statut professionnel aux IPA.

¹ Lire infirmier, infirmière.

Dans la littérature, plusieurs auteurs déplorent le manque de clarté des missions et activités dévolues aux IPA, les ambiguïtés parfois observables dans leur profil de fonction ainsi que le chevauchement de leur domaine de compétences avec celui d'autres professionnels de la santé [4–7]. Ces constats génèrent une confusion. Éviter des écueils est essentiel lorsqu'on souhaite faciliter l'introduction de cette fonction. Il est souhaitable d'adopter une approche pragmatique et coordonnée reposant sur une planification stratégique s'appuyant sur une réflexion préalable centrée sur les points cruciaux. L'utilisation d'un cadre théorique pour aborder la mise en œuvre des IPA aide à intégrer cette fonction dans son contexte, à réduire la confusion générée et à évaluer des résultats. Le modèle PEPPA, proposé par Bryant-Lukosius et Dicenso [8,9], propose un guide pour le développement de la fonction d'IPA, pour sa mise en œuvre et son évaluation. La littérature internationale souligne la nécessité d'employer un processus systématique et fondé sur des preuves afin de créer un environnement favorable à l'implémentation de l'IPA [6,10–12]. Les recommandations formulées dans cette étude sont étayées par l'analyse de la littérature ainsi que par les résultats de cette recherche.

L'étude

Objectif

L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs influençant le développement de la pratique infirmière avancée et de repérer les questions essentielles soulevées par la mise en œuvre de la pratique avancée en soins infirmiers dans un contexte national. La recherche visait à explorer non seulement l'élaboration de politiques dans ce domaine, mais aussi observer les réalités de leur mise en œuvre dans les environnements de pratique.

Méthodologie

L'étude ethnographique a été conduite sur une période de quatre ans : du mois de juin 2008 au mois de juillet 2012. Les résultats présentés font partie d'un programme de recherche plus large [13] mené à Singapour afin d'examiner les facteurs influençant le développement de la fonction d'infirmière de pratique avancée dans ce pays. Elle comportait quatre phases :

- une analyse documentaire ;
- des entretiens avec les décideurs à l'origine de l'introduction des IPA ;
- des entretiens avec des infirmières cadres de santé et des directeurs médicaux ayant supervisé la mise en œuvre de ces projets ;
- des entretiens et des observations participantes réalisés auprès d'IPA.

Les documents ($n=47$) relatifs au développement des IPA à Singapour ont été recueillis auprès de diverses sources : bases de données de recherche, décideurs clés. . .

La littérature grise et les articles publiés ont été examinés (incluant les études primaires, politiques, prises de

position, éditoriaux, essais, commentaires, actes de conférence et rapports institutionnels).

Trente-huit participants ont été recrutés dans cette étude : des décideurs clés ($n=12$), des gestionnaires de soins infirmiers et directeurs médicaux ($n=11$) et des IPA ($n=15$). Les représentants du gouvernement, des dignitaires de l'université, le personnel universitaire, des gestionnaires de soins infirmiers, les directeurs médicaux, les consultants recrutés dans l'étude avaient une connaissance directe du développement et de la mise en œuvre des IPA. Les participants des phases 2 et 3 ont été recrutés sur la base de l'information tirée de l'analyse de documents réalisée lors de la phase 1.

Les IPA ont été recrutés dans divers milieux cliniques. Elles avaient une expérience variée dans la fonction d'IPA, allant du niveau de débutante à plus de cinq ans d'exercice. Les participants recrutés dans les phases 2 et 3 ont permis d'identifier les IPA à inclure dans la phase 4.

Recueil des données

Les données ont été recueillies en quatre phases :

- phase 1, identification des documents pertinents à Singapour ;
- phase 2, entretiens avec les décideurs clés ayant une bonne connaissance du processus de développement de la pratique infirmière avancée mis en œuvre ;
- phase 3, entretiens avec des cadres infirmiers, des directeurs médicaux et des consultants ayant supervisé la mise en œuvre de cette fonction ;
- phase 4, entretiens et observation participante avec des infirmières en pratique avancée dans les environnements cliniques.

La ville-État de Singapour a été retenue comme cas d'étude car elle était au premier stade d'introduction de la fonction d'IPA. L'examen approfondi des documents a permis d'informer davantage la conduite de l'étude. Une analyse exhaustive de la littérature a été entreprise avant la phase 1. Après l'analyse de la phase 1, des entretiens ont été menés avec des fonctionnaires et des dignitaires clés. Des entretiens avec des gestionnaires infirmiers et médicaux ont été effectués au terme des phases 1 et 2. Les entretiens avec les IPA et une observation participante dans les milieux cliniques ont été réalisés après l'achèvement des phases 1, 2 et 3. Les données recueillies à partir des phases antérieures ont informé de la conduite des phases ultérieures.

Considérations éthiques

Le protocole de cette recherche a été approuvé par le comité éthique de la recherche de l'université de Sheffield Hallam à Sheffield, au Royaume-Uni et par l'Institutional Review Board de l'université nationale de Singapour. Une lettre d'information a été remise à chaque participant dans le but de leur communiquer les objectifs de l'étude. Un consentement écrit a été demandé à chaque participant. Ils ont par ailleurs été informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Les données ont été codées afin de préserver la confidentialité et de respecter l'anonymat des participants.

L'analyse des données

L'analyse qualitative des données a été réalisée selon la méthode proposée par Ritchie, Spencer et O'Connor [14]. La structure « en entonnoir » décrite par Hammersley et Atkinson [15] pour l'analyse ethnographique a également été employée. Le logiciel NVIVO9® a été utilisé afin de faciliter le codage des données. Les données codées ont été organisées afin d'obtenir une classification composée de catégories et de sous-catégories. Les différents thèmes ont été codés et comparés dans les quatre phases de l'étude. L'identification des relations entre les différentes catégories a permis d'identifier la façon dont ont été élaborées les politiques d'introduction des IPA à Singapour et comment elles ont été mises en œuvre. Une analyse préliminaire a été conduite au terme de chacune des phases de l'étude, ces résultats ont informé les phases ultérieures de l'étude. Une analyse composite basée sur la triangulation de toutes les sources de données a été réalisée au terme de l'étude. Toutes les phases de l'étude séquentielle étaient liées de sorte que les résultats de premières phases ont informé les phases ultérieures ; un chevauchement minimal était observable après chaque phase de l'analyse des données issues de la phase précédente.

L'analyse des données articulait quatre techniques :

- familiarisation et immersion dans les données ;
- identification d'une approche systématique pour coder les données et les notes de terrain ;
- organisation des données codées dans les principales catégories et sous-catégories ;
- interprétation de l'ensemble des énoncés et identification des relations entre les différentes catégories.

L'analyse ethnographique part des données non structurées ; des catégories analytiques sont ensuite développées de manière simultanée afin de capturer les aspects pertinents des données.

La mise en œuvre dans un contexte national

La mise en œuvre de la fonction d'IPA exige d'engager des changements multiples et importants. Il s'agit de soutenir l'introduction de cette fonction et d'éliminer les obstacles à l'établissement du domaine de compétences de l'IPA [1]. Les résultats de l'étude laissent à penser que l'identification des éléments essentiels à une mise en œuvre réussie de la pratique avancée pourrait être utile à d'autres pays qui s'engagent dans les premières étapes d'un projet de cette nature.

La mise en œuvre réussie de la pratique avancée demande d'opérer une transition entre une pratique infirmière généraliste et une pratique infirmière avancée. Cette transition demande d'intégrer de nouvelles connaissances, de nouvelles capacités et de prendre conscience des responsabilités associées à ces fonctions. En dépit de l'abondante littérature qui traite de la pratique infirmière avancée [1–3,6,7,16], les processus d'introduction et de mise en œuvre de la fonction IPA jugés les plus pertinents restent encore à clarifier. Minami [17,18] a noté que l'introduction effective de la pratique infirmière avancée doit tenir compte

des spécificités de l'environnement de soins local. Elle souligne également que ce processus doit permettre de mieux répondre aux besoins de la population du pays concernée en s'inscrivant dans une réforme plus large du système de santé. Dans un document de l'Organisation mondiale de la santé [19], la promotion de la pratique avancée dans la région de la Méditerranée orientale est érigée en priorité absolue tant cette fonction est jugée nécessaire. Schober et Affara [4] ont identifié une variabilité importante entre les pays en voie de développement dans ce domaine, la fonction d'IPA était dépendante du contexte du pays mais aussi de la culture de soins infirmiers. Dans une revue exhaustive de la littérature réalisée dans le cadre de cette étude, un certain nombre de facteurs considérés comme essentiels à la mise en œuvre réussie des IPA dans un contexte national ont pu être mis en évidence [1–6,8–10,16,18].

Examinons chacun de ces facteurs :

- la nécessité d'établir un cadre législatif explicite permettant de cerner clairement le domaine de compétences ouvert IPA ;
- l'élaboration de stratégies destinées à sensibiliser aux caractéristiques de la fonction d'IPA ;
- la différenciation claire du champ d'intervention des IPA de ceux des autres professionnels de la santé ;
- disposer de cadres dotés d'un solide leadership afin de faciliter la mise en œuvre du projet.

L'objectif de cet article n'est pas d'explorer en détail chacun de ces facteurs. L'analyse de la littérature ainsi que les résultats de cette recherche [13] mettent en évidence des tendances : manque de clarté dans la description de cette fonction, indécision quant au positionnement de l'IPA au sein de l'équipe interdisciplinaire ou encore ambiguïté quant à la fonction. Donald et al. [5] ont souligné qu'une absence de planification lors de l'introduction de la fonction a souvent pour conséquence un flou dans la définition de la fonction. Il apparaît donc nécessaire de sensibiliser les parties prenantes concernées par l'introduction d'infirmières de pratique avancée afin que les questions essentielles suscitées par un tel projet puissent être examinées très en amont.

Une définition floue de la fonction d'IPA

Le manque de clarté dans la description de la fonction est un obstacle majeur à l'introduction de l'IPA. Attachons-nous à examiner successivement le point de vue de l'encadrement, les champs de compétences partagés de l'IPA ainsi que la complexité inhérente à la mise en œuvre d'un tel projet. Des préconisations spécifiques seront dégagées pour chacun de ces aspects au regard des résultats de cette recherche.

Point de vue de l'encadrement

Les cadres infirmiers et les directeurs médicaux ont souligné qu'ils étaient responsables de la mise en œuvre de la fonction d'IPA au sein de leur structure. En outre, l'étude a révélé le pouvoir dont disposaient les cadres des établissements de santé ainsi que la présence de leurs décisions sur la juridiction nationale. Les cadres ont admis qu'ils n'avaient qu'une idée assez vague de ce qu'ils pouvaient

attendre de ce type d'infirmière. Les cadres infirmiers hésitaient quant à la manière d'implanter cette nouvelle fonction. Parfois, au terme de leur formation, les infirmières retrouvaient leurs tâches habituelles. La citation qui suit présente le point de vue d'un médecin-conseil sur la mise en œuvre IPA : « Les règlements n'ont pas encore été établis. Je n'ai aucune idée de ce qui se passe. Je ne suis pas consultée. Je ne connais pas le processus employé. Il serait agréable d'être tenu informé » (Participant 18MC).

Un leader en soins infirmiers donne son point de vue sur ce nouveau rôle infirmier : « Les gens ne sont pas très familiers avec ce sujet [mise en œuvre du rôle IPA]. Nous sentions que nous étions en difficulté. Nous l'avons dit au comité en charge de l'introduction des IPA. Ils n'ont jamais développé une politique ou des lignes directrices. Il y avait beaucoup de confusion. C'est un parcours difficile : apprendre et progresser, ne pas regarder en arrière » (Participant 16NL).

Un deuxième chef de file des soins infirmiers a complété la perspective de l'établissement : « Je ne sais pas exactement qui a pris la décision de former des IPA. Je pense que c'était une initiative du ministère de la Santé. Vous vous demandez si l'hôpital et le ministère de la Santé partagent la même vision » (Participant 20NL).

Les cadres infirmiers ayant une connaissance limitée de la fonction des IPA, peinaient à mettre en évidence la *plus-value* apportée par cette catégorie d'infirmières, freinant par voie de conséquence leur promotion et l'augmentation de leur rémunération. Lorsque des divergences existaient entre les politiques institutionnelles des établissements de santé et les directives nationales, les IPA se sentaient tenues de suivre les orientations des institutions dans lesquelles elles exerçaient. La formation des IPA était surtout centrée sur l'acquisition de connaissances théoriques, l'intégration de ces acquis dans la clinique restait insuffisante. Au début de la mise en œuvre du projet, les étudiants en fin de formation avaient une vision claire de leurs missions, ce qui n'était pas le cas des cadres infirmiers et des directeurs médicaux. Ces disparités, quant à la compréhension même de ce qu'est une infirmière de pratique avancée, ainsi que le caractère parfois ambigu du positionnement de cette catégorie d'infirmières ont été à l'origine de tensions dans les milieux de travail entre les IPA, les cadres infirmiers et les directeurs médicaux. Des divergences existaient quant à la conception de la pratique avancée en soins infirmiers : certains considérant les IPA comme des professionnels médicaux, d'autres comme des infirmiers experts. Cette différence de conception engendrait des débats quant à l'autorité hiérarchique dont elles devaient dépendre : cadre infirmier, directeur médical, ou les deux.

Préconisation 1 : les parties prenantes doivent engager une réflexion préparatoire avant la mise en œuvre du projet afin de clairement définir le profil de fonction de l'IPA et son positionnement dans l'institution. Ils doivent ensuite se réunir régulièrement durant la phase initiale d'introduction de la fonction afin d'évaluer les réactions générées. Le positionnement hiérarchique et fonctionnel des IPA doit être précisé. La phase initiale d'introduction de la fonction doit permettre, si besoin, de réaliser des réajustements. Par ailleurs, une vaste campagne d'information doit être engagée afin de promouvoir cette nouvelle fonction auprès de tous les professionnels de santé.

Spécifier la contribution spécifique de l'IPA dans l'équipe interdisciplinaire

Donald et al. [5,8,9] soulignent que « le phénomène de chevauchement des champs de compétences entre professions de santé n'est pas nouveau, tout comme la nécessité d'établir une communication claire et de délimiter les rôles. » Le manque de différenciation des IPA au regard des autres catégories d'infirmiers peut générer de l'incertitude et conduire au développement d'attitudes négatives à l'égard des IPA [13]. Un leader de soins infirmiers a proposé une solution à ces tensions avec les autres infirmières : « Quand l'IPA est revenue, les infirmières ne supportaient pas cette fonction. Elles ne consultaient pas l'IPA. L'IPA a été perçue comme hautaine au regard des autres infirmières. Nous avons examiné la situation. La fonction d'IPA a, dans un premier temps, été introduite séparément des soins infirmiers pour ensuite rejoindre de nouveau le personnel infirmier. C'était très douloureux pour elles car elles pensaient qu'elles étaient trahies par le monde des soins infirmiers » (Participant 1NL).

Cette étude a mis en évidence que les infirmières ne considéraient pas l'IPA comme partie intégrante du groupe professionnel infirmier, elles soulignaient également leur ignorance du champ de compétences ouvert à l'IPA. Les infirmières possédant plus de vingt années d'expérience professionnelle ne comprenaient pas pourquoi une infirmière avait besoin d'un master pour faire ce qu'elles-mêmes avaient l'impression de faire déjà. Les IPA ne se sentaient pas acceptées par les autres infirmières dans leur nouvelle fonction. Il en résultait chez l'IPA un sentiment d'isolement professionnel.

Par ailleurs, l'existence de chevauchements entre le domaine de compétences des infirmières de pratique avancée et celui des médecins a été à l'origine d'une résistance de ces derniers dans les premières phases d'introduction de cette fonction. Les médecins ont contesté le niveau de formation des IPA en comparaison au leur et étaient sceptiques quant à leur capacité à travailler de façon autonome. Lorsque l'IPA était perçue comme l'alliée du médecin et qu'elle avait été acceptée par la communauté médicale, il leur était reproché par les infirmiers de s'éloigner de leur groupe professionnel. Initialement, les médecins avaient une connaissance limitée de la pratique infirmière avancée. Avec le temps, et au fur et à mesure de leur collaboration, avec les IPA leur résistance diminuée et ils leur ont apporté un soutien croissant.

Force est de constater que l'acceptation de l'IPA par la profession médicale est un facteur essentiel au succès de l'introduction de la fonction dans le système de santé. Le directeur médical d'un hôpital souligne : « Les médecins ne comprennent pas ce que l'IPA fait. Beaucoup de mes collègues ne sont pas au clair avec cette fonction. Je pense qu'il y a beaucoup d'idées fausses. Tant que vous ne travaillez pas avec une IPA, vous ne pouvez pas comprendre ce qu'elle fait. C'est le problème que nous avons. Ils étaient frustrés » (Participant 19ML).

Préconisation 2 : rédiger des profils de fonction et des profils de poste clairs pour l'IPA. Définir clairement ses relations fonctionnelles et hiérarchiques dans l'équipe interdisciplinaire. Mettre en place un groupe de pairs afin

que les IPA puissent se sentir soutenues dans cette phase d'introduction de leur fonction. Promouvoir la discussion entre professionnels de santé dans une relation respectueuse afin de préserver la communication et garder une volonté de régler les conflits quand ils se produisent (voir préconisation 1).

Complexité de mise en œuvre des pratiques avancées infirmières

Lorsque le concept de pratique infirmière avancée bénéficie d'un large soutien, les chances d'attirer l'attention des décideurs sur cette question augmentent et les engagent à concevoir des politiques visant à soutenir les IPA [2,5]. Toutefois, cette étude a révélé qu'une dynamique uniquement initiée par les politiques à un niveau central se révèle insuffisante. Les processus d'intégration d'une nouvelle fonction infirmière dans le système de santé s'est avéré plus complexe et difficile que prévu. Une confusion et des tensions sont apparues à plusieurs niveaux dans les étapes initiales de la mise en œuvre des IPA. Elles se cristallisaient principalement autour des questions relatives à l'ambiguïté de cette fonction ainsi que sur des perceptions différentes de l'existence d'un besoin de disposer d'IPA dans le système de santé. Tous les participants de l'étude, qu'ils occupent des postes de direction, d'encadrement ou qu'ils soient IPA ont été confrontés aux réalités de l'intégration de cette fonction et ont émis le souhait que le projet d'introduction soit mieux coordonné. Cet argument a également été exprimé dans une large étude canadienne [5].

Préconisation 3: l'introduction des IPA doit nécessairement être précédée par une analyse approfondie du contexte national. Développer un plan stratégique ne pourra bien entendu pas éviter toutes les difficultés, mais il permettra potentiellement de faciliter l'intégration de la fonction d'IPA en anticipant les conséquences d'un tel changement dans le système de santé du pays concerné. Au niveau opérationnel, des réflexions préparatoires doivent réunir les cadres infirmiers, les directeurs médicaux, les médecins, les infirmières et aussi le personnel auxiliaire. L'élaboration d'un projet coordonné doit (voir également les préconisations 1 et 2) :

- définir clairement les mécanismes d'évaluation des IPA ;
- identifier les liaisons hiérarchiques de l'IPA dans son exercice clinique. Qui est responsable d'évaluer l'IPA? Qui peut la consulter? Cadres infirmiers, directeurs médicaux, ou les deux? ;
- établir une infrastructure permettant l'établissement d'une communication collégiale au sein du groupe des IPA (les conseils d'IPA, club de lecture, ateliers de formation continue) ;
- définir un plan spécifique de communication décrivant la fonction et les activités d'un IPA à destination des professionnels de santé et du public. Leur donner la possibilité de poser des questions et d'engager une discussion sur ce thème ;
- concevoir des méthodes d'évaluation spécifiques à la fonction d'IPA au regard de son exercice clinique. Prévoir un suivi et rédiger des rapports permettant de dégager des enseignements utiles à l'introduction ultérieure de nouvelles fonctions.

Discussion

Le but de cet article est de présenter les résultats de la recherche explorant les facteurs essentiels à la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée. Les résultats illustrent le caractère multiforme de la phase d'introduction des IPA dans un système de santé. Une description des défis rencontrés et surmontés a été réalisée. Les principales conclusions de l'étude ont identifié des facteurs qui entravaient la mise en œuvre : le manque d'un plan coordonné pour inclure les IPA dans le personnel de santé ; le manque de clarté du rôle ; et l'absence d'un plan efficace pour la promotion du développement de carrière. Cadres infirmiers, directeurs médicaux et IPA ont souligné que le manque de plan coordonné aboutit à une approche fragmentée des différentes phases de mise en œuvre. Cadres infirmiers et directeurs médicaux étaient, certes, en position d'autorité, mais se sentaient obligés de suivre les directives du ministère de la Santé, même s'ils n'avaient qu'une connaissance limitée de la manière de procéder. Cette étude montre que la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée s'accompagne d'un mélange d'enthousiasme pour cette fonction, d'incertitude et de confusion dans les tentatives visant à définir la position que cette nouvelle infirmière a dans les professions de santé. Le manque de compréhension de la fonction d'IPA a conduit les institutions à être peu inclinées à employer ce type d'infirmières et à leur accorder l'autonomie requise. Certaines IPA ont même repris les fonctions qu'elles occupaient avant leur master. Sans une approche stratégique et coordonnée à un niveau central, les employeurs développent leur propre définition de l'IPA et lui accordent une autonomie variable. Il en résulte un différentiel important entre l'intention des politiques nationales et la mise en œuvre au niveau des institutions. Certains leaders étaient fermement convaincus que l'IPA pourrait contribuer positivement à la prestation de services de soins de santé. Même si les IPA avaient acquis des compétences durant leur formation, elles étaient confrontées à des niveaux d'autonomie variés dans la pratique clinique et devaient gagner la confiance des professionnels de santé. Durant la réalisation de l'étude, et malgré certains progrès accomplis dans la mise en œuvre des IPA, les gestionnaires et les IPA s'accordent sur constat que l'introduction des IPA aurait été facilitée si un plan coordonné avait été préalablement établi.

Conclusion

La part grandissante occupée par la pratique infirmière avancée dans la prestation de services de soins de santé est une tendance jugée encourageante par beaucoup au sein de la profession infirmière. L'enthousiasme suscité par la pratique infirmière avancée peut toutefois être altéré lors de la phase de mise en œuvre effective de cette fonction. Cette étude a permis d'identifier des facteurs essentiels devant être examinés dans le cadre du développement de stratégies facilitant la mise en œuvre de la fonction d'IPA. Il est à noter que si l'IPA ne peut réinvestir les acquis de sa formation dans sa pratique, on peut considérer qu'il s'agit d'une mauvaise utilisation des compétences et conduire de surcroît à un dysfonctionnement dans la prestation des soins de santé.

Cette recherche a mis en lumière les défis et les obstacles potentiels rencontrés lors de la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée à Singapour. Les enseignements dégagés de cette expérience nationale aideront sans aucun doute d'autres pays engagés dans les phases initiales de développement IPA. Les préconisations proposées doivent favoriser la conception d'une approche stratégique coordonnée en faveur de la mise en œuvre de la fonction d'infirmière de pratique avancée. Sur le plan pratique, une approche stratégique et coordonnée pour la mise en œuvre IPA, tenant compte des recommandations dans le présent document, peut faciliter l'intégration de ces infirmières dans le personnel de santé.

Remerciements

L'auteur remercie tous ceux qui ont participé à la réalisation de la recherche.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Paper No. 54/DELSA/HEA/WD/HWP; 2010 <http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>
- [2] DiCenso A, Bryant-Lukosius D. Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada: a decision support synthesis. Office of Nursing Policy Health Canada: Canadian Health Services Research Foundation; 2010 [Retrieved January 25, 2014, from http://www.cfhficass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/DiCenso_EN_Final.sflb.ashx].
- [3] Schober M. Global perspectives on advanced nursing practice. In: Joel LA, editor. *Advanced practice nursing: essentials for role development*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2013. p. 71–104.
- [4] Schober M, Affara F. *Advanced nursing practice*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- [5] Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Kilpatrick K, Carter N, et al. *Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity*. *Nurs Leadersh* 2010;23(Special Issue):189–210.
- [6] Gardner G, Chang A, Duffield C. Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *J Adv Nurs* 2007;57(4):383–91.
- [7] Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *J Nurs Scholarsh* 2010;42(1):31–9.
- [8] Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne GA, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs* 2004;48(5):519–29.
- [9] Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs* 2004;48(5):530–40.
- [10] Daly WM, Cornwall R. Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating elementary, specialist and advancing nursing practice. *J Clin Nurs* 2003;12(2):158–67.
- [11] Furlong E. Advanced nursing practice: policy, education and role development. *J Clin Nurs* 2005;14(9):1059–66.
- [12] De Geest S, Moons P, Callens, Gut C, Lindpainter, Spirig R. Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly* 2008;138(43–44):621–8.
- [13] Schober M [Doctoral thesis] Factors influencing the development of advanced practice nursing in Singapore. Sheffield Hallam University; 2013 [Available through archives: <http://www.shura.shu.ac.uk/7799/>].
- [14] Ritchie J, Spencer L, O'Connor W. Carrying out qualitative analysis. In: Ritchie J, Lewis L, editors. *Qualitative Research Practice*. London: Sage Publications Ltd; 2003. p. 219–62.
- [15] Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography: principles in practice*. 3rd ed. London: Routledge; 2007.
- [16] Sastre-Fullana P, De Pedro-Gomez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Ascencio JM. Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *Int Nurs Rev* 2014;61(4):534–42.
- [17] Minami H. Foreward. In: Schober M, Affara F, editors. *Advanced nursing practice*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- [18] Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapao L, Dussault G. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Rev Lat Am Enferm* 2013;21(Special Issue):38–46.
- [19] World Health Organization-Eastern Mediterranean Region. Fifth meeting of the regional advisory panel on nursing and consultation on advanced practice nursing and nurse prescribing: implications for regulation, nursing education and practice in the Eastern Mediterranean. Report WHO-EM/NUR/348/E/L. Cairo: Author; 2001.