

Université de Montréal

Recension intégrative des écrits sur la collaboration entre l'infirmière praticienne
spécialisée et l'infirmière clinicienne en soins de première ligne.

par

Zina Benshila

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

en vue de l'obtention du grade de Maître
ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières

Option Expertise-Conseil

Janvier, 2014

© Zina Benshila, 2014

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé :

Recension intégrative des écrits sur la collaboration entre l'infirmière praticienne
spécialisée et l'infirmière clinicienne en soins de première ligne.

Présenté par :

Zina Benshila

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Denise Malo, Ph.D., directrice

Chantal Cara, Ph.D., membre du jury

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Table des matières..... | i |
| Liste des tableaux..... | iii |
| Liste des figures..... | iv |
| Liste des abréviations..... | v |
| Introduction..... | 1 |
| Chapitre premier : Problématique et contexte..... | 3 |
| Chapitre deux : La méthode d'analyse des écrits retenue : | |
| la recension intégrative des écrits..... | 11 |
| Étape 1 : L'identification du problème..... | 12 |
| Étape 2 : La recherche des écrits..... | 12 |
| Étape 3 : L'évaluation de la qualité des écrits..... | 14 |
| Étape 4 : L'analyse des données..... | 15 |
| Étape 5 : La présentation des résultats..... | 17 |
| Chapitre trois : Les résultats de la recension intégrative des écrits..... | 18 |
| Préparer le terrain..... | 19 |
| S'informer..... | 21 |
| S'approprier..... | 22 |
| Se donner du temps..... | 24 |
| Se sentir soutenus..... | 26 |
| Niveau organisationnel..... | 26 |
| Niveau professionnel..... | 27 |
| Niveau personnel..... | 29 |
| S'évaluer pour s'améliorer..... | 31 |
| Préciser les retombées (conséquences) attendues..... | 31 |
| Réévaluer régulièrement et rectifier le tir..... | 33 |
| Proposition théorique..... | 34 |
| Chapitre quatre : Discussion..... | 36 |
| Les forces du travail d'analyse et de la proposition théorique..... | 37 |

| | |
|--|----|
| Les limites du travail d'analyse et de la proposition théorique..... | 39 |
| Recommandations..... | 41 |
| Conclusion..... | 44 |
| Références..... | 46 |
| ANNEXE A : Les 17 activités réservées aux infirmières | 53 |
| ANNEXE B : Les 5 activités spécifiques aux IPS..... | 55 |
| ANNEXE C : Tableau récapitulatif des 30 sources d'information retenues pour analyse..... | 57 |
| ANNEXE D : Exemple d'une codification ouverte appliquée à un de nos écrits..... | 64 |
| ANNEXE E : Exemple d'une codification axiale | 66 |
| ANNEXE F : PEPPA modèle pour guider l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de rôles en soins infirmiers en pratique avancée..... | 68 |
| ANNEXE G : Stratégies de communication et de collaboration pour l'IPS et l'IC..... | 70 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau récapitulatif des 30 sources d'information retenues pour analyse..... | 57 |
| Tableau sur les stratégies de communication et de collaboration pour l'IPS et l'IC..... | 70 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Collaborer : s’investir collectivement dans la pratique coopérative des soins infirmiers..... | 35 |
| Figure 2 : Exemple d’une codification axiale | 67 |
| Figure 3 : PEPPA modèle pour guider l’élaboration, l’implantation et l’évaluation de rôles en soins infirmiers en pratique avancée | 69 |

Liste des abréviations

AIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

AIPSQ : Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec

ASSSM : Agence de santé et de services sociaux de Montréal

CCRPS : Conseil consultatif de règlementation des professions de la santé

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CMQ : Collège des médecins du Québec

CRI : Clinique-réseau intégrée

GMF : Groupe de médecine familiale

IC : Infirmière clinicienne

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

IPSPL : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEPPA: Participatory, evidence-based, patient-focused process for guiding the development, implementation, and evaluation of advanced practice nursing

WIHI: Web institute for healthcare improvement

Introduction

Ce travail dirigé est né des questionnements que nous avons eus face à la collaboration entre les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les infirmières cliniciennes (IC) que nous avons pu observer lors d'un stage en soins de santé de première ligne. Cette collaboration semblait parfois s'articuler difficilement au quotidien. Ceci nous a amené à nous intéresser aux écrits sur le sujet puis à vouloir réfléchir sur les meilleures pratiques afin de proposer des pistes susceptibles de favoriser une collaboration plus efficace entre ces deux types d'infirmières, toutes deux indispensables à notre système de santé,.

Ce travail dirigé, sous forme de recension intégrative des écrits selon la méthode de Whitemore et Knafl (2005), porte sur la collaboration entre l'IPS et l'IC. Cette recension est, à notre connaissance, la première du genre à être réalisée sur ce thème. Elle vise à analyser les connaissances écrites sur la collaboration IPS-IC afin de proposer une conceptualisation originale qui intègre ces connaissances. Elle est divisée en quatre chapitres. Le premier chapitre présente la problématique et le contexte de ce travail, le deuxième la méthode, le troisième les résultats et le quatrième la discussion de ces résultats ainsi que les recommandations pour la pratique, la gestion, l'éducation et la recherche.

Chapitre premier

Problématique et contexte

Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2010-2011), 21 % de la population québécoise se trouvait sans médecin de famille, comparativement à 15 % dans les autres provinces canadiennes (ISQ, 2010-2011). L'Agence de santé et services sociaux de Montréal, quant à elle, estimait pour la même période que 20 % des montréalais n'avaient pas accès à un médecin de famille (ASSSM, 2010-2011). Or, malgré ce constat défavorable, il s'agit d'une amélioration notable de l'accès à un médecin de famille tant pour l'ensemble la population québécoise que pour celle de la région montréalaise. En effet, deux ans plus tôt, 26% des québécois n'avaient pas de médecin de famille (ISQ, 2008) alors que 33% des montréalais n'en avaient pas (ASSSM, 2008-2009). Ces dernières années, plusieurs actions ont été entreprises par les instances gouvernementales dans l'optique d'augmenter l'accès aux soins de santé de première ligne, notamment chez les personnes souffrant de maladies chroniques et dites vulnérables.

Ce virage vers les soins de première ligne fait suite à la réforme du système de santé de 1970 se voulant plus proche du citoyen et de ses préoccupations d'accès aux soins de santé (Gouvernement du Québec, 1970). Depuis, les cliniques-réseau intégrées (CRI) sont récemment venues rejoindre les groupes de médecine familiale (GMF) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) progressivement mis en place depuis les années 1980. Les CRI réunissent plusieurs professionnels de la santé ayant la responsabilité partagée des patients et incluent, entre autres : médecin, psychologue, nutritionniste, pharmacien, travailleur social, infirmières cliniciennes et infirmières praticiennes (ASSSM, 2010).

C'est notamment grâce à la Loi 90, modifiant le code des professions, que les CRI, GMF et CLSC permettent une meilleure accessibilité aux soins de première ligne à la population québécoise (Gouvernement du Québec, 2002). Ceci s'explique, entre autres, par une plus grande autonomie laissée aux autres professionnels qui ont une expertise complémentaire à celle du médecin. Cette autonomie des autres professionnels permet au médecin généraliste d'être dégagé de certaines activités, qui lui étaient exclusivement réservées, lui permettant ainsi de voir plus de patients orphelins. Cette façon de donner des soins met le patient au centre de plusieurs professionnels de la santé qui se partagent la responsabilité de son suivi avec son médecin généraliste. Par ailleurs, cette loi modifie considérablement les rôles et champs d'exercice des onze groupes de professionnels de la santé dont font partie les infirmières cliniciennes et praticiennes (Ordre des Infirmières et

Infirmiers du Québec (OIIQ), 2003). Cette législation prône une certaine autonomie en concédant à l'infirmière¹ un champ de pratique propre à sa profession tout en mettant en lumière l'aspect de la collaboration interprofessionnelle qui caractérise les réformes en santé à travers le monde au 21^{ème} siècle (OIIQ, 2003; ASSM, 2010). Nous voyons depuis apparaître, en première ligne, des infirmières cliniciennes (IC) plus autonomes dans leur pratique ainsi que le déploiement progressif des infirmières praticiennes spécialisées (IPS).

Selon l'article 36 de la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec, l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (OIIQ, 2012). Il existe 17 activités réservées aux infirmières peu importe leur niveau de formation initial, collégial ou universitaire (annexe A). Elles peuvent également appliquer diverses ordonnances collectives, négociées et établies localement entre le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et la direction des soins infirmiers (Gouvernement du Québec, 2002).

L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) exerce ces 17 activités et cinq autres qui lui sont réservées (annexe B). Rappelons que la formation universitaire de deuxième cycle, spécifique aux IPS en soins de première ligne (IPSPL), est très récente, n'ayant débutée qu'en 2007-2008 au Québec (Association des Infirmières Praticiennes Spécialisées du Québec (AIPSQ), 2013). Toutefois, bien que le rôle IPS soit nouveau au Québec, il importe de souligner qu'il existe depuis plusieurs décennies ailleurs dans le monde, notamment dans plusieurs provinces canadiennes et aux États-Unis. On compte actuellement plus d'une centaine (126) d'IPSPL au Québec (OIIQ, 2013). Le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) prévoit la création de 500 postes d'IPSPL d'ici 2015 (Gouvernement du Québec, 2010).

Toutes les activités réservées aux infirmières qu'elles soient cliniciennes ou praticiennes, doivent, selon la législation, se pratiquer en collaboration entre les infirmières elles-mêmes et avec les 11 autres professionnels de la santé. Or, des questionnements quant à

¹ Dans ce document, le genre **féminin** est attribué aux infirmières en général sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

l'expression réelle de la collaboration entre professionnels, en particulier entre l'IPS et l'IC, ont surgi lors d'un stage que nous avons effectué en soins de première ligne. Il nous a semblé percevoir de l'ambiguïté dans l'articulation de cette collaboration dans la pratique. Une réflexion s'est entamée dans notre esprit quant aux bonnes pratiques existantes en termes de collaboration entre l'IPS et l'IC.

La collaboration interprofessionnelle s'avère un aspect important dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé à la population. Cette mouvance vers la collaboration entre professionnels de la santé est considérée comme faisant partie des meilleures pratiques de notre ère pour suivre, entre autres, les patients atteints de maladies chroniques (OMS, 2010). De surcroît, les maladies chroniques touchent, de nos jours, la plus grande proportion des citoyens à soigner en première ligne. On y dénote une augmentation notable, et ce, de par le monde (OMS, 2012; Wagner, 1998). De là l'importance de rassembler et de faire collaborer ensemble les différentes expertises professionnelles.

Par ailleurs, il faut bien connaître le rôle de chaque intervenant de la santé pour pouvoir instaurer et mener à bien la collaboration interprofessionnelle. L'IPS étant un nouvel acteur dans l'équipe de soin, son rôle demeure bien souvent méconnu et son intégration encore difficile dans les milieux cliniques (D'Amour et al., 2007). Certains aspects du rôle de l'IPS ne font pas consensus au sein des infirmières elles-mêmes. Ainsi, la peur d'une hiérarchisation des soins infirmiers inquiète les infirmières dites soignantes dont font partie les infirmières cliniciennes (D'Amour et al., 2007). Le rôle des IPS et des IC est certes différent, mais a tout de même plusieurs interfaces communes (les 17 activités réservées) qui vont influencer l'articulation de la collaboration professionnelle entre ces infirmières.

Ce qu'on connaît précisément de la collaboration intra-professionnelle s'avère bien mince en ce qui concerne les IPS et les IC. Il existe, néanmoins, quelques pistes de réflexion sur la définition et les composantes de la collaboration entre professionnels de la santé en général, qui méritent une attention particulière. Au fil de nos recherches, nous avons tout d'abord tenu à connaître ou du moins, tenter de savoir s'il existait une définition ou une signification de la collaboration intra-professionnelle qui fait consensus dans le domaine des soins de la santé et susceptible de guider notre travail. Forcée de reconnaître qu'aucune des définitions de la collaboration, intra ou interprofessionnelle, ne ressort de la recension comme

étant celle qui fait consensus, nous présenterons donc dans la section qui suit ce que nous connaissons à ce jour de ces définitions de la collaboration en santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2010) parle de la pratique collaborative comme l'offre de services complets par de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles, travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention. L'autre aspect de la collaboration, que définit l'OMS (2010), correspond à la formation interprofessionnelle ou l'apprentissage interprofessionnel, stipulée comme étant des occasions où les membres de plusieurs professions font des apprentissages avec, à propos et à partir des autres, en vue d'améliorer la collaboration et les résultats des soins. Ces deux aspects de la collaboration entre professionnels (formation et pratique) sont intrinsèques à la collaboration interprofessionnelle et peuvent nous guider à comprendre ce même phénomène.

Dans son document synthèse de 2008, commandé par le ministre de la santé et des services sociaux de l'Ontario sur les mécanismes visant à faciliter et à soutenir la collaboration entre les professionnels de la santé, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) a adopté une définition de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé après avoir recensé tous les écrits canadiens pertinents au sujet traité. Le CCRPS (2008) définit la collaboration interprofessionnelle en soins de santé comme consistant à fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui coopèrent ensemble afin de dispenser des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci. Cette définition est adoptée par le CCRPS aux fins de clarté mais surtout de discussion sur la collaboration interprofessionnelle : sa définition, sa terminologie, ses composantes et son articulation. Ce même document synthèse (CCRPS, 2008) stipule que la définition de collaboration interprofessionnelle est liée à celle de la pratique interprofessionnelle et que certains concepts les sous-tendent tels : le partenariat, l'interdépendance de plusieurs professionnels de la santé, le rassemblement de membres de différentes professions dans le but de travailler ensemble et d'apprendre les uns des autres, la responsabilité partagée et les mesures collectives ou la coopération active en vue d'atteindre un objectif commun. Cette synthèse, nous donne les prémises d'une définition possible de la

collaboration interprofessionnelle et nous permet de mieux en comprendre les principales composantes.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), dans un énoncé de position sur la collaboration interprofessionnelle, affirme que la collaboration interprofessionnelle aide de manière substantielle l'efficacité de l'intégration des services pour la santé de la population canadienne (AIIC, 2011). Selon l'AIIC, la variété et la complexité des facteurs qui influencent la santé et le bien-être ainsi que la maladie exigent que les professionnels de diverses disciplines de la santé collaborent de manière approfondie : «Lorsqu'elles sont alliées, les connaissances et les compétences communes des professionnels de la santé forment un puissant mécanisme pour améliorer le service à la population» (p. 3). L'énoncé de position de l'AIIC met en lumière qu'il peut exister plusieurs formes de collaboration et qu'il s'agit avant tout d'un processus dynamique qui réagit à l'évolution des besoins de la population.

L'OIIQ quant à lui ne se prononce pas clairement sur une définition de la collaboration interprofessionnelle mais reconnaît néanmoins son efficacité tant pour les patients que pour les professionnels. Dans un document produit conjointement par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ), le fait de se donner des objectifs communs à atteindre, de se faire mutuellement confiance et d'établir des modalités d'interaction constituent des éléments de base permettant de créer un environnement propice où la collaboration est réelle et valorisée (OIIQ/CMQ, 2008). Il est établi que quelques conditions devraient être respectées pour que la collaboration entre les professionnels de la santé existe : donner le temps à la pratique de collaboration de s'instaurer adéquatement, existence d'un lien de confiance entre les professionnels et le partage des responsabilités dans un respect mutuel et enfin la formalisation des fonctions et des processus (OIIQ/CMQ, 2008).

L'étude des différents domaines de la collaboration entre professionnels a permis à Hamric, Spross et Hanson (2009) d'écrire une définition de ce qu'elles reconnaissaient être la collaboration interprofessionnelle. Selon ces auteurs spécialisés en pratique infirmière avancée, la collaboration interprofessionnelle correspond à un processus dynamique et interpersonnel dans lequel deux ou plusieurs individus prennent l'engagement entre eux d'interagir avec authenticité et de façon constructive pour résoudre des problèmes et apprendre

l'un de l'autre afin d'atteindre un but, un objectif ou un résultat communs. Les individus reconnaissent et expriment le partage des valeurs qui rendent leur engagement possible.

D'Amour et Oandasan (2004) définissent la collaboration interprofessionnelle comme étant l'élaboration d'une pratique cohésive entre les professionnels de différentes disciplines. C'est aussi le processus par lequel les professionnels réfléchissent aux modes de pratique qui offrent une réponse intégrée et cohésive aux besoins du client, de la famille et de la population et les élaborent.

Selon le CCRPS (2008), des principes communs émergent de toutes ces définitions, tels : le partenariat dans un processus dynamique, l'alliance des connaissances et des compétences pour atteindre un objectif commun, l'amélioration des soins et leur accès à la population ainsi que l'autoapprentissage et l'autoévaluation des professionnels sur leur propre collaboration. Il y a un réel consensus dans la sphère des soins de santé à collaborer entre professionnels. La collaboration interprofessionnelle devrait, selon D'Amour et al. (2005), servir autant les intérêts des patients que ceux de chaque professionnel impliqué dans le processus de collaboration. La collaboration interprofessionnelle est mise en pratique de façon particulière, selon le contexte de chaque organisation et les besoins de la population qu'elle dessert. Il reste donc à trouver la définition qui nous sied comme équipe interprofessionnelle et à l'appliquer à nos objectifs populationnels en termes de santé. Plusieurs des ouvrages consultés, en venaient à réclamer plus de recherches et d'approfondissement de la collaboration interprofessionnelle pour mieux la cerner et surtout l'appliquer aux pratiques des divers milieux de soins.

Les écrits scientifiques pertinents sur la collaboration touchant les IPS ont pour but, plus souvent qu'autrement, d'expliquer la collaboration entre celles-ci et les médecins collaborateurs. Cependant dans plusieurs écrits (empiriques ou théoriques), les auteurs (Hamric, Spross, & Hanson, 2009; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & Di Censo, 2010) constatent que la collaboration entre IPS et IC serait tout aussi indispensable à l'articulation adéquate de l'équipe de soins. Les connaissances sur ce sujet sont toutefois dispersées à travers divers écrits dont l'objet principal de départ n'était pas nécessairement la collaboration IPS-IC. Il devient donc important, vu le déploiement accéléré du rôle d'IPS au Québec et l'absence de lignes directrices claires sur la collaboration IPS-IC, de réaliser une recension intégrative des écrits afin d'analyser les connaissances existantes sur la

collaboration IPS-IC. L'analyse minutieuse de ces écrits fait partie des résultats que nous traiterons plus loin. Cette analyse et la conceptualisation qui en découle devraient permettre de préciser des pistes concrètes pour améliorer la collaboration entre ces deux types d'infirmières et, éventuellement, une meilleure utilisation de leur expertise afin de rehausser l'accessibilité aux soins des patients et leur qualité.

Le but de ce travail dirigé s'avère donc d'analyser de façon approfondie les connaissances écrites applicables à la collaboration intra-professionnelle entre l'infirmière praticienne spécialisée et l'infirmière clinicienne en soins de première ligne puis de proposer une conceptualisation originale qui intègre ces connaissances.

Chapitre deux

La méthode d'analyse des écrits retenue : la recension intégrative des écrits

La méthode de recension intégrative des écrits retenue est celle proposée par Whitemore et Knafl (2005). Il s'agit d'une méthode structurée visant à analyser et synthétiser les écrits de façon rigoureuse puis de proposer une conceptualisation originale et intégrative du sujet à l'étude. La méthode qu'ils proposent comporte cinq étapes récursives qui s'apparentent au processus de recherche traditionnel et guident l'analyste tout au long de la recension : 1) l'identification du problème; 2) la recherche des écrits; 3) l'évaluation des données; 4) l'analyse des données; 5) la présentation des résultats. Cette méthode de recension intégrative des écrits a déjà été éprouvée en sciences infirmières, notamment dans l'article de Sangster-Gormley et al. (2010) que nous verrons en détails plus loin ainsi que dans une revue intégrative des écrits réalisée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise à l'Université de Calgary (Snider, 2010).

Étape 1 : L'identification du problème

Selon Whitemore et Knafl (2005), l'identification du problème consiste à bien déterminer le problème de santé, les concepts à l'étude ainsi que la population visée. En élaborant un but clair, on s'assure d'une meilleure extraction des données pertinentes lors de la recherche des écrits.

L'identification de notre problème était déjà bien amorcée dès le début du travail dirigé. Il s'agit de la collaboration IPS-IC en soins de première ligne. Le problème et le contexte québécois où il prend forme, ont continué à être raffinés tout au long de la recension.

Étape 2 : La recherche des écrits

La recherche des écrits, deuxième étape de cette méthode, consiste à relever tous les écrits en lien avec le problème à l'étude et à cerner les plus pertinents, grâce à des critères prédéterminés. Pour se faire, il faut procéder à une bonne recherche, entre autres sur les plateformes électroniques à l'aide de mots clés. L'avantage de la méthode proposée par Whitemore et Knafl, est qu'elle permet d'inclure divers types d'écrits tels : les études quantitatives et qualitatives, les écrits théoriques, les études non-publiées (mémoires et thèses) ainsi que tout autre texte pertinent dit «gris» comme, par exemple, les lignes directrices ou recommandations des organismes professionnels, les écrits législatifs, ou autres. Ces auteurs recommandent d'avoir au moins deux méthodes différentes de recherche des écrits. Les trois

méthodes de recherche des écrits utilisées dans ce présent travail sont : 1) la recherche manuelle à partir de la liste des références d'articles scientifiques récents et pertinents à notre sujet ; 2) la recherche ciblée d'articles scientifiques sur les banques de données informatisées; 3) la recherche ciblée sur des sites web gouvernementaux et ceux d'organismes ou associations professionnels.

Notre recension des écrits a donc pris la forme d'une recension intégrative partant, en premier lieu, d'une recherche manuelle à partir de la liste des références d'un article phare que nous avons trouvé dès le début de la rédaction de cette proposition de travail dirigé et qui traite de l'expérience canadienne dans l'implantation du rôle de l'IPS (Sangster-Gormley et al., 2010).

De plus, une recherche des concepts à l'étude fut conduite dans les écrits scientifiques à partir des banques de données informatisées *Cinahl, Medline, Pubmed, Dissertation Abstract et Cochrane*. Nous avons d'abord exploité les écrits canadiens pertinents à notre sujet et publiés depuis dix ans ou moins, en français ou en anglais, afin de refléter le plus possible la réalité canado-québécoise où l'implantation du rôle d'IPS demeure relativement récente. Par la suite, la recherche fut élargie aux références pertinentes provenant de la liste bibliographique de ces écrits puis, si requis et uniquement à titre comparatif, aux écrits internationaux, américains ou autres, publiés en langue anglaise. Finalement, nous avons recensé les écrits «gris» pertinents publiés sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Pour l'ensemble de ces écrits, nous avons tenté au départ de cibler ceux spécifiques à la première ligne. Toutefois la collaboration IPS-IC s'articulant également en soins aigus et de longue durée nous avons aussi recensé les écrits se rapportant à cette collaboration dans ces milieux.

Les mots clés suivants, en français et en anglais, ont été exploités dans les divers moteurs de recherche :

- collaboration (*collaboration*)
- collaboration interprofessionnelle (*interprofessional collaboration*)

- infirmière praticienne spécialisée (*nurse practitioner*)
- infirmière clinicienne (*nurse clinician/ registered nurse*)
- soins de première ligne (*primary care/ primary health care*)
- implantation de rôle (*role implementation*)

Nous avons pu, à la lumière de la première recherche, ressortir aux fins de lecture 12 études présentées par l'article phare de Sangster-Gormley et al. (2010) ou cités dans leurs références. Tous ces écrits ont été retenus car ils étaient pertinents à la collaboration interprofessionnelle IPS-IC. Nous les avons, d'ailleurs, pour la plupart retrouvés lors de notre recherche manuelle sur les cyber-plateformes scientifiques ce qui a validé leur pertinence pour notre travail dirigé. À la lumière de notre recherche manuelle, nous avons lus les résumés de 39 écrits scientifiques ayant un lien avec notre but et desquels nous avons retenu 11 articles pour notre recension intégrative des écrits. De plus, pour étayer notre compréhension du phénomène de collaboration IPS-IC, nous avons fait des recherches d'écrits propres à la collaboration interprofessionnelle. De ces recherches, nous avons retenus cinq écrits qui nous semblent révélateurs des assises et bases de la collaboration interprofessionnelle et son articulation aux soins de premières lignes au Canada. À cela s'ajoute la consultation d'un livre de base dans la formation à la pratique avancée au Canada et aux États-Unis: *Advanced Practice Nursing* de Hamric, Spross et Hanson (2009). Nous avons aussi assisté à un symposium s'intitulant : Se rencontrer pour mieux collaborer. Il a été organisé par l'AIPSQ, en novembre 2012. Ceci nous a permis de voir l'éventail des connaissances sur la collaboration IPS-IC que nous aurions pu ignorer ou oublier. Finalement, en janvier 2013, une téléconférence web que nous avons écouté sur la plateforme Web *Institute for Healthcare Improvement* (WIHI), a réuni plusieurs professionnels de la santé dont le champ d'intérêt était le déploiement des IPS et leur intégration aux équipes interdisciplinaires lors d'une discussion scientifique ayant pour titre : *Navigating new care teams with nurse practitioners*.

Étape 3 : L'évaluation de la qualité des écrits

Vient en troisième lieu, l'évaluation des écrits trouvés. Celle-ci peut être faite selon plusieurs méthodes ou critères étant donné qu'il n'existe pas vraiment de consensus parmi les méthodologistes pour évaluer la qualité des écrits trouvés (Whittemore & Knaf, 2010).

Nous avons développé des critères d'évaluation basés sur la pertinence des écrits et leur contribution potentielle à l'atteinte du but de ce travail qui est, rappelons-le, d'analyser de façon approfondie, les connaissances écrites applicables à la collaboration intra-professionnelle entre l'infirmière praticienne spécialisée et l'infirmière clinicienne en soins de première ligne puis de proposer une conceptualisation originale qui intègre ces connaissances. Cette façon de procéder demeure cohérente avec celle de Whitemore et Knafl (2005).

Dans un premier lieu, nous avons établi cinq critères d'inclusion qui sont : 1) collaboration entre IPS et IC ou membre de l'équipe soignante, 2) écrits canadiens ou américains, 3) datant de 10 ans ou moins, 4) les soins de premières ligne, soins de longue durée ou soins aigus et enfin 5) la rigueur théorique ou méthodologique.

Au total, nous avons ainsi consulté 61 sources d'information. Les trente écrits retenus pour notre recension intégrative sont canadiens ou américains sauf deux dont l'un est taiwanais et l'autre australien. Le tableau synthèse en annexe C résume les écrits retenus et principaux constats de chacun en ce qui concerne la collaboration IPS-IC.

Étape 4 : L'analyse des données

Selon Whitemore et Knafl (2005), la quatrième étape correspond à l'analyse des données issues des écrits. Celle-ci passe par une réduction des données selon une méthode de classification, de schématisation et de comparaison entre elles. Les auteurs de cette méthode de recension ne suggèrent pas une méthode d'analyse plus qu'une autre. En revanche la méthode d'analyse doit être cohérente et explicite avec le but de la recension intégrative des écrits. Par exemple, Sangster-Gormley et al. (2010) ont utilisé l'analyse thématique afin de classer et regrouper les facteurs susceptibles d'influencer l'implantation du rôle d'IPS en milieu clinique.

Nous avons, pour cette étape, utiliser la méthode d'analyse comparative constante des données (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998, 2008). Cette méthode d'analyse nous a semblé la plus appropriée pour l'analyse d'un processus tel que la collaboration IPS-IC. Il s'agit, par ailleurs, d'une méthode d'analyse de nature récursive, où le va-et-vient constant entre les données et leur interprétation est essentiel, tout comme le préconise la méthode de recension intégrative des écrits proposée par Whitemore et Knafl (2005). La collaboration

IPS-IC fut analysée du point de vue de son processus, de ses composantes, de ses formes et de ses niveaux. Une attention particulière fut portée aux facteurs favorables et défavorables à cette collaboration entre ces deux types d'infirmières. De plus, nous avons tenté d'identifier les facteurs qui semblent déterminants, c'est-à-dire, ceux qui à eux seuls peuvent expliquer une bonne partie du phénomène de la collaboration.

Lors de l'analyse comparative constante, la recension des écrits, leur évaluation et l'analyse des données issues de ces écrits sont donc réalisées de façon simultanée. Elle se compose de trois étapes itératives : la codification ouverte, la codification axiale et la codification sélective (Strauss & Corbin, 1998). La codification ouverte consiste en une première lecture des écrits en vue de mettre en lumière des concepts ou idées importantes pour la compréhension du phénomène à l'étude et de les regrouper en catégories et sous-catégories. Pour se faire nous avons, dans un premier temps, lus tous les articles (12) présélectionnés de l'article phare de Sangster-Gromley et al. (2010) et les avons annoté de façon à faire ressortir les phrases/citations majeures de ces écrits. Ces citations/phrases en question étaient en lien avec notre préoccupation de collaboration interprofessionnelle IPS-IC. Nous les avons regroupés en idées centrales. Quelques commentaires et réflexions concernant ces citations étaient notés en marge pour mieux en apprécier le lien avec le but de notre travail dirigé. Un exemple de ce premier défrichage est présenté à l'annexe D.

Nous avons ainsi progressivement défini une trentaine de codes que nous avons par la suite regroupés en six catégories. La codification axiale, deuxième étape de codification, consiste à organiser les concepts, établir des liens entre les catégories et approfondir leurs propriétés distinctives. À cette étape, nous avons utilisé le modèle paradigmatique recommandé par Strauss & Corbin (1998, 2008) qui consiste à ordonner les catégories et concepts sous forme de processus. Il comprend les composantes suivantes: 1) les conditions causales, 2) le phénomène, 3) les conditions contextuelles, 4) les conditions intermédiaires 5) les stratégies et 6) les conséquences. Dans notre analyse, les conditions causales regroupent les éléments du contexte socio-sanitaire qui rendent nécessaire, voire essentielle, la collaboration IPS-IC. Le phénomène comprend les divers mécanismes imbriqués au quotidien dans la collaboration IPS-IC. Les conditions contextuelles font référence aux éléments législatifs et organisationnels favorables à la collaboration IPS-IC alors que les conditions intermédiaires

regroupent ceux ayant trait à la formation (de base et continue) ainsi qu'à l'expérience antérieure de l'IPS. Les stratégies favorables à la collaboration IPS-IC sont de trois ordres : organisationnel, professionnel et personnel. Finalement, les conséquences regroupent les retombées positives de la collaboration IPS-IC pour les services, l'équipe de soin et la clientèle. À cette étape, l'élaboration de schémas regroupant l'ensemble des catégories et principaux codes s'avère particulièrement utile pour l'analyse (annexe E). C'est à cette étape que nous avons commencé à constater une certaine redondance, c'est-à-dire que l'analyse d'écrits additionnels n'étayait pas davantage les codes ni les catégories qui les regroupaient. Nous croyons donc, sous toute réserve et en tenant compte des limites de ce travail qui seront discutées plus loin, être parvenue à une certaine saturation des catégories d'analyse.

La codification sélective, troisième étape de l'analyse comparative constante de Strauss et Corbin (1998, 2008), vise à dégager un thème central autour duquel s'articulent les concepts jugés indispensables, en ce qui nous concerne, à la collaboration IPS-IC. En plus d'être solidement ancrée dans les données issues des écrits, cette conceptualisation se doit d'être simple, crédible et résumer en quelques mots ou phrases l'essentiel du phénomène de la collaboration IPS-IC. C'est cette conceptualisation originale que nous vous présentons plus loin, à la section portant sur les résultats.

Étape 5 : La présentation des résultats

Finalement, la cinquième étape de la méthode proposée par Whittemore et Knafl (2005) est celle de la présentation des résultats. Elle consiste à disséminer les nouvelles connaissances issues de la recension intégrative des écrits auprès des personnes concernées. Dans le cadre de ce travail dirigé, nous prévoyons dans un premier temps présenter notre travail dirigé à un jury universitaire aux fins d'évaluation, puis la rédaction d'un article scientifique servira à diffuser et partager les résultats avec la sphère scientifique en sciences infirmières. Nous prévoyons aussi présenter nos résultats lors de conférences, par exemple, aux milieux locaux de soins de première ligne. Ce qui nous permettra, entre autres, de valider sur le terrain la conceptualisation proposée de la collaboration IPS-IC. Enfin, notre travail dirigé sera accessible en forme papyrus à la bibliothèque aux fins de consultation libre aux étudiants de tous horizons.

Chapitre trois

Les résultats de la recension intégrative des écrits

Le chapitre 3, présente les résultats de notre analyse ainsi que notre proposition théorique issue de la recension intégrative des écrits, tel que suggéré par Wittemore et Knafl (2005). Il faut rappeler qu'il n'y a pas beaucoup d'études spécifiques à la collaboration entre l'IPS et l'IC dans un contexte de soins de première ligne. Nous avons retenus les extraits les plus pertinents à la collaboration qui nous intéressent le plus soit celle entre l'IPS et l'IC. C'est à partir de notre codification de ces extraits que nous avons synthétisé nos résultats en trois catégories essentielles à la collaboration entre l'IC et l'IPS en soins de première ligne. Ces trois catégories se déclinent comme suit: 1) préparer le terrain, 2) se sentir soutenus, et 3) s'évaluer pour s'améliorer. Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Bien au contraire, il devrait y avoir une réciprocité continue entre elles. Pour les besoins de cette analyse, nous les présenterons de façon distincte afin de faciliter la compréhension du lecteur.

Préparer le terrain

Préparer le terrain réfère, pour plusieurs des écrits retenus, à la planification de l'introduction du rôle d'IPS auprès de l'équipe de soins ainsi qu'à la clarification de ce rôle (Cumming, Fraser et Tarlier, 2003; Jensen & Scherr, 2004; Reay, Patterson, Halma, & Steed, 2006). Ce n'est pas une étape à négliger car elle peut avoir beaucoup de retombées positives ou négatives selon son articulation. Cette étape prend du temps, exige l'implication des acteurs cliniques collaborant directement avec l'IPS et les acteurs administratifs ainsi qu'une préparation minutieuse.

En effet, la majorité de nos écrits soulignent l'importance cruciale de planifier la venue de l'IPS dans son environnement de travail au sein de sa nouvelle équipe intra-professionnelle (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli, 2004; Cumming, Fraser & Tarlier, 2003; Reay, Golden-Biddle & Germann, 2003; Stolee et al., 2006). La planification s'avère une étape qui s'évalue tout au long du processus d'implantation du rôle d'IPS. Elle est de ce fait, indispensable à l'amélioration de la collaboration entre l'IPS et IC car elle se fait avant, pendant et après l'introduction de l'IPS au sein de son équipe de travail. Planifier requiert la participation et l'implication de tous et chacun (Bryant-Lukosius et al., 2004). Selon Bryant-Lukosius et al. (2004), les planificateurs ainsi que les gestionnaires des milieux de soins devraient considérer des stratégies collaboratives, systématiques et probantes lors de l'implantation du rôle d'IPS. À ce sujet, ils

proposent quatre questions primordiales pour établir un bon plan d'implantation de l'IPS dans un nouveau milieu de soin de santé et, conséquemment, stimuler et soutenir la collaboration avec sa collègue IC :

- Dans quel but précis le rôle d'IPS serait-il déployé dans le milieu de soins de santé visé?
- Quels sont les facteurs facilitants et les barrières à l'introduction du rôle d'IPS et à son bon déploiement?
- Quelles sont les stratégies requises pour optimiser les facteurs facilitants et atténuer les barrières?
- Quelles ressources et support seront nécessaires à l'implantation et au déploiement de l'IPS? (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004. p. 535)².

Il est conseillé que le plan soit tout d'abord écrit. Il doit inclure des objectifs de résultats clairs ainsi que le temps alloué à chaque étape en plus de l'identification des actions prioritaires à l'implantation du rôle de l'IPS et à la facilitation de la collaboration entre l'ensemble des membres de l'équipe (Levenson & Vaughan, 1999 cité dans Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

La collaboration, interprofessionnelle et intra-professionnelle, s'avère essentielle lorsque vient le temps d'implanter un nouveau rôle comme celui de l'IPS en première ligne (DiCenzo & Matthews, 2005). La majorité des écrits retenus s'entendent pour dire que la clarification du rôle de l'IPS est la pierre angulaire pour que la collaboration se mette en action dans une équipe de soins, notamment avec l'IC. Ainsi, pour collaborer il faut se connaître et pour se faire, il faut compter sur une définition du rôle claire, entendue et reconnue de chaque intervenant en milieu de santé qui collaborera au quotidien avec l'IPS (Cumming et al., 2003; Martin-Misener et al., 2009; Stolee et al., 2006; Thrasher & Purc-Stephenson, 2007; Van Soeren & Micevski, 2001). Comme le rôle d'IPS demeure un nouveau rôle, notamment au Québec, il est impératif que toutes les parties prenantes et en particulier les acteurs professionnels de l'équipe de soins telles les IC, «aient des connaissances sur l'étendue du rôle d'IPS, ses compétences et ses interfaces avec les autres professionnels» (Sangster-Gormley et al., 2010, p.1186).

² Toutes les citations de ce travail dirigé sont des traductions libres des citations originales de nos écrits.

Selon plusieurs écrits, le manque de clarté du rôle de l'IPS contribuerait même à de la confusion et à de la résistance au rôle d'IPS dans les équipes de soins (Martin-Misener et al. 2009; Van Soeren & Micevski, 2001). De plus, selon Bryant-Lukosius (2004), le manque de clarté sur l'aspect multidimensionnel du rôle de l'IPS constitue une barrière à l'utilisation optimale de son rôle. Le rôle de l'IPS, s'il n'est pas clair aux yeux du reste des partenaires de soins telles les IC, pourrait être sous utilisé ce qui pourrait éventuellement réduire l'accessibilité aux soins de santé et la qualité des soins offerts à la population. Selon Reay et al. (2003), le défi pour les IPS consiste à définir leur rôle et les limites de leur pratique particulièrement dans les situations où le rôle demeure totalement nouveau et méconnu.

Il faut, par ailleurs, définir concrètement le rôle de l'IPS dans l'équipe de soins selon les besoins de la population à traiter et les problèmes de santé importants. Bryant-Lukosius et al. (2004), soulignent que lorsque le rôle de l'IPS n'est pas corrélé et défini selon les besoins en santé de sa population, les composantes de son rôle deviennent sous valorisées et moins visibles pour l'équipe de soin.

Plusieurs stratégies en réponse aux quatre questions de Bryant-Lukosius et DiCenso (2004) sont proposées par différents écrits afin de planifier l'arrivée de l'IPS et clarifier son rôle. Nous les avons regroupés en trois sous-catégories pour mieux saisir celles qui sont les plus importantes à la collaboration entre l'IPS et l'IC : s'informer, s'approprier et se donner du temps.

S'informer

Le *Participatory Evidence-based Patient-focused Process for guiding the development implementation and evaluation of Advanced nursing (PEPPA)* (Bryant-Lukosius & DiCenso (2004) correspond à un modèle pensé pour guider le développement et l'efficacité de l'utilisation du rôle d'IPS en pratique notamment en soins de première ligne (annexe F). Les auteurs de ce modèle conseillent de s'informer comme membres de l'équipe interprofessionnelle et plus précisément comme IC, au sujet de ce nouveau rôle qu'est celui de l'IPS. Il s'agit d'informer les parties prenantes de l'étendue du rôle de l'IPS, les règles auxquelles elle est assujettie comme prescriptrice, par exemple, ou encore quel apport d'expertise elle peut faire valoir pour aider à répondre aux besoins de la clientèle. L'implication des IC dans l'introduction du nouveau rôle, et ce avant même la venue de l'IPS, serait une

excellente manière de promouvoir et d'optimiser la collaboration intra-professionnelle (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Kilpatrick et al. (2010) rapportent que lors de leurs interviews, les IPS, gestionnaires, médecins et IC avaient tous des attentes différentes sur la répartition du travail de l'IPS entre la partie clinique et la partie pédagogique de son rôle. Ceci illustre bien l'importance d'inclure une bonne information sur l'étendue de son rôle, son expertise et la répartition de son temps clinico-administratif.

S'apprivoiser

La planification devrait, selon Bryant-Lukosius (2004), être chapeautée par l'équipe administrative, comme par exemple au Québec, les directrices de soins infirmiers ou les conseillères en soins infirmiers. Les stratégies proposées par Bryant-Lukosius et DiCenso (2004) pour que les divers membres de l'équipe s'apprivoisent graduellement incluent :

(...) arrimer le profil du rôle avec le cadre de pratique; faciliter l'introduction aux principaux collègues de travail telles les IC; déléguer de façon responsable le leadership à l'IPS; initier la participation de l'IPS à la pratique, à l'éducation et/ou aux comités de recherche; et enfin démontrer de l'engagement aux lois et normes de pratique qui supportent l'avancement de la pratique infirmière (p. 536).

Chacune de ces stratégies doit pouvoir être évaluée tout au long du processus d'implantation, et ce, par les gestionnaires mais surtout par l'IPS et l'IC elles-mêmes.

Les infirmières expertes-conseil sont primordiales au soutien de la collaboration entre IPS et IC, car elles peuvent encourager la clarification du rôle de chacune des infirmières, enseigner une orientation de pratique infirmière commune tout en mettant l'emphase sur les questions concrètes liées à la pratique (Bryant-Lukosius et al., 2004). De plus, elles peuvent organiser des plénières permettant aux IC et IPS de communiquer leurs attentes réciproques et leur vision de l'étendue du rôle des unes et des autres (Kilpatrick et al., 2010).

Les gestionnaires de la santé peuvent ainsi promouvoir le rôle des IPS auprès des IC par des contacts réguliers avec les IPS et les IC, soutien et évaluation du progrès de l'implantation du rôle; le mentorat des IPS comme des IC; les réseaux de contacts des IPS et des groupes de travail (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Le mentorat ou même seulement l'expérience d'avoir déjà travaillé ensemble comme IC et IPS peut être grandement aidante pour établir et maintenir une collaboration efficace. Le fait de n'avoir jamais côtoyé une IPS a clairement été identifié par Guzman et al. (2010)

comme étant une barrière à atténuer et à considérer dans la planification. Cette barrière pourrait tomber si par exemple les IPS et IC étaient mises en contact plus tôt pour travailler sur des problèmes de santé dans des rencontres interdisciplinaires. Stolee et al. (2006) spécifient qu'«elles sont (les IPS et IC) plus propices à rechercher ensemble les informations et à collaborer dans le but de résoudre des questions de santé» (p. 33).

Thrasher et Purc-Stephenson (2007) rapportent, suite à 24 entrevues auprès d'IC, de médecins et d'IPS dans les équipes de soins, que les IC en particulier, étaient «incertaines de ce que le rôle de l'IPS diffère du leur ou de celui des médecins avant d'avoir travaillé et côtoyé une IPS» (p.278) et que les IC questionnées ne savaient pas «la différence de rôle entre elles, les IPS ainsi que les médecins» (ibid). Ce manque de clarté du rôle de l'IPS aurait même fait naître de la résistance et des conflits dans l'équipe de soins. Une IC interviewée illustre bien par ses propos le malaise et le flottement pouvant s'installer si les rôles professionnels sont mal définis et manquent de clarté : « Au début c'était un peu confus...elle aussi est infirmière alors on se demandait elle fait quoi alors?...compte-elle dans l'équipe infirmière... ou est-elle comme un médecin?» (p. 278). Cette citation démontre l'importance pour les infirmières de s'approprier afin de mieux se comprendre et collaborer ensemble.

Afin de prévenir une telle résistance et des conflits potentiels, ces auteurs vont jusqu'à suggérer qu'une description écrite du rôle de l'IPS serait aidante pour améliorer l'implantation et permettre, par le fait même, une meilleure collaboration de l'IC et de l'équipe de soin avec l'IPS. Prévoir des contacts fréquents entre les IPS et IC pourrait aussi être une stratégie pour aider à faire comprendre le rôle de chacune (Van Soeren & Micevski, 2001, Cumming et al., 2003; Stolee et al., 2006) et les aider à collaborer ensemble.

La planification doit également comprendre des ressources pratiques telles : un bureau de travail pour l'IPS et l'IC, un espace pour examiner les patients, de l'équipement audiovisuel ainsi que des technologies de communication et de travail comme un ordinateur. Cela inclut aussi de l'assistance pour les procédures cliniques, le travail administratif, l'information sur la direction ainsi que les opportunités de formation (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). De plus, la planification implique d'identifier les structures de soutien de l'autonomie du rôle en lien avec les responsabilités de l'IPS, de la collaboration entre elle et l'IC, de la pratique indépendante et de la prise de décision clinique (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). L'autonomie du rôle de l'IPS encadre l'implantation du plein rôle de l'IPS, ce qui permet à

l'IPS d'être plus créative, flexible et lui confère la possibilité de produire une réponse immédiate aux besoins de sa collègue IC pour mieux répondre aux besoins des patients (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Les gestionnaires ont, selon beaucoup d'écrits, dont celui de Guzman, Ciliska et DiCenso (2010), un rôle de support dans l'implantation du rôle de l'IPS qui s'avère majeure et indispensable. Une planification de l'implantation du rôle d'IPS réussie va permettre aux infirmières de s'approprier mutuellement de même que grandement améliorer et faciliter la collaboration entre l'IC et l'IPS. Ils peuvent, entre autre chose, assurer la réattribution des tâches et l'établissement de nouvelles routines de travail auprès des IC et des IPS (Reay & al., 2003). Cette tâche sera plus facile entre l'IPS et les autres professionnels qu'avec les IC. La raison de cette différence réside dans les interfaces un peu floues entre le travail pratique de l'IPS et celui de l'IC. Il incombe aux gestionnaires de supporter et superviser la réattribution des tâches et l'établissement de nouvelles routines de travail dans leur planification. Le gestionnaire, selon Reay et ses collaborateurs (2003), doit s'assurer que les motivations propres à chaque profession de la santé soient préservées. Ce qui pourrait aider, selon Stolle et al. (2006), «c'est la bonne volonté des IC à établir une relation de travail collaborative avec les IPS» (p. 33). En effet, certaines tâches sont ancrées dans le travail routinier de l'IC et cela serait difficile de les partager avec l'IPS car c'est l'essence même du travail de l'IC qu'elle doit dorénavant partager avec l'IPS. Il serait donc judicieux que les gestionnaires restent à l'affût de toute possibilité conflictuelle entre l'IC et IPS, et ce, surtout au début de la relation professionnelle (Reay et al., 2003). N'oublions pas que ces conflits potentiels peuvent être amoindris par la planification incluant la clarification du rôle de l'IPS et celui de l'IC. Reay et al. (2004), conseillent aux gestionnaires de partager régulièrement avec d'autres gestionnaires sur l'expérience et les apprentissages de l'implantation de l'IPS, ceci afin de favoriser, entre établissements, le partage de stratégies gagnantes susceptibles de permettre à l'IC et l'IPS de s'approprier progressivement afin de mieux collaborer ensemble.

Se donner du temps

Il faut laisser le temps aux deux professionnelles que sont l'IPS et l'IC de se connaître pour mieux collaborer. Ce temps doit lui aussi entrer dans la planification. Reay et al. (2003) proposent comme stratégie d'encourager et d'allouer le temps nécessaire aux IPS et aux IC de

discriminer et de s'accommoder du «qui fait quoi» (traduction libre, p. 400). Le temps leur permettra de voir et comprendre leur rôle respectif de façon globale et holistique mais surtout complémentaire.

Définir un rôle exige aussi du temps et la participation active de tous les acteurs invités à collaborer avec l'IPS. Reay et al. (2006), dans leurs interviews, rapportent que l'équipe de soins exprime «qu'il lui a fallu du temps pour comprendre ce que l'IPS pouvait faire et comment elle va trouver sa place dans l'équipe» (p. 105). Si le temps n'est pas pris en compte dans la clarification du rôle d'IPS auprès des membres de l'équipe dont font partie les IC, la collaboration interprofessionnelle sera moins efficace. Selon Jensen et Scherr (2004), «la bonne collaboration entre l'IC et l'IPS influencerait même l'auto-satisfaction qu'a l'IPS de son propre rôle» (p. 16). D'ailleurs, un sondage, mené par Jensen et Scher (2004), rapporte que «les IPS se disent très satisfaites de l'expression de leur rôle notamment grâce au support des gestionnaires en soins infirmiers et de leur collaboration avec les IC (...)» (p. 16).

En résumé, les stratégies les plus importantes à retenir pour la préparation du terrain reviennent à s'informer, s'approprier et se donner du temps. Cela peut se faire en encourageant toute l'équipe dont les IC à s'informer afin de clarifier le «qui fait quoi» et ce, à partir des besoins de la clientèle. Ensuite, les gestionnaires doivent s'assurer que la réattribution des nouvelles tâches préserve la motivation au travail de chaque professionnel tout en prenant en considération tous les aspects des relations de travail entre IPS et IC pour mieux s'approprier. De plus, lorsque des conflits personnels surgissent, les gestionnaires doivent reconsidérer comment les tâches ont été réattribuées et faciliter les relations saines et positives. Puis, il faut que les gestionnaires gèrent de manière globale et périphérique pour permettre l'autonomie dans la résolution de conflits potentiels entre l'IPS et l'IC : «*balcony perspective*». Bien sûr, on attend des directrices de soins et des infirmières expertes-conseil qu'elles travaillent avec les IC pour développer des buts qui ne sont pas axés seulement sur les IPS mais aussi sur les IC. Finalement, les responsables de la gestion sont invités à partager régulièrement avec d'autres gestionnaires leur expérience et leurs apprentissages sur la planification de la collaboration et à se donner du temps suffisamment pour que la collaboration se mette en mouvement (Reay et al., 2003).

Se sentir soutenus

La catégorie **se sentir soutenus** provient de notre synthèse des composantes à la collaboration que sont les stratégies de niveau organisationnel, professionnel et personnel que doivent développer les milieux de soins de première ligne pour permettre l'épanouissement de la collaboration entre l'IPS et l'IC (Jensen & Scherr, 2004; Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain, & Girouard, 2009; Reay, Patterson, & Halma, 2006; Thrasher & Purc-Stephenson, 2007; Trish, Golden-Biddle, & Germann, 2003; Van Soeren & Micevski, 2001).

Le Conseil consultatif de réglementation des professions dans son document sur la collaboration professionnelle (2008) statue qu'il existe une solution permettant d'éliminer les obstacles à la collaboration interprofessionnelle, en l'occurrence celle entre l'IPS et l'IC, soit la mise sur pied «d'une structure administrative efficace qui appuie la collaboration» (p. 38). L'importance d'une structure administrative efficace est capitale car elle implique la mise en place de mesures de soutien à trois niveaux : organisationnel, professionnel et personnel (Conseil consultatif de réglementation des professions, 2008).

Niveau organisationnel

La mise en place puis le soutien de la collaboration entre IPS et IC passe par de bonnes stratégies au niveau organisationnel. Le soutien organisationnel «inclut celui des gestionnaires, de l'équipe de soins et des médecins collaborateurs et l'acceptation du rôle de l'IPS» (Stolee et al., 2006, p. 35). McNamara et al. (2009) suggèrent qu'une des stratégies gagnantes «est le support organisationnel et administratif du nouveau rôle» (p. 323). Ces mêmes auteurs, expliquent la nature du soutien organisationnel comme étant, par exemple, «la promotion du rôle de l'IPS par des contacts réguliers avec l'équipe de soins [dont les IC], du support ainsi qu'une évaluation sous forme de mentorat par les gestionnaires chargés de l'introduction du rôle nouveau d'IPS dans les milieux de soins» (p. 323). Il revient à dire que les gestionnaires et responsables de l'introduction du nouveau rôle d'IPS doivent être impliqués et concernés par toutes les étapes qui conduisent les IPS et IC à collaborer ensemble en vue de répondre aux besoins en soins de santé primaires de la population. En l'occurrence, tous les membres doivent se sentir soutenus en commençant par les gestionnaires jusqu'aux IC et IPS. De plus, Bryant-Lukosius et DiCenso (2004) ajoutent, en parlant de l'introduction d'un nouveau rôle infirmier comme celui de l'IPS, que «la fonction première d'un gestionnaire est de promouvoir

et de guider son entrée dans le système» (p. 536). Selon Bryant-Lukosius et DiCenso (2004), parmi ces stratégies se trouvent : «élever le profil du rôle à introduire dans un cadre pratique, faciliter l'introduction auprès des autres collègues, telles les IC, déléguer le leadership et des responsabilités aux IPS, initier la participation des IPS aux comités de la pratique, de la formation et de la recherche, et démontrer de l'engagement politique, institutionnel et pratique supportant la pratique avancée dans les soins infirmiers. De plus, les gestionnaires peuvent promouvoir le développement du rôle de l'IPS par des contacts réguliers entre infirmières, le support et l'évaluation du cheminement professionnel de l'IPS, le mentorat et finalement par les réseaux de contact et les travaux de groupe (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Enfin, McNamara et al. (2009) nous informent «qu'un manque de soutien organisationnel peut être associé à de la frustration de part et d'autre et même à de l'isolement» (p. 323). Ce soutien est vu par les IPS interviewées par Cumming et al. (2003) comme «un facteur contribuant à leur sentiment de réussite» (p. 143).

En conclusion pour ce niveau, le soutien des gestionnaires lors de l'introduction et du déploiement du rôle d'IPS est primordial à la collaboration IPS-IC. Le soutien des gestionnaires comporte plusieurs stratégies telles la promotion du rôle de l'IPS auprès de l'équipe de soins de première ligne et des médecins collaborateurs ainsi qu'à l'accompagnement de ces derniers à l'acceptation et la reconnaissance du nouveau rôle. La promotion du rôle peut être faite, par exemple, par l'organisation de contacts réguliers entre les acteurs de la santé concernés par la collaboration. Il reste que les gestionnaires impliqués dans l'introduction de l'IPS dans un milieu de soins doivent absolument démontrer de l'engagement politique, institutionnel et pratique pour supporter la collaboration IPS-IC, ce qui, par le fait même, sera bénéfique pour l'avancement de la pratique avancée en soins infirmiers.

Niveau professionnel

Le niveau professionnel et personnel sont deux niveaux qui s'influencent beaucoup. Plusieurs des stratégies professionnelles et personnelles se recoupent car elles relèvent bien souvent d'attitudes (savoir-être) propices à la collaboration. Ces stratégies sont développées de façon simultanée et spontanée par les professionnelles et les personnes que sont les IPS et les IC, et ce, tout au long de leur vie.

Des stratégies professionnelles doivent être développées de façon autonome par l'IPS désirant améliorer sa collaboration avec ses paires IC. Selon Burgess et Prurkis (2010), les IPS doivent «démontrer de l'engagement professionnel dans l'amélioration de la collaboration entre elles et l'équipe de soin [dont les IC] afin de faciliter l'autonomie de leur rôle infirmier» (p. 300). Chapados (2013), dans son étude qualitative sur l'évaluation de la santé dans la pratique quotidienne de l'IPS au Québec, rapporte qu'une majorité d'IC apprécie l'accessibilité des IPS en leur qualité de personne ressource car elles deviennent au fil du temps une référence importante dans leur pratique quotidienne. Cummings et al. (2003) supportent qu'une des stratégies relevées au cours de leurs entrevues fût l'accessibilité de l'IPS auprès de ses collègues. Les IC ayant répondu à cette entrevue ont pour la plupart identifié «la disponibilité de l'IPS comme étant une stratégie de collaboration ayant amélioré la continuité des soins» (p. 142). Lors des entrevues menées dans l'étude de Thrasher et Purc-Stephenson (2007), les IPS démontraient leur disponibilité sur l'unité de soins, ce qui a grandement aidé leur collaboration avec le reste de l'équipe soignante, dont les IC. Toutefois, des auteurs (Van Soeren & Micevski, 2001; Thrasher & Purc-Stephenson, 2007) remarquent que pour démontrer sa disponibilité et son ouverture professionnelle comme IPS elle doit posséder de l'expérience comme IPS ou étudiante IPS dans le secteur de soins de santé où elle veut évoluer et collaborer avec l'IC. Selon ces auteurs, il faudrait donc que l'IPS ait au préalable un minimum d'expérience dans le domaine de soins de santé dans lequel elle veut travailler en collaboration avec l'IC. Dans le cas contraire, Thrasher et Purc-Stephenson (2007) suggèrent de considérer une période prolongée d'orientation. Van Soeren et Micevski (2001) stipulent que «la préparation de l'IPS à son nouveau rôle dans l'équipe de soin est considéré comme le facteur le plus important», pour les participants questionnés dans leur étude (p. 428). L'autre facteur qui suit la préparation de l'IPS en termes d'importance à l'établissement et à l'amélioration de la collaboration avec l'IC correspond au mentorat par les pairs (Van Soeren & Micevski, 2001). Les IPS ayant répondu au questionnaire de Van Soeren et Micevski (2001) s'entendent pour dire qu'elles désirent améliorer la préparation à leur futur rôle par des programmes éducatifs dans les milieux de soins de santé, par l'accès à des mentors, par une meilleure compréhension de l'étendue de leur pratique comme IPS ainsi que par le perfectionnement de leur pratique grâce à l'éducation continue (p. 432).

Martin-Misener et al. (2009) rapportent, dans leur projet pilote en soins de longue durée en Ontario, qu'une stratégie professionnelle efficace pour développer la collaboration entre l'IC et l'IPS est celle de participer à un projet bâtisseur. Dans leur projet, l'IPS en question, avec l'aide de l'équipe de soin, a participé au développement d'un programme de prévention de la violence familiale, d'un programme de suivi pédiatrique ainsi qu'à la mise sur pied d'un programme d'activité physique pour les besoins d'une communauté rurale. Cela va sans dire que les retombées positives sur la clientèle et l'équipe en question ont été majeures et appréciées.

En conclusion, des stratégies au niveau professionnel doivent être développées de façon autonome par l'IPS qui désire améliorer sa collaboration avec sa collègue IC. Cela pourrait être, par exemple, de se rendre plus accessible et flexible au début de sa pratique. Ceci aura pour but de faire connaître l'étendue de son rôle par les membres de son équipe de soins et d'améliorer les liens de confiance professionnelle nécessaires à la collaboration IPS-IC. Ainsi la disponibilité et l'adaptabilité de l'IPS s'avèrent d'autres qualités que l'IPS peut développer pour faciliter l'autonomie de son rôle et créer des liens professionnels solides et indispensables à la collaboration. Le mentorat par les pairs a été ciblé comme une stratégie gagnante pour que les IPS et IC améliorent leur collaboration. Si en plus, la collaboration entre IPS et IC s'articule autour d'un projet bâtisseur cela aura plus d'impact positif sur cette collaboration.

Niveau personnel

Des stratégies de niveau personnel restent à développer de façon autonome autant par l'IPS que par l'IC afin que la collaboration soit efficace. Cependant, comme le rôle de l'IPS est en général celui qu'on introduit de novo au sein d'une équipe de soins déjà établie, elle se doit de développer certaines stratégies personnelles relatives à la collaboration qui l'aideront à faire sa place. Selon Cummings et al. (2003), «les IPS doivent avoir un grand niveau de maturité et d'expérience à faire face aux différentes dynamiques et défis qu'impute un rôle innovant au sein d'un nouveau groupe de travail» (p. 142). Dans leurs entrevues, ces chercheurs ont rapporté que les «IPS et les équipes de soin questionnées ont indiqué que les caractéristiques personnelles comme la flexibilité, l'adaptabilité et la bonne volonté

d'apprendre et de cheminer avec les demandes du poste, étaient des attributs plus importants au départ que l'éducation formelle» (p. 142). La flexibilité et l'adaptabilité au niveau personnel réfèrent ici aux capacités humaines de chaque individu pour interagir avec ses pairs. L'IPS et l'IC doivent les avoir développées de façon autonome au fil de leur vie personnelle. De surcroît, les IPS ont besoin d'utiliser de solides compétences en communication, en relations interprofessionnelles, et dans la consolidation de l'esprit d'équipe tout en ayant un système de support conséquent de la part de ses pairs comme les IC, son employeur et les autres IPS.

Hamric et al. (2009), ont produit un tableau regroupant 16 stratégies de communication et de collaboration à développer par l'IPS pour promouvoir la communication et la collaboration (annexe G). Ces stratégies personnelles sont des outils simples pour améliorer sa communication et donc par le fait même la collaboration entre professionnels. Un exemple de ces stratégies serait, par exemple, d'être respectueuse et professionnelle en tout temps avec les IC avec qui l'IPS collabore. Elle peut pratiquer ces stratégies en analysant ses interactions avec les IC en temps réel de sorte qu'elle en devient pleinement consciente. Elle peut même «introduire ces nouvelles stratégies personnelles de collaboration dans son travail au quotidien avec les autres membres de l'équipe afin d'améliorer cette compétence fort essentielle» (p. 305).

D'autres stratégies sont proposées par Hamric et al. (2009) concernant la collaboration entre l'IPS et l'IC et avec l'équipe de soin. L'une d'entre-elles consiste à participer à «des conférences ou tables rondes où chacun des acteurs de santé donne sa vision de l'état de santé d'un patient, son impression diagnostique ainsi que les avenues de soins possibles, selon ses compétences professionnelles» (p. 304). D'autre part, Hamric et al. (2009) suggèrent aussi de faire travailler ensemble, IPS et IC, sur des projets communs sur la collaboration intra-professionnelle afin de faire des apprentissages similaires et complémentaires. Cela pourrait aller jusqu'à la production d'écrits sur le sujet de la collaboration propre à l'IPS et l'IC et leur publication pour enrichir les connaissances probantes infirmières. Cela aurait pour effet d'attirer l'attention des acteurs de la santé, IPS et IC comprises, sur les bénéfices de la collaboration. Finalement, «des opportunités sociales entre l'IPS et l'IC à des conférences ou réceptions pourraient être envisagées pour encourager une franche camaraderie» (Hamric et al., 2009, p. 305).

En conclusion pour ce niveau personnel, l'IPS et l'IC doivent développer des stratégies de communication efficaces ainsi que de solides compétences de relation interpersonnelles. Ces différentes stratégies se développent normalement tout au long de leur cheminement, tant personnel que professionnel. En résumé, les stratégies de trois niveaux, organisationnel, professionnel et personnel sont nombreuses et diversifiées pour que l'IPS et l'IC se sentent bien soutenues. L'essentiel de toutes les stratégies trouvées au fil des lectures ont été présentées dans cette section mais il en existe probablement d'autres. Il en va de la créativité et du leadership des gestionnaires et des cliniciens dans les milieux de santé intéressés à engager et à travailler avec une IPS, d'en générer d'autres qui collent davantage à leur réalité de soin et aux besoins de leur population. Il faudra se souvenir cependant, qu'une des premières stratégies organisationnelles à adopter consiste à mandater une personne ou une équipe dédiée à la préparation et à l'évaluation de la collaboration entre IPS et IC, et ce, dès la prise de décision du milieu de soin de santé de l'engager. Ceci pourrait très bien se faire à partir d'un projet bâtisseur, basé sur les besoins populationnels propres au milieu de soin ciblé, sur lequel l'IPS et l'IC seraient invitées à travailler et donc à collaborer. Dernièrement, s'assurer que les conditions sont réunies pour que l'IPS et l'IC collaborent en développant des outils et compétences par des stratégies professionnelles et personnelles diversifiées telles : un grand niveau de maturité, une bonne volonté d'apprentissage et de cheminement avec les demandes que requiert leur poste respectif.

Évaluer pour s'améliorer

S'évaluer pour s'améliorer réfère, selon notre synthèse, à préciser toutes les retombées possibles d'une collaboration entre l'IPS et l'IC, à évaluer puis réévaluer cette collaboration si importante sous différents points et à rectifier le tir.

Préciser les retombées (conséquences) attendues

Évaluer les retombées positives possibles d'une collaboration entre l'IPS et l'IC débute dès le moment où une institution de santé décide de retenir les services d'une IPS au sein de son équipe de soin de santé. Cela commence par établir les besoins de soins de santé primaires de la clientèle que l'institution de santé souhaite combler avec l'ajout de l'IPS dans une équipe (Jensen et al., 2004; Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain, & Girouard, 2009; McNamara,

Giguere, St-Louis, & Boileau, 2009; Reay et al., 2006; Stolee et al., 2006; Van Soeren et al., 2001). Selon le PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004), neuf étapes sont nécessaires à franchir lors de l'introduction du nouveau rôle de l'IPS dans une équipe de soin. Les étapes six et sept du PEPPA s'avèrent les étapes qui réfèrent notamment à l'évaluation des conséquences positives et négatives d'une collaboration IPS-IC comme, par exemple, en soins de première ligne. Bryant-Lukosius et DiCenso (2004) insistent même pour que cette évaluation des retombées soit «rigoureuse» (p. 526). Pour évaluer les retombées possibles il incombe aux milieux de soins de santé d'identifier des indicateurs de performance de la collaboration IPS-IC. L'échec dans la définition d'indicateurs de performance rend difficile l'évaluation de l'impact réel d'une bonne collaboration IPS-IC. Un exemple d'indicateur de performance pourrait être, par exemple, la satisfaction de la clientèle ou encore la cohésion de l'équipe de soin. Il est surtout primordial que ces indicateurs soient corrélés avec les besoins en soins de santé primaire identifiés au préalable et pour lesquels la collaboration IPS-IC demeure indispensable. Il existe plusieurs exemples de retombées positives d'une bonne collaboration IPS-IC. Les plus-values économiques, d'accès aux soins ainsi que la qualité des soins suite à l'introduction de l'IPS sont largement documentées dans les écrits. Nous avons retenu dans les lignes qui suivent ceux qui seraient davantage spécifiques à la collaboration IPS-IC.

Plusieurs retombées positives de la collaboration IPS-IC sur les IC et l'équipe de soin en général sont mentionnées par divers auteurs. Selon Kilpatrick (2012), la perception d'efficacité de l'équipe soignante est améliorée par la collaboration IPS-IC lors de l'introduction de l'IPS. Selon cet auteur, les IPS affectent positivement six processus clés au sein de l'équipe qui devront être pris en considération lorsque nous voulons évaluer la collaboration IPS-IC : la prise de décision, la communication, la cohésion, la coordination des soins, la résolution de problèmes et l'inclusion des patients et des familles. Pour leur part, Martin-Misener et al. (2009) stipulent «que la collaboration IPS-IC s'est même étendue en dehors de leur projet initial bâtisseur; soit que cette collaboration IPS-IC s'est poursuivie ultérieurement notamment lors de leurs échanges futurs.» (p. 22). D'autres retombées positives de la collaboration IPS-IC sur la clientèle bénéficiaire des soins de santé de première ligne sont envisageables. Jensen et al. (2004) ressortent, de leurs questionnaires échelonnés sur deux ans auprès de professionnels de santé, dont des IC et IPS, que la continuité des soins, la coordination des soins reçus par les patients et leurs familles, la prévention des

complications ainsi que la satisfaction des patients quant aux soins reçus dans le cadre d'une collaboration IPS-IC furent grandement améliorés. Le projet pilote évalué dans l'étude de Stolee et al. (2006) indique que la collaboration IPS-IC «peut avoir un impact positif sur la qualité des soins de santé primaires, sur l'évaluation gériatrique, l'éducation et la communication effective avec les patients, leur famille et l'équipe de soin en général.» (p. 35). Il ne s'agit que de quelques exemples de conséquences tirées des écrits. Chaque milieu de soins doit identifier et prévoir localement les retombées, positives ou négatives pouvant découler de la collaboration IPS-IC.

Réévaluer régulièrement et rectifier le tir

L'étape neuf du PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) correspond à l'étape qui peut résumer ce point-ci. Réévaluer et rectifier le tir découle tout d'abord d'un plan pour bien accueillir l'IPS, comme nous l'avons spécifié dans la section «Préparer le terrain» afin de faciliter la collaboration en général avec l'équipe de soins et plus spécifiquement avec l'IC. Ce plan doit prévoir une évaluation de la collaboration IPS-IC dès la planification de l'introduction de l'IPS dans le milieu de santé. Toutes les étapes de cette évaluation doivent être justement régulièrement réévaluées selon un échéancier préétabli par les principaux intéressés soit : les gestionnaires, IPS, IC, patients et leurs familles ainsi que par les différents membres de l'équipe concernée (McNamara et al., 2009; Bryant-Lukosius et al., 2004). Cet échéancier peut être variable dépendant de l'urgence à instaurer la collaboration, des indicateurs du système de santé qu'il faut évaluer, de l'achalandage de la clinique, des ressources humaines, budgétaire ou autres.

En somme, on peut résumer cette section par cette citation : «Beaucoup de barrières à la collaboration entre l'IPS et l'IC lors de l'introduction du rôle de l'IPS peuvent être abaissées avec une meilleure planification et des efforts systématiques pour développer et continuellement évaluer la collaboration entre l'IPS et l'IC en soins de santé primaires.» (Bryant-Lukosius et al., 2004, p. 526).

En conclusion pour cette section d'«Évaluer pour s'améliorer», les écrits sont nombreux à nous rapporter les bienfaits d'évaluer la collaboration IPS-IC sur différents aspects des soins de santé primaires. Tous les exemples fournis par nos écrits convergent vers

des exemples tantôt positifs et tantôt négatifs qui nous aideront à améliorer la collaboration IPS-IC.

Dans ce chapitre, nous avons présenté les trois grandes catégories essentielles à la collaboration IPS-IC. Il est à retenir que dans «Préparer le terrain», il faut s'informer, s'approprier et se donner le temps par une planification judicieuse et une clarification du rôle de l'IPS par l'équipe entière impliquée dans la mise en marche de la collaboration. De plus, pour «Se sentir soutenus» vers la collaboration, il existe trois niveaux sur lesquels il faut travailler collectivement pour l'optimiser : organisationnel, professionnel et personnel. Différentes stratégies ont été données en exemple plus haut cependant, les professionnels des milieux de soins de santé primaires sont toujours invités à être créatifs et à en développer d'autres qui leur seront directement bénéfiques. Dernièrement, la troisième catégorie répertoriée est celle d'«Évaluer pour s'améliorer». Cette dernière, doit inclure la précision des retombées attendues en commençant par établir les besoins de soins de santé primaires de la clientèle afin d'élaborer des indicateurs d'évaluation pertinents. Elle doit aussi inclure la réévaluation régulière de ces retombées et la rectification du tir le cas échéant. Selon notre recension intégrative des écrits, si chacune de ces trois catégories ou étapes est prise en compte, la collaboration IPS-IC sera facilitée.

Nous présentons dans les prochaines pages notre proposition théorique schématisée qui regroupe ces trois catégories ainsi qu'un énoncé inclusif (*basic social concept*) sur ce qu'est la collaboration IPS-IC en soins de première ligne.

Proposition théorique

À la lumière de l'analyse des écrits recensés, nous proposons que, pour l'IPS et l'IC collaborer c'est **s'investir collectivement dans la pratique coopérative des soins infirmiers de première ligne.**

Pour mettre en mouvement cet investissement collectif, il incombe de préparer adéquatement le terrain avant et suite à la venue de l'IPS en s'informant, en s'appropriant et en se donnant du temps. Il faut également que tous les acteurs de cette collaboration, se sentent suffisamment soutenus aux niveaux organisationnel, professionnel et personnel. Il est aussi essentiel de s'évaluer afin de s'améliorer, et ce, en précisant les retombées attendues de la collaboration (tant pour l'équipe de soin que pour la clientèle), en se réévaluant régulièrement

et en rectifiant le tir au besoin. S'investir collectivement est une action inclusive qui suppose que tous les acteurs se reconnaissent une envie de collaborer pour mieux répondre à des besoins en santé d'une population donnée. Au niveau professionnel et personnel, l'IPS et l'IC sont toutes deux invitées à s'investir personnellement et professionnellement dans l'édification de la collaboration qu'elles aimeraient voir éclore et qui pourrait les aider à atteindre des buts et objectifs communs. Cependant, elles doivent pouvoir compter sur un soutien organisationnel à tous les niveaux avec une institution qui doit croire et porter le projet de l'implantation et le déploiement de l'IPS en soins de première ligne au Québec.

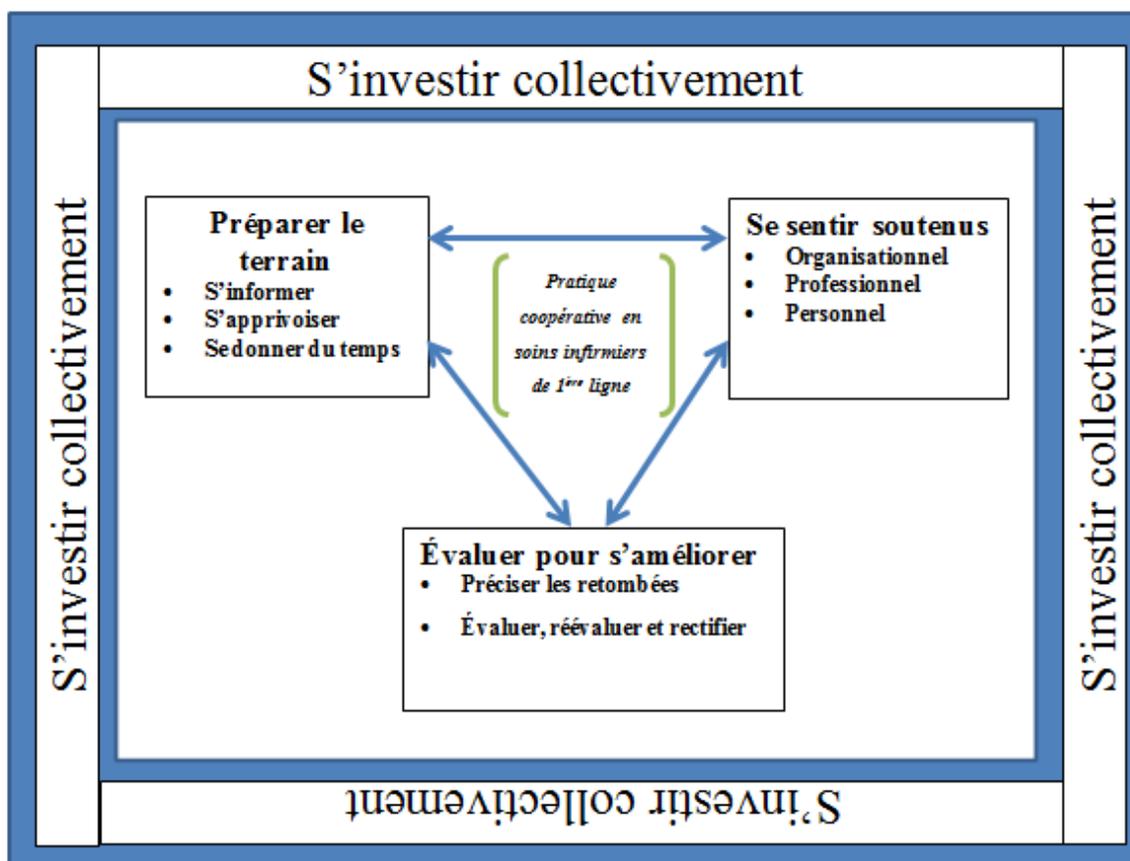


Figure 1 : Collaborer : s'investir collectivement dans la pratique coopérative des soins infirmiers de première ligne.

Chapitre quatre

Discussion

Dans ce chapitre, nous discutons des forces et des limites de notre travail dirigé, sur le plan méthodologique et à la lumière de travaux comparables, puis proposons des recommandations pour la pratique, la gestion, la recherche et l'éducation en sciences infirmières.

Les forces du travail d'analyse et de la proposition théorique

La première force de notre travail de recension intégrative des écrits est la rigueur même de cette méthode. Cette méthode de recension intégrative des écrits, qui nous a menée vers la proposition théorique exposée dans la section précédente, permet d'élever la rigueur des recensions intégratives des écrits, en particulier, celles en sciences infirmières (Whittemore & Knafl, 2005). De plus, elle a le potentiel de permettre une extraction de savoirs qui peuvent être appliqués directement à une pratique clinique ou à des initiatives de pratiques probantes (Whittemore et Knafl, 2005). Effectivement, tout au long de notre recension des écrits, cette méthode nous a permis de rester pragmatique, avec des stratégies concrètes, extraites de nos écrits, qui avaient la particularité d'être tangibles, claires et dont nous pouvions évaluer, de façon objective et mesurable, la valeur ainsi que la pertinence à partir de critères de sélection pré-définis.

La deuxième force de notre recension intégrative des écrits sur la collaboration IPS-IC est le choix d'utiliser la méthode d'analyse comparative constante de Strauss et Corbin (1998). Cette méthode nous a permis de structurer nos concepts ainsi que nos idées importantes concernant la collaboration entre les IPS et les IC. Elle permet d'ordonner des catégories et sous-catégories préalablement regroupées au fil des extractions des éléments importants, reliés à la collaboration des IPS-IC en soins de première ligne, des écrits retenus. Cela nous a beaucoup aidé à cerner le phénomène de la collaboration entre IPS-IC et à le conceptualiser sous la forme de catégories essentielles et d'une proposition théorique originale.

La troisième force concerne notre proposition théorique. Tout d'abord, nous sommes finalement parvenues au but de ce travail dirigé, lequel était d'analyser de façon approfondie, les connaissances écrites sur la collaboration intra-professionnelle entre l'infirmière praticienne spécialisée et l'infirmière clinicienne en soins de première ligne puis de proposer une conceptualisation originale intégrant ces connaissances. Notre proposition théorique est à notre avis très pertinente dans le contexte des soins de santé de première ligne au Québec, où l'émergence mais surtout l'implantation et le déploiement du nouveau rôle d'IPS peuvent être

difficiles voire même conflictuels à certains égards, comme nous l'avons déjà souligné dans la problématique. Notre proposition théorique sur la collaboration IPS-IC qui se résume à **s'investir collectivement dans la pratique coopérative des soins infirmiers de première ligne** comprend trois catégories simples à comprendre et à intégrer. Concrètement, cette accessibilité de la proposition théorique pourrait permettre à n'importe quel milieu de soins de santé de première ligne, voulant travailler avec une IPS, de l'appliquer sans grandes perturbations des pratiques actuelles et sans avoir besoin de mettre en place des ressources humaines ou des ressources monétaires supplémentaires. Il suffit que le milieu soit ouvert et prêt au changement et qu'il ait une conviction de la nécessité de la collaboration interprofessionnelle entre l'IPS et l'IC.

Récemment, Contadriopoulos et al. (2013) ont initié une étude portant sur l'implantation des IPS en soins de première ligne au Québec. Le premier volet de cette étude consiste en une recension des écrits pertinents et l'élaboration de recommandations fondées sur ces écrits notamment, en ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle. Nous avons pris connaissance de ces recommandations à la toute fin de notre recension intégrative des écrits alors que notre analyse était presque terminée. Nous avons pu constater certaines similarités en ce qui concerne les facteurs favorables à la collaboration interprofessionnelle en général identifiés par ces chercheurs et ceux plus spécifiques à la collaboration IPS-IC que nous avons retrouvés au fil de notre recension. Ce constat nous a permis de confronter et valider notre choix d'écrits sur le sujet ainsi que certaines de nos interprétations avec celles de chercheurs chevronnés. Il s'agit d'une autre force de notre travail. Toutefois, notre analyse nous a amenée à conceptualiser puis catégoriser ces facteurs de façon différente en ce qui concerne la collaboration IPS-IC. En effet, notre analyse démontre que la collaboration au quotidien entre l'IPS et l'IC s'articule principalement au niveau local, organisationnel et professionnel, mais aussi et surtout au niveau personnel duquel l'adaptabilité et la flexibilité restent des caractéristiques essentielles à développer. Nos résultats démontrent l'importance de bien préparer le terrain non seulement avant l'arrivée de l'IPS mais également tout au long de l'implantation, de soutenir adéquatement les infirmières durant cette période de transition et d'évaluer/réévaluer régulièrement les retombées afin d'améliorer, de façon continue, la collaboration entre celles-ci. Nous proposons également que la collaboration IPS-IC soit d'abord et avant tout un investissement collectif dans une pratique coopérative en soins

infirmiers. Sans cet investissement de toutes les infirmières, cliniciennes, praticiennes, cadres-conseil et gestionnaires, la collaboration IPS-IC pourra difficilement émerger et se concrétiser dans le quotidien des soins.

S'investir collectivement va d'ailleurs dans le sens de la théorie de l'action collective initialement proposée par Friedberg (1993) et reconceptualisée à travers les travaux de D'Amour, Sicotte et Lévy (1999) sur la collaboration interprofessionnelle en soins de première ligne au Québec. Certains parallèles peuvent être tracés entre leur conceptualisation et celle que nous proposons. On retrouve effectivement dans la théorie de l'action collective qu'ils mettent de l'avant une notion de coopération pour instaurer et améliorer la collaboration entre divers professionnels de la santé. De plus, ils misent, tout comme nous, sur l'articulation de la collaboration autour des besoins de santé de la clientèle et soulignent l'importance d'évaluer les retombées de cette collaboration. Même si ces travaux, largement reconnus pour leur pertinence et leur rigueur, ne visent pas la collaboration particulière entre infirmières de formations différentes, ils furent une source d'inspiration lors de l'élaboration de notre proposition théorique finale. Celle-ci, s'appuie donc solidement sur l'analyse approfondie des écrits recensés et de travaux théoriques antérieurs reconnus dans le domaine de la collaboration en santé. Il s'agit là d'une cinquième force de notre recension intégrative des écrits.

Les limites du travail d'analyse et de la proposition théorique

Une des limites de notre recension intégrative des écrits qui pourrait être soulignée correspond au manque d'écrits spécifiques à la collaboration intra-professionnelle entre l'IPS et l'IC. Il est vrai qu'il n'y a que très peu d'écrits clairs et spécifiques à la collaboration IPS-IC en soins de première ligne, au Québec ou ailleurs dans le monde. En effet, les écrits que nous avons consultés et que nous avons décidé de retenir sont essentiellement des articles sur l'implantation du rôle de l'IPS en milieux de soins traitant, entre autres, de la collaboration IPS-IC. À cet effet, il a fallu lire et discriminer attentivement les écrits pour retrouver les éléments ayant trait à la collaboration IPS-IC en soins de première ligne. Nous avons dû à certains moments interpréter certains extraits traitant, entre autres, de la collaboration entre l'IPS et l'IC même si ce n'était pas précisément le but ou l'objectif de l'écrit. Cependant, dans les écrits retenus, de nombreux éléments pertinents à la notion de collaboration IPS-IC ont pu être retrouvés et analysés.

La deuxième limite qui aurait pu biaiser notre travail dirigé, concerne la complexité de la méthode de recension des écrits telle que proposée par Whittemore et Knafl (2005). En effet, qu'il s'agisse d'une méthode rigoureuse, elle demeure complexe pour un débutant. Il a fallu bien l'intégrer avant de pouvoir l'appliquer à notre recension intégrative des écrits. Nous avons quand même pris le temps de vérifier si elle avait servi dans d'autres travaux, mis à part l'article de Sangster-Gormley et al. (2010) d'où nous l'avons extraite. Nous avons effectivement retrouvé un mémoire de maîtrise rédigé par Snider (2010) qui a utilisé cette méthode de recension des écrits. Une recherche rapide sur Google Scholar³ a aussi permis de constater que l'article de Whittemore et Knafl a été cité 850 fois depuis sa parution et aurait donc potentiellement servi d'assise à de très nombreuses recensions intégratives des écrits publiées entre 2005 et 2013, et ce, dans divers domaines des sciences infirmières. Il est toutefois impossible d'en savoir le nombre exact. Notons, en dernier lieu que, selon les auteures elles-mêmes, «la complexité inhérente à l'intégration de méthodologies diverses [lors d'une recension intégrative des écrits] peut contribuer à un manque de rigueur, l'inexactitude et les biais» (p.547). À notre avis, cette complexité représente à la fois une force mais aussi une limite de la méthode, et ce, particulièrement dans le contexte des contraintes inhérentes à tout travail de maîtrise.

La troisième limite à souligner correspond au choix de la méthode d'analyse comparative constante de Strauss et Corbin (1998). Cette méthode d'analyse, surtout utilisée en recherche qualitative, n'avait pas, à notre connaissance, été utilisée auparavant pour une recension intégrative des écrits. Elle a toutefois permis de formuler une proposition théorique originale et bien ancrée dans les écrits recensés. Évidemment, si nous avons choisi d'appliquer une autre méthode d'analyse, les résultats de celle-ci auraient pu être différents, tout comme notre proposition théorique. Afin d'assurer la rigueur de notre travail dirigé et éviter les biais, nous avons régulièrement soumis nos analyses et discuté nos interprétations avec notre directrice de travail dirigé, experte en ce qui concerne les limites deux et trois.

Recommandations

Au niveau de la gestion, nous recommandons tout d'abord aux directrices et expertes-conseil en soins infirmiers d'investir le temps et l'énergie requises afin de préparer

³ Les mots-clé utilisés sont : integrative literature review AND nursing

adéquatement le terrain en utilisant, par exemple, les neuf étapes du modèle PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) pour guider l'implantation et le développement du rôle de l'IPS en soins de première ligne. Ceci pourrait éventuellement permettre d'améliorer la collaboration IPS-IC par une meilleure préparation de l'arrivée de l'IPS et la planification adéquate du déploiement de ses responsabilités cliniques. Tous les acteurs devant contribuer à la collaboration, et plus particulièrement les IC, doivent être impliqués dès le début du déploiement de l'IPS et dans les mois et années qui suivent afin qu'ils s'investissent collectivement dans une nouvelle pratique coopérative. Notre recension intégrative des écrits nous indique que les gestionnaires et administrateurs ainsi que toute l'équipe clinique, incluant les IPS et IC, avaient la responsabilité collective de chapeauter la mise en marche de la collaboration IPS-IC lors de la préparation du terrain, de les soutenir à travers la période de transition et de les aider à évaluer et réévaluer leur collaboration afin de l'améliorer. L'organisation des lieux physiques (bureau, ordinateur, ressources, etc.) et du travail (horaires, tâches, politiques et procédures, etc.) devraient également favoriser la proximité et la collaboration entre l'IPS et l'IC.

Au niveau clinique, nous recommandons que le milieu de soins de première ligne évalue pour s'améliorer en identifiant au préalable des indicateurs d'une collaboration réussie basés sur les besoins en soins de santé de la population. L'identification d'indicateurs pertinents, valides et fiables susceptibles d'être monitorés de façon régulière (idéalement aux trois mois au début) pourrait relever de l'experte-conseil en soins infirmiers, formée à cet effet, en collaboration étroite avec l'équipe clinique. De plus, il serait adéquat que soit mis en place des lieux et périodes régulières d'échanges cliniques entre l'IPS et l'IC ainsi qu'un système de mentorat par les paires. Le mentorat pourrait s'articuler localement, au niveau du CSSS, par l'entremise du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) lorsque le nombre d'IPS et d'IC en poste est suffisant ou bien au niveau régional, par l'entremise de la Commission infirmière régionale (CIR) de l'Agence des services de santé et des services sociaux couvrant l'ensemble du territoire. Il importe, à travers ces échanges, de partager les bons coups entre collègues, d'éviter l'isolement, le repli sur soi et l'épuisement, conditions nuisibles à tout effort de collaboration. Ces regroupements pourraient également donner lieu à la création de projets bâtisseurs entre infirmières, stratégie favorable à la collaboration IPS-IC mise de l'avant dans plusieurs des écrits recensés.

Au niveau de l'éducation, nous recommandons tout d'abord que les étudiantes IPS (formées à la maîtrise) et IC (formées au baccalauréat) aient plus d'opportunités académiques de travailler et de collaborer ensemble en cours de formation lors, par exemple, de cours ou stages offerts en complémentarité. Ceci pourrait, dans un premier temps, leur permettre de s'informer sur leurs rôles respectifs. Dans un deuxième temps, les futures IPS et IC pourraient s'appivoiser mutuellement pour mieux collaborer dans un futur milieu de travail commun. Certaines universités ont d'ailleurs déjà emboité le pas de l'interdisciplinarité en créant des cours communs sur la collaboration interprofessionnelle pour les étudiants de premier cycle en sciences infirmières et les étudiants de diverses facultés de la santé comme, entre autres, la faculté de médecine. Dans cette même lignée, pourquoi ne pas créer davantage de ponts favorables à la collaboration entre les étudiantes de premier et de deuxième cycle en sciences infirmières? En parallèle, les stages des IPS pourraient renforcer l'aspect de collaboration avec les IC des milieux cliniques déjà en place par l'entremise, entre autres, d'un projet bâtisseur s'échelonnant sur toute la durée du stage de l'IPS. Finalement, les IPS et les IC travaillant en soins de première ligne devraient avoir accès à de la formation continue commune pour parfaire et solidifier leur collaboration.

Ultimement, au niveau de la recherche, il y a définitivement place à intégrer, lors des projets de recherche clinique, une représentante de chaque type d'infirmière (IPS et IC) afin de mieux représenter la complémentarité de leurs expériences et arrimer leur collaboration. Si, dans l'ensemble, les IPS semblent progressivement faire leur place à cet égard, les IC peinent à s'imposer en tant que membre à part entière des équipes de recherche. Il y aurait également place à de la recherche en sciences infirmières sur la collaboration intra-professionnelle spécifique à l'IPS et l'IC. Notre proposition théorique pourrait alors servir d'assise ou d'inspiration à de tels projets ainsi qu'au développement et à l'évaluation de programmes d'accueil et d'orientation des nouvelles IPS. Une étude phénoménologique pourrait, par exemple, être toute indiquée pour explorer et traduire l'expérience vécue par l'IPS et l'IC travaillant en collaboration. Des recherches action ou en théorisation ancrée pourraient permettre de mieux comprendre, prévoir et articuler au quotidien le processus de collaboration intra-professionnelle entre l'IPS et l'IC. Celles-ci pourraient viser les soins de première ligne, bien sûr, mais aussi les autres secteurs d'activités où l'IPS et l'IC sont amenées à collaborer, notamment en néonatalogie, cardiologie et néphrologie.

Conclusion

L'aspect novateur de notre proposition théorique est, d'une part, le fait qu'elle tienne compte du processus dynamique de la collaboration propre à l'IPS et l'IC dans un contexte de soins de santé de première ligne au Québec. De plus, elle propose une schématisation de la collaboration qui se veut claire et concise, facilement applicable dans les milieux de soins et qui intègre l'essentiel de cette collaboration.

Ce travail dirigé représente un levier important dans notre formation au rôle d'experte-conseil en soins infirmiers. L'apprentissage et l'expérimentation d'une méthode reconnue de recension intégrative des écrits puis de la méthode d'analyse comparative des données recensées ont permis d'insuffler de la rigueur dans notre démarche et d'atteindre notre but qui consistait à analyser de façon approfondie, les connaissances écrites sur la collaboration intra-professionnelle entre l'infirmière praticienne spécialisée et l'infirmière clinicienne en soins de première ligne puis proposer une conceptualisation originale qui intègre ces connaissances. Les compétences acquises à travers ce travail dirigé seront directement transférables et applicables dans notre futur rôle d'experte-conseil dans le secteur des soins de première ligne où nous œuvrons déjà depuis plusieurs années en tant qu'infirmière clinicienne. Ces compétences additionnelles nous permettront premièrement d'instaurer, à partir des résultats de cette recension intégrative des écrits, les conditions favorables à une meilleure collaboration IPS-IC dans notre milieu de travail. Elles nous permettront également d'aborder avec rigueur divers problèmes de santé ou de gestion en procédant, de façon structurée, à la recension des écrits pertinents puis à l'intégration des résultats probants à la pratique. Elles nous permettront, finalement, de participer activement à l'élaboration et l'évaluation de projets bâtisseurs réunissant cliniciens, décideurs et chercheurs, afin de continuer à améliorer les soins de première ligne dans notre milieu.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011). *Le Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Montréal. Site internet : http://agence.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Info-CA/2011/2011-11-01-vol7no2/CA2011-11_11rapport_annuel.pdf
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2008). *La pratique infirmière avancée : Un Cadre National*. Ottawa. Site internet : http://www.cnaaic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20fr/2013/07/26/10/18/anp_national_framework_f.pdf
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2011). *Énoncé de position sur la Collaboration interprofessionnelle*. Ottawa. Site internet : http://www.cna-aaic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20fr/2013/07/26/10/48/ps117_interprofessionnel_collaboration_2011_f.pdf
- Association des infirmières spécialisées du Québec. (2013). Site internet : <http://www.aipsq.com/infos/accueil.php>
- Bronstein, L. (2003). A model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), 298-306.
- Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530–540.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G. & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519–529.
- Burgess, J., & Purkis, M.E. (2010). The power and politics of collaboration in nurse practitioner role development. *Nursing Inquiry*, 17(4), 297–308.
- Buch, N.J., & Watters, T. (2001). The Emerging role of the Oncology nurse Practitioner: A Collaborative Model within the Private Practice Setting. *Oncology Nursing Forum*, 28(9), 1425-1431.
- Chang, W., Mu, P. & Tsay, S. (2006). The experience of Role Transition in Acute Care Nurse Practitioners in Taiwan Under the Collaborative Practice Model. *Journal of Nursing Research*, 14(2), 83-91.
- Chapados, C. (2013). L'évaluation de la santé par les infirmières praticiennes spécialisées : Des IPS témoignent. *Perspective Infirmière*, 10(3), 26-30.
- Cobb, S.E., & Kutash, M. (2011). A Study to Describe Perceptions of ARNP Roles in an Acute Care Setting. *The Journal for Nursing Practitioners*, 7(5), 378-384.
- Contadriopoulos, D. et al. (2013). Étude portant sur l'implantation des IPS en soins de première ligne au Québec en cours. Site internet : <http://www.ipspl.info/financement.html>

- Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé. (2008). *Collaboration interprofessionnelle. Aperçu des principaux documents de référence et points saillants de la documentation*. Site internet : <http://www.hprac.org/fr/projects/resources/hprac-collaborationLitReviewFRFINAL.feb1308.pdf>
- Comité directeur de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. (2007). *Collaboration interprofessionnelle en soin de santé : un plan directeur provincial*. Ontario. Site internet : <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolicyMakersResearchers/ipc-blueprint-july-2007-fr.pdf>
- Cummings, G., Fraser, K. & Tarlier D. (2003). Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care: an evaluation of organizational change. *Journal of Nursing Administration*, 33(3), 139–145.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 1 : 116-131.
- D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C., Lavoie-Tremblay, M., Dallaire, C., & Cyr, G. (2007). *Évaluation de l'implantation du programme d'intéressement au titre d'infirmières praticiennes spécialisées*. Centre Ferasi; Rapport de recherche présenté à l'Agence de santé et services sociaux du Québec. Site internet : http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport%20MSSS%20%20IPS.pdf
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2004). *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice*. Ottawa : Santé Canada.
- D'Amour, D., Sicotte, C. & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-93.
- DiCenso, A., & Matthews, S. (2005). *Report on the integration of primary health care nurse practitioner into the province of Ontario*. Toronto, ON: Ministry of Health and Long-term Care. Site internet: <http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurseprac03/execsumm.pdf>
- DiCenso, A., Paech, G., & IBM Corporation. (2003). *Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners Into the Province of Ontario*. Toronto, ON : Ministry of Health and Long-Term Care.
- Durand, S. (2013). *Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Montréal. Site internet : <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>

- Gadoury, M., & Alarie, F. (2010). *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne. Perspective canadienne et internationale*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2010. Site Internet : www.santmontreal.qc.ca/pdf/inter/Sommaire_interdisciplinarite.pdf
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago : Aldine Publishing Company.
- Gouvernement du Québec. Assemblée Nationale. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Site internet : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/02_loi90-adopte.pdf
- Gouvernement du Québec. Portail Québec. (2010). *Un investissement de plus de 117 millions de dollars - Le Ministre Yves Bolduc annonce la création de 500 postes d'infirmières Praticiennes spécialisées en soins de première ligne*. Site internet: <http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Juillet2010/14/c4341.html>
- Gouvernement du Québec. (1970). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, deuxième partie, titre deuxième, le Régime de santé, tome II, la Santé*. Site internet : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1995_04_av_fr.pdf
- Guzman, A., Ciliska, D. & DiCenso, A. (2010). Nurse Practitioner Role Implementation in Ontario Public Health Units. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 101(4), 309-313.
- Hamric, B., Spross, J., & Hanson, C. (2009). *Advanced Practice Nursing: An integrative Approach*. (4e éd.). St-Louis: W.B. Saunders.
- Hani, G., & Tesseron, A-L. (2009). *Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première ligne au Québec*. Centre - Urbanisation Culture Société. Institut national de la recherche scientifique. Montréal, QC, Canada. Site internet : http://www1.ucs.inrs.ca/pdf/inedit2009_03.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois. Volume 2*. Gouvernement du Québec.
- Jacobson, M., & HDR Inc. (2012). *Rapport commandé par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. Synthèse des données probantes sur l'efficacité des équipes interprofessionnelles en soins primaires*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Site internet : <http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/asf.pdf>

- Jensen, L., & Scherr, K. (2004). Impact of the nurse practitioner role in cardiothoracic surgery. *Canadian Association of Critical Care Nurses*, 15(3), 14–19.
- Kilpatrick, K. (2012). *Symposium s'intitulant : Se rencontrer pour mieux collaborer*. Organisé par l'AIPSQ.
- Kilpatrick, K., Harbman, P., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Kaasalainen, S., Bourgeault, I. & DiCenso, A. (2010). The acute Nurse Practitioner role in Canada. *Nursing Leadership*, 23, 114-138.
- Lapointe, J. (2009). *Les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer. Bilan et perspectives de pérennité*. Montréal. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Site internet : <http://www.oiiq.org/sites/default/files/247-IPS.pdf>
- McNamara, S., Giguere, B., 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(3), 318–325.
- McNamara, S., Lepage, K., & Boileau, J. (2011). Interprofessional Collaboration Between Nurse Practitioner and Clinical Nurse Specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 25, 33-40.
- Martin-Misener R., Downe-Wamboldt B., Cain E. & Girouard M. (2009). Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: the Long and Brier Islands study. *Primary Health Care Research & Development* 10, 14–25.
- Mian, O., Koren, I., & Rukholm, E. (2012). Nurse practitioners in Ontario primary healthcare : Referral patterns and collaboration with other health professionals. *Journal of Interprofessional care*, (26), 232-239.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Rapport annuel de gestion du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012*. Gouvernement du Québec, 2012. Site internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-102-01F.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2003). *Notre profession prend une nouvelle dimension. Des pistes pour bien comprendre la Loi sur les infirmières et infirmiers et en tirer avantage de notre pratique*. Site internet : http://www.oiiq.org/sites/default/files/149_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & le Collège des médecins du Québec. (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*. Montréal : auteur. Site internet :

<http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/ActivitesPartageables/~media/Files/Lignes/Lignes%20IPS%20generale%202006.pdf>

Ordre des infirmières et infirmier du Québec (OIIQ). (2013). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2012-2013*. Montréal : auteur. Site internet : http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/qui_sommes_nous/statistiques/oiiq_portrait_sommaire_effectif_infirmier_2012_2013.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2010). *Framework for action on interprofessional education and Collaborative practice*. Genève : auteur. Site internet : http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Hypertension et diabète sont en forte hausse selon les dernières statistiques de l'OMS*. Communiqué de presse. Site internet : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/fr/index.html .

Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of Nursing Management*, 11(6), 396–403.

Reay, T., Patterson, E., Halma, L. & Steed W. (2006). Introducing a nurse practitioner: experiences in a rural Alberta family practice clinic. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 11(2), 101–107.

Roch, G., & Ouellet, N. (2010). Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec. *L'infirmière clinicienne* 7(2), 7-17.

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

Secrétariat de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Rapport de situation. Soixante-troisième assemblée mondiale de la santé*. Site internet : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-fr-cover-contents.pdf

Snider, M. (2010). *Culturally Appropriate Nursing Care of the Type 2 Diabetic Immigrant Population: Results of an Integrated Literature Review*. (Thèse de Maitrise). Site internet: http://nursing.uvic.ca/research/documents/Snider_Melanie.pdf

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research - Grounded theory procedures and techniques* (2ème Ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.

Stolee, P., Hillier, L., Esbaugh, J., Griffiths, N., & Borrie M. (2006). Examining the nurse practitioner role in long-term care: evaluation of a pilot project in Canada. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), 28–36.

- Thrasher, C., & Purc-Stephenson, R. (2007). Integrating nurse practitioners into Canadian emergency departments: a qualitative study of barriers and recommendations. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 9(4), 275–281.
- Tschannen, D. (2004). The Effect of Individual Characteristics on Perceptions of Collaboration in the Work Environment. *Medsurg Nursing*, 13(5), 312-318.
- Turner, C., Keyzer, D., & Rudge, T. (2007). Spheres of influence or autonomy? A discourse analysis of the introduction of Nurse Practitioners in rural and remote Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 38–46
- Van Soeren, M., & Micevski, V. (2001). Success indicators and barriers to acute nurse practitioner role implementation in four Ontario hospitals. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 424–437.
- Van Soeren, M., Hurlock-Chorostecki, C., Goodwin, S., & Baker, E. (2009). The primary healthcare nurse practitioner in Ontario: a workforce study. *Nursing Leadership*, 22(2), 58–72.
- Vernon, C. (2007). *Soins en collaboration. Série de rapports de synthèse sur la mise en commun des connaissances*. Ontario : Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
- Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: What will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1 (1), 2-4.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553.

Annexe A

Les 17 activités réservées aux infirmières :

[Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé](#), L.Q. 2002, c. 33. Modifiée en 2013.

1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;

- 2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- 3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- 4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
- 5° effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
- 6° effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- 7° déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
- 8° appliquer des techniques invasives;
- 9° contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
- 10° effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- 11° administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- 12° procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
- 13° mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
- 14° décider de l'utilisation des mesures de contention;
- 15° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);
- 16° évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14;

17° évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Annexe B

Les 5 activités spécifiques aux IPS :

[Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé](#), L.Q. 2002, c. 33. Modifiée en 2013.

Activités s'ajoutant aux 17 activités des infirmières et qui sont spécifique aux IPS.

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

Annexe C
Tableau récapitulatif des 30 sources de
d'information retenues pour analyse

Tableau récapitulatif des 30 sources de d'information retenues pour analyse

| Numéro | Année | Auteur(s) | Devis/Type d'écrit | Cadre de soins et région | Participants | Principaux constats |
|--------|-------|---|--|---|---|---|
| 1 | 2010 | Sangster-Gormley, Martin-Misner, Downe-Wamboldt & DiCenso | Revue intégrative | Soins de 1ère ligne au Canada | Différents professionnels de la santé (IC-IPS) | Trois facteurs influencent l'implantation du rôle d'IPS au Canada : engagement, acceptation et intention. |
| 2 | 2004 | Bryant-Lukosius & DiCenso | Description du PEPPA | Soins de 1ère ligne au Canada | NIL (Modèle d'implantation de l'IPS) | L'implantation, le développement et l'évaluation de la pratique avancée comportent 9 étapes. |
| 3 | 2010 | Burgess & Purkis | Étude qualitative | Soins de première ligne en Colombie-Britannique | Infirmières praticiennes spécialisées | Pour mieux développer le rôle d'IPS il faut fournir des efforts en termes de collaboration à différents niveaux du système de santé. |
| 4 | 2003 | Cummings, Fraser & Tarlier | Article de recherche : Analyse de l'implantation du rôle IPS | Urgences en Alberta | IC-IPS- Infirmières Conseillères- Cadres en soins infirmiers. | 5 Recommandations spécifiques pour réussir l'implantation : <ol style="list-style-type: none"> 1. Employer un modèle pour mieux guider le changement au sein de l'équipe de soin 2. Désigner 1 ou 2 professionnels pour supporter, coordonner l'arrivée de l'IPS 3. Clarifier et communiquer une définition et les attentes face au rôle de l'IPS. 4. Mettre en place un forum pour faciliter les communications entre les membres de l'équipe 5. Accompagner la transition personnelle et culturelle. |
| 5 | 2001 | Bush & Watters | Étude descriptive sur le développement du rôle d'IPS | Clinique privée d'Oncologie aux É-U. | IPS, oncologues, IC | Choisir un modèle de pratique en collaboration augmente la qualité de soin des pts. |

| | | | | | | |
|----|------|-------------------------------|--|--|---|---|
| 6 | 2010 | Guzman, Ciliska & DiCenso | Étude descriptive sur les barrières et facilitants à l'implantation de l'IPS | Soins de 1 ^{ère} ligne en Ontario | 28 IPS | Pour collaborer les facilitants sont : support des gestionnaires, connaissances de l'IPS des programmes en place, bonne relation de collaboration avec reste de l'équipe de soin. |
| 7 | 2011 | Mian, Koren & Rukholm | Étude qualitative | Soins de 1 ^{ère} ligne en en Ontario | IPS | Le succès de l'intégration de l'IPS dépend d'une bonne relation de collaboration entre les professionnels de la santé et la promotion des soins interprofessionnels. |
| 8 | 2003 | Reay, Golden-Biddle & Germann | Étude qualitative | Soins de 1 ^{ère} ligne en Alberta | 25 IPS et 7 gestionnaires | Pour une bonne collaboration, les gestionnaires doivent clarifier les attributions de tâches, gérer les relations de travail altérées dans l'équipe et continuer à gérer l'équipe de soin dans un contexte de changement. |
| 9 | 2007 | Thrasher & Purc-Stephenson | Étude qualitative | Services d'urgence au Canada | Gestionnaires, IPS, IC, médecin. | L'affectation des IPS dépend : du contexte organisationnel, clarté du rôle et recrutement et intéressement des IPS |
| 10 | 2011 | Cobb & Kutash | Étude exploratoire sur la perception des membres de l'équipe interdisciplinaire de leur collaboration avec l'IPS | Soins de 1 ^{ère} ligne, aux États-Unis. | IC, nutritionnistes, travailleurs sociaux, pharmaciens. | Tous les professionnels étaient satisfaits de collaborer avec l'IPS surtout pour l'apport à la qualité de soin qu'elle prodigue et sa pratique basée sur des données probantes. |

| | | | | | | |
|----|------|--|--|---|--|---|
| 11 | 2004 | Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne & Pinelli | Écrit descriptif de facteurs influençant le rôle de l'IPS | Ontario | IPS | Besoin de processus de collaboration systémique et probant en termes de : développement, implantation et évaluation du rôle de l'IPS. |
| 12 | 2009 | McNamara, Giguère, St-Louis & Boileau | Étude cas utilisant le PEPAA pour implantation du rôle d'IPS au CH Juif. | Montréal | IPS, IC, membre de l'équipe interdisciplinaire | L'application du PEPPA a été très utile et facilement adaptable au CH Juif. |
| 13 | 2006 | Stolee, Esbaugh, Griffiths & Borrie | Projet pilote pour examiner le rôle d'IPS | Soins de longue-durée, en Ontario | IPS, IC, médecins et gestionnaires. | Le rôle d'IPS peut être facilité par la clarification du rôle, ratio patients-IPS adéquat et un support à l'implantation des gestionnaires. |
| 14 | 2001 | Van Soeren & Micevski | Étude qualitative | Soins de 1 ^{ère} ligne, en Ontario | IPS, IC, Gestionnaires et médecins. | Importance du niveau de préparation des membres de l'équipe à l'implantation du rôle de l'IPS, mentorat, connaissance du rôle, support des gestionnaires. |
| 15 | 2006 | Reay, Patterson, Halma & Steed. | Étude de cas, approche qualitative | Médecine familiale communautaire, Alberta. | IPS, Médecins, gestionnaires, responsable santé publique, IC. | Flexibilité de l'IPS au début de l'élaboration du rôle, appuis et orientation de mentors ayant aidé à établir relations de travail positives. |
| 16 | 2010 | Kilpatrick et al. | Revue de littérature sur le rôle de l'IPS en soins critiques. | Soins de santé critiques incluant les urgences. | Acteurs de la formation de l'IPS, gestionnaires, IPS, IC médecins. | Acceptation par l'équipe et l'importance d'une bonne collaboration dans les équipes de soins. Donner le temps aux différents acteurs de la santé pour connaître et reconnaître le rôle de l'IPS. |

| | | | | | | |
|----|------|--|---|---|---|--|
| 17 | 2005 | DiCenso & Matthews | Rapport du ministère de la santé de l'Ontario | Soins 1 ^{ère} ligne en Ontario. | IPS, médecins, patients, équipe de soin. | Recommandation par rapport à l'implantation, clarté du rôle d'IPS, dynamique de l'équipe de soin avec qui l'IPS collabore, étendue de la pratique IPS. |
| 18 | 2011 | AIIC | Énoncé de position sur la collaboration interprofessionnelle. | Canada | IPS, IC, et autres professionnels de la santé au Canada | Les meilleures pratiques collaboratives. |
| 19 | 2009 | Martin-Misener, Downe-Wamboldt & Girouard | Étude longitudinale | Soins de 1 ^{ère} ligne milieu rural, en Nouvelle-Écosse. | IPS, patients, médecin de famille, équipe interdisciplinaire | Collaboration augmente l'accessibilité aux soins, facilitation de l'implantation de l'IPS par les gestionnaires (organisationnel), s'améliore avec le temps. |
| 20 | 2004 | Jensen & Scherr | Étude évaluant la structure, le processus et les retombées du nouveau rôle IPS. | Soins critiques en Alberta. | IPS, médecins, IC et d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire. | Corriger les disparités entre demandes des gestionnaires et attentes face au rôle d'IPS, clarifier le rôle IPS, support du rôle à différents niveaux, préparation adéquate de l'IPS au futur rôle améliore la collaboration. |
| 21 | 2008 | Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé. | Document recensant les documents importants sur la collaboration interprofessionnelle au Canada | Canada | N/A | Recension d'écrits sur les différentes composantes et définitions de la collaboration interprofessionnelle. |
| 22 | 2009 | Hamric, Spross & Hanson | Livre pour la pratique avancée en soins inf. | États-Unis | IPS et équipe de soin | Caractéristiques d'une collaboration effective et stratégies pour améliorer la collaboration. |

| | | | | | | |
|----|------|---|---|--|--|---|
| 23 | 2005 | D'Amour & Oandasan | Rapport ministériel sur la compréhension de la collaboration interprofessionnelle. | Canada | | L'approche collaborative doit être à différents niveaux et doit servir auprès des éducateurs, des cliniciens, des politiques, chercheurs et des patients. |
| 24 | 2013 | AIPSQ | Symposium se rencontrer pour mieux collaborer | Québec | IPS, gestionnaires, IC, chercheuses, CMQ, psychologue. | Perceptions des membres de l'équipe de soins du rôle d'IPS. |
| 25 | 2013 | Web Institute for Healthcare Improvement (WIHI) | Discussion sur plateforme web d'expert impliqués dans l'implantation et déploiement des IPS | Soins de 1 ^{ère} ligne aux États-Unis | Équipe multidisciplinaire | Exploration du déploiement des IPS et leur implication dans les équipes interdisciplinaires à travers le monde (échanges d'expériences de collaboration). |
| 26 | 2005 | D'Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez & Beaulieu. | Revue de littérature | Canada | | Cadre de référence permettant de mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle. Dynamique entre les professionnels de la santé. |
| 27 | 2012 | Jacobson. Rapport commandé par l'AIC | Synthèse des données probantes sur l'efficacité des équipes de santé | Soins de première ligne, Canada | IPS, IC et différents professionnels de la santé. | Rapport sur l'efficacité de la collaboration entre IC et IPS en soins primaires. |

| | | | | | | |
|----|------|-------------------------|--|---|---|---|
| 28 | 2006 | Chang, Mu & Tsay | Étude qualitative | Soins d'urgences, à Taiwan. | IPS ayant été IC durant 13 ans, mentors et gestionnaires. | L'ambiguïté du rôle, les phases d'acquisition du rôle lors de la première année de pratique du rôle d'IPS. |
| 29 | 2007 | Turner, Keyzer & Rudge. | Étude Sur l'autonomie réelle de l'IPS | Soins de santé en milieu rural, en Australie. | IPS, IC, gestionnaires, politiques. | L'histoire et la tradition en soins infirmiers influencent la manière dont les infirmières perçoivent leurs rôles respectifs. |
| 30 | 2013 | Kilpatrick pour l'AIPSQ | Symposium : Se rencontrer pour mieux collaborer. | Soins aigus et de 1 ^{ère} ligne au Québec. | IPS et l'équipe de professionnels de santé. | L'importance des relations de travail entre les professionnels de la santé comme l'IPS et l'IC. |

Annexe D
Exemple d'une codification ouverte
appliquée à un de nos écrits

No de l'Écrit : 1

Référence bibliographique de l'écrit :

Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., Di Censo, A. (2010). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1178-1190.

Type d'écrit : Recension intégrative des écrits

Retrouvé via : Google recherche manuelle

Cote sur 10 : Critères à déterminer

| Citations majeures du texte r/a Collaboration IPS-IC | Thèmes ou idée centrale r/a collaboration IPS-IC (codes) | Commentaires/réfl exions en rapport avec notre but | Retenir OUI ou NON |
|---|---|--|--------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|------------|
| <p>«.....support for <u>and collaboration</u> with the NP....awarness and appreciation of the role by team members.» p. 1186</p> <p>« Determining the intentions of the NP role gives clarity about how the NP will interface with other providers....» p. 1186</p> <p>«...Barriers identified...staff's <u>lack of understanding</u> of the role and <u>limited direct contact</u> of the NP with other staff...» p. 1181</p> <p>«..mentorship for NP and understanding of the <u>interface between</u> the NP and <u>other professional staff</u>...» p. 1181</p> <p>«...<u>Lack of role clarity</u> contributes to confusion and resistance to the role by others.» p.1181</p> <p>«...advanced discussion of the role with staff...facilitate implementation.» p. 1182</p> | <p>La reconnaissance du rôle IPS par l'équipe aide comprend la collaboration avec la IPS.</p> <p>Faire connaître les rôles de part et d'autre, aide à mieux comprendre les interfaces les reliant.</p> <p>Le manque de contact professionnel et la méconnaissance du rôle IPS sont des barrières au travail avec les autres professionnels.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1- Augmenter les contacts professionnels 2- Expliquer le rôle de chacun 3- Interfaces à éclaircir 4- Cela prend de la collaboration pour espérer une bonne implantation du nouveau rôle | <p>OUI</p> |
|---|---|--|------------|

Annexe E

Exemple d'une codification axiale

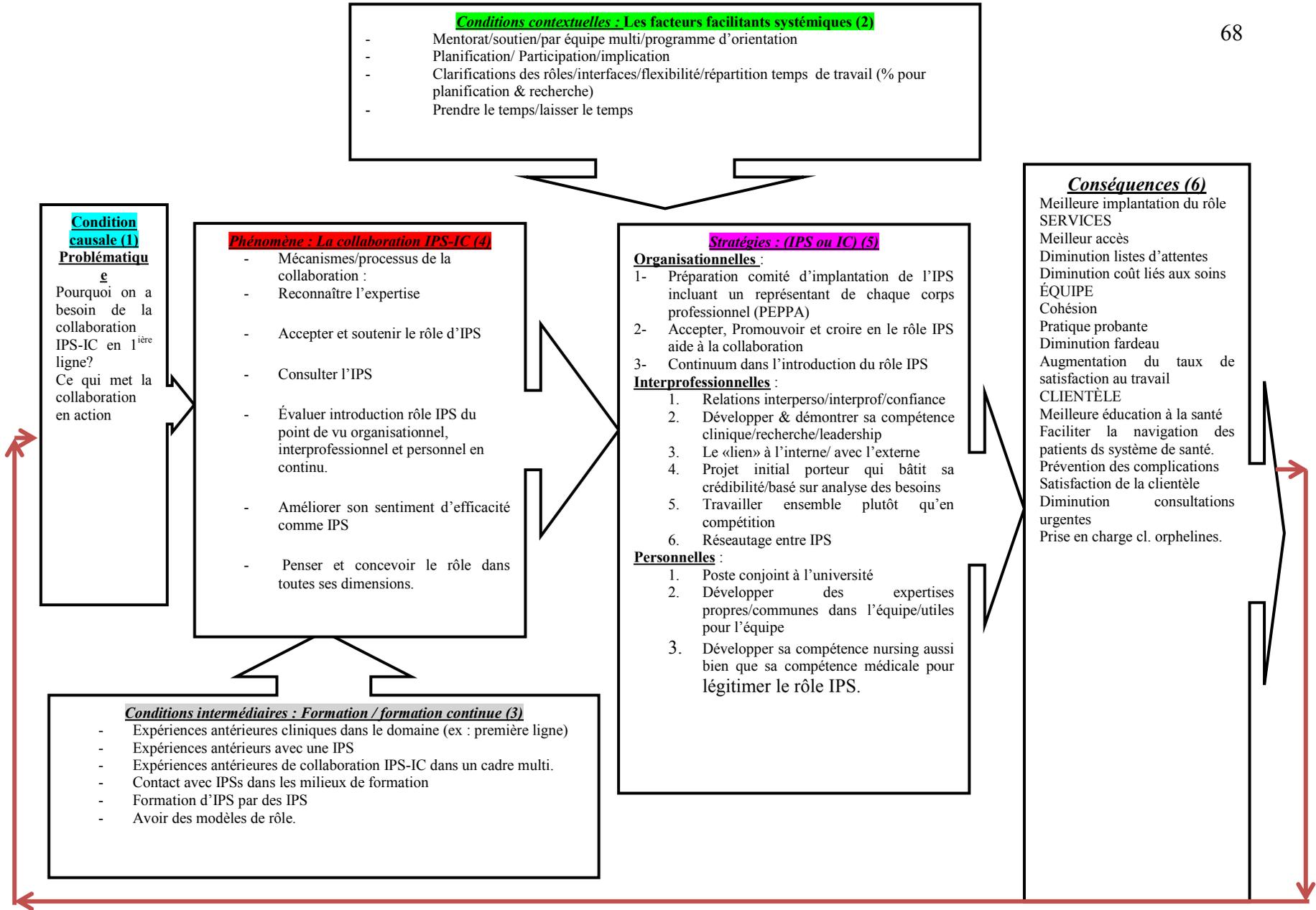


Figure 2 : Exemple d'une codification axiale

Annexe F
PEPPA modèle pour guider l'élaboration,
l'implantation et l'évaluation de rôles en soins
infirmiers en pratique avancée

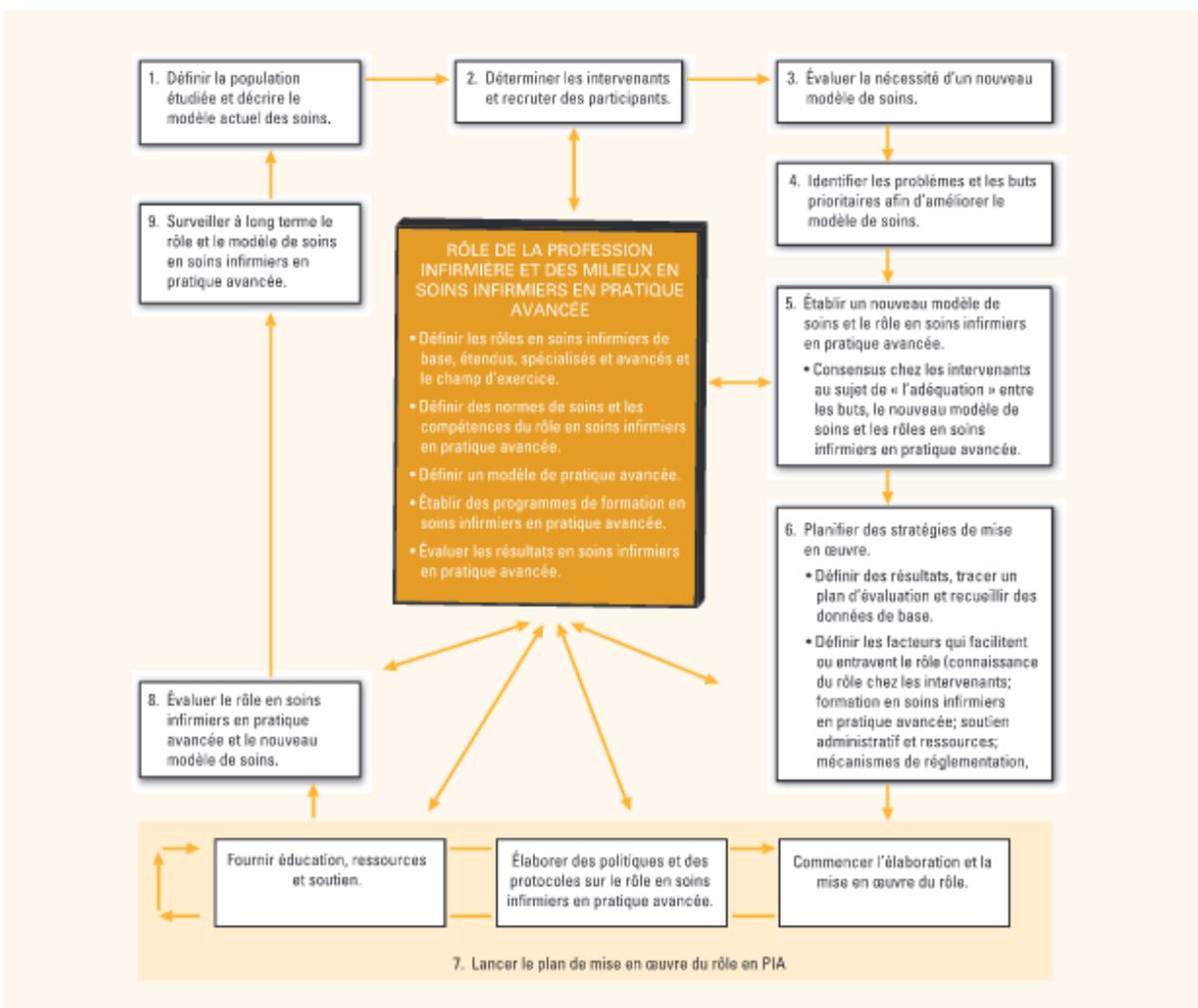


Figure 3:
Participatory, evidence-based, patient-focused process for guiding the development, implementation, and evaluation of advanced practice nursing (PEPPA) (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Traduit et adapté par McNamara, S., Giguere, B., St-Louis, L., & Boileau, J. (2009).

Annexe G
Stratégies de communication et de collaboration
pour l'IPS et l'IC.

| | |
|---|---|
| - Être respectueux et professionnel. | - Être coopératif. |
| - Écouter attentivement. | - Être clair. |
| - Tenter de comprendre le point de vue de l'autre. | - Identifier les buts et les inquiétudes partagés. |
| - S'imprégner d'une attitude collaborative et l'attendre de l'autre. | - Exprimer ses impressions avec le «je». |
| - Identifier ce qui est négociable de ce qui ne l'est pas. | - Apprendre à reconnaître lorsqu'on a tort et donner raison à l'autre si nous l'approuvons. |
| - Valider les pensées et ressenties de l'autre. | - Ne pas prendre les choses de façon personnelle. |
| - Ne pas ressentir la pression d'accepter immédiatement. | - Penser à de possibles solutions avant les réunions et être prêt à s'adapter si d'autres solutions plus créatives sont proposées par d'autres. |
| - Penser à des solutions de résolution de conflits comme processus et reconnaître que cela peut prendre plusieurs interactions avant de se solutionner. | - Prêter attention à ses propres idées et ce qu'on a à offrir au groupe. |

Tiré et traduit de Hamric, Spross et Hanson (2009)