

---

## **Vers une pratique avancée infirmière aux soins intensifs: perception infirmière de son introduction au CHU de Liège**

**Auteur :** Gathot, Florent

**Promoteur(s) :** Parzibut, Gilles

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/24099>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

## **« Vers une pratique avancée infirmière aux soins intensifs : perception infirmière de son introduction au CHU de Liège »**

Mémoire présenté par **Florent GATHOT**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences Infirmières  
Année académique 2024-2025

## **« Vers une pratique avancée infirmière aux soins intensifs : perception infirmière de son introduction au CHU de Liège »**

Mémoire présenté par **Florent GATHOT**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2024-2025

Promoteur : Docteur **Gilles PARZIBUT**

## Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mon promoteur, le docteur Gilles Parzibut, pour son accompagnement tout au long de ce mémoire. Merci pour ses conseils éclairés, sa disponibilité constante et, surtout, pour m'avoir encouragé avec bienveillance lorsque mon élan commençait à s'essouffler.

Je remercie également les infirmières et infirmiers des unités de soins intensifs du CHU de Liège qui ont accepté de participer à cette étude. Merci pour votre temps, votre confiance et la richesse de vos témoignages, qui ont constitué une contribution précieuse et indispensable à l'élaboration de ce travail.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont soutenu cette recherche : collègues, encadrants, cadres de santé, amis et membres de ma famille. Vos encouragements, vos relectures attentives ou simplement votre écoute m'ont été d'un grand soutien dans les moments de doute.

Enfin, un merci particulier à toutes les personnes qui, au fil de ce parcours, ont nourri ma réflexion sur la pratique infirmière avancée et renforcé ma conviction quant à la nécessité de faire évoluer notre métier.

# Table des matières

<i>Résumé</i> .....	6
<i>Abstract</i> .....	7
<i>Liste des abréviations</i> .....	8
<b>1. Introduction</b> .....	9
<b>2. Matériel et méthodes</b> .....	12
2.1. Type d'étude et approche méthodologique .....	12
2.2. Cadre théorique.....	12
2.3. Population et échantillonnage .....	13
2.4. Méthode de collecte des données.....	14
2.5. Position du chercheur et biais potentiels .....	14
2.6. Analyse des données .....	14
2.7. Considérations éthiques .....	16
<b>3. Résultats</b> .....	17
3.1. Un rôle encore méconnu et flou.....	17
Connaissance et compréhension du rôle d'IPA .....	17
Représentations générales du rôle .....	18
3.2. Une acceptabilité conditionnée par la clarté, l'intégration et le contexte local .....	18
Conditions de mise en œuvre .....	18
Intégration dans les équipes.....	19
Collaboration interprofessionnelle .....	19
3.3. L'IPA perçu comme potentiellement utile s'il reste complémentaire.....	20
Compétences et actes attribuables .....	20
Impacts sur la qualité des soins .....	21
3.4. Des résistances identitaires, culturelles et systémiques .....	21
Obstacles organisationnels et identitaires .....	21
Collaboration et communication interprofessionnelle.....	22
<b>4. Discussion</b> .....	23

4.1.	Un rôle encore méconnu, qui appelle une stratégie de clarification .....	23
4.2.	Une acceptabilité conditionnée à l'intégration locale et à la clarté du cadre .....	24
4.3.	Acceptabilité conditionnée par le contexte local, la clarté et l'intégration progressive ..	25
4.4.	Résistances identitaires et culture professionnelle : au cœur des tensions .....	25
4.5.	Une difficulté de projection amplifiée par la pénurie et la surcharge.....	26
4.6.	Implications pratiques, managériales et politiques .....	27
4.7.	Limites de l'étude et considérations méthodologiques.....	28
5.	<i>Perspectives</i> .....	30
5.1.	Renforcer une culture professionnelle commune autour du rôle d'IPA.....	30
5.2.	Tester une expérimentation pilote ciblée et évaluée.....	31
5.3.	Explorer des missions transversales comme points d'entrée .....	31
5.4.	Construire un cadre institutionnel de déploiement .....	32
5.5.	Poursuivre une recherche longitudinale post-implémentation .....	33
	<i>Conclusion</i> .....	34
	<i>Bibliographie</i> .....	35

# Résumé

## Introduction

En Belgique, l'arrivée récente du rôle d'infirmière de pratique avancée (IPA) se fait dans un contexte de pénurie et de complexification des soins. En soins intensifs (USI), ce rôle reste encore mal connu et parfois perçu comme flou.

## Méthode

Étude qualitative exploratoire menée selon la théorisation ancrée. Seize entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès d'infirmières de cinq USI adultes du CHU de Liège. Le guide d'entretien a évolué au fil de la collecte et de l'analyse. L'analyse thématique (codages ouvert, axial, sélectif) s'est appuyée sur le modèle de la Diffusion de l'Innovation (DOI).

## Résultats

Le rôle d'IPA demeure largement méconnu, mais les participants identifient plusieurs atouts lorsqu'il s'inscrit en complémentarité : amélioration de la coordination clinique, soutien à la prise de décision, encadrement des nouveaux arrivants et actualisation des protocoles. Son acceptabilité dépend de : (1) missions et limites clairement définies, (2) intégration progressive et visible auprès du patient, (3) communication interprofessionnelle structurée, (4) soutien institutionnel. Des résistances persistent (enjeux identitaires, hiérarchiques, pénurie, contraintes). Certains actes sont jugés acceptables (ajustements simples, protocoles, formation), d'autres plus sensibles sans cadre précis.

## Conclusion

L'implantation du rôle d'IPA en USI est pertinente si elle est pragmatique et co-construite, avec une stratégie pédagogique ciblée, des conventions écrites et un pilote local pour mesurer ses effets et favoriser l'adhésion par les équipes.

**Mots clés :** Perception, Pratique avancée, Soins intensifs, Interprofessionnel, Implémentation

# Abstract

## Introduction

In Belgium, the recent introduction of the advanced practice nurse (APN) role comes in a context of workforce shortage and increasing care complexity. In intensive care units (ICUs), this role remains poorly known and is sometimes viewed as unclear.

## Method

Exploratory qualitative study using grounded theory. Sixteen semi-structured interviews were conducted with nurses from five adult ICUs at the University Hospital of Liège (CHU de Liège). The interview guide evolved iteratively during data collection and analysis. The thematic analysis (open, axial, and selective coding) was based on the Diffusion of Innovation model.

## Results

The APN role remains largely unknown, but participants identified several benefits when it is implemented as a complementary function: enhanced clinical coordination, support for decision-making, supervision of new staff, and updating of protocols. Acceptability depends on: (1) clearly defined missions and boundaries; (2) progressive and visible integration at patient's bedside; (3) structured interprofessional communication; and (4) institutional support. Persistent barriers include professional identity and hierarchy issues, staffing shortages, and organizational constraints. Some tasks are seen as acceptable (simple adjustments, protocols, training), while others are considered more sensitive without a clear framework.

## Conclusion

Implementing the APN role in ICUs is pertinent if done pragmatically and co-constructed, with a targeted educational strategy, written collaboration agreements, and a local pilot to measure effects and foster the teams buy-in.

**Keywords:** Perception, Advanced practice, Intensive care, Interprofessional, Implementation

## Liste des abréviations

Abréviations	Significations
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>COREQ</b>	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
<b>DOI</b>	Diffusion Of Innovation
<b>EBN</b>	Evidence Base Nursing
<b>EBP</b>	Evidence Base Practice
<b>ICN</b>	International Council of Nurses
<b>INAMI</b>	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
<b>IPA</b>	Infirmier de Pratique Avancée
<b>NLM</b>	National Library of Medicine
<b>SIAMU</b>	Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente
<b>USI</b>	Unité de Soins Intensifs

## **1. Introduction**

Le système de santé belge fait face à des défis structurels majeurs : vieillissement de la population, augmentation des pathologies chroniques, pénurie de personnel soignant, désorganisation post-COVID et complexification croissante des trajectoires de soins. Selon l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI), 50 000 infirmiers devront être recrutés d’ici à 2030 pour répondre aux besoins croissants du pays (1). Dans ce contexte, la redéfinition des rôles infirmiers apparaît à la fois comme un levier organisationnel stratégique et comme une opportunité de valoriser les compétences cliniques avancées (2,3).

Parmi les réponses envisagées, l’introduction du rôle d’infirmier de pratique avancée (IPA), déjà implanté dans de nombreux pays (Canada, Suisse, Royaume-Uni, États-Unis), constitue une évolution majeure. Titulaire d’un master, l’IPA exerce des fonctions élargies dans les domaines de l’évaluation clinique, de la prescription, de la coordination interprofessionnelle et de la formation. De nombreuses études soulignent les effets bénéfiques de ce rôle : réduction des durées d’hospitalisation, amélioration de la qualité des soins, augmentation de la satisfaction des patients et soutien des équipes (2–4).

En Belgique, le rôle d’IPA a été reconnu légalement par l’arrêté royal du 26 avril 2024 (4). Celui-ci définit un cadre d’exercice interdisciplinaire, conditionné à la réussite d’un master en pratique avancée et à un minimum de 3 000 heures d’expérience clinique. Il prévoit également la réalisation d’actes médicaux délégués, dans le cadre de conventions de collaboration précises. Cette reconnaissance légale ouvre la voie à une mise en œuvre progressive du rôle, encore largement inexplorée dans les pratiques de terrain.

Le CHU de Liège constitue un terrain d’étude particulièrement pertinent pour explorer cette dynamique. En tant qu’hôpital universitaire, il se caractérise par une forte densité de professionnels en formation et une organisation médicale complexe. Dans les unités de soins intensifs (USI), chaque secteur est encadré par des médecins superviseurs, assistés par des médecins en formation.

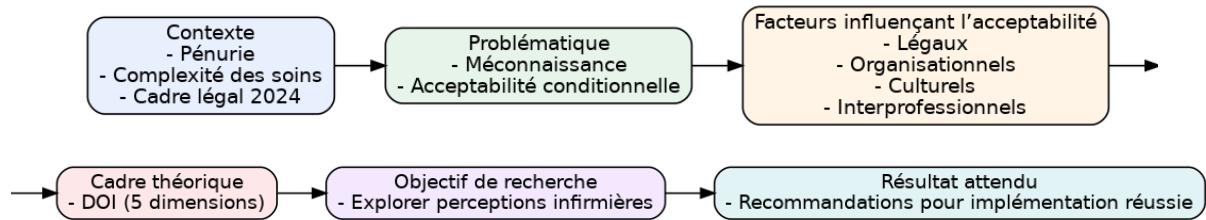
Dans ce contexte, l'introduction d'un IPA pourrait constituer une réponse concrète aux enjeux actuels : renforcement de la continuité clinique, appui à la formation, allègement des tâches médicales routinières et amélioration de la coordination interprofessionnelle (5). Pourtant, ce rôle n'a encore jamais été expérimenté dans les USI du CHU de Liège. Son acceptabilité reste incertaine et dépendra largement des représentations des infirmiers en poste, de leur vision du métier, des dynamiques d'équipe et des résistances identitaires éventuelles.

Alors que l'IPA est appelé à transformer les pratiques infirmières, son implantation dans des environnements critiques et hautement spécialisés, comme les USI, soulève plusieurs questions : dans quelle mesure ce rôle est-il perçu comme une aide ou une menace par les infirmiers ? Quels freins ou leviers conditionnent son intégration ? Et comment cette innovation s'inscrit-elle dans des équilibres interprofessionnels déjà en tension ?

Pour répondre à ces interrogations, ce mémoire s'appuie sur le modèle de la Diffusion de l'Innovation d'Everett Rogers (6), qui identifie cinq dimensions influençant l'adoption d'une nouveauté : avantage relatif, compatibilité, complexité, testabilité et observabilité. Ce cadre conceptuel permet d'explorer en profondeur les perceptions liées à l'introduction du rôle d'IPA dans les soins intensifs, tout en laissant émerger, à partir du terrain, les représentations spontanées.

### **Problématique :**

Alors que le rôle d'IPA est susceptible de reconfigurer les dynamiques de soins en milieu critique, comment est-il perçu par les infirmiers en poste dans les unités de soins intensifs du CHU de Liège, et quels facteurs (professionnels, organisationnels ou identitaires) influencent leur adhésion ou leurs réticences à son implémentation ?



**Figure 1 – Cadre conceptuel de la recherche**

*Synthèse visuelle du raisonnement ayant conduit à la formulation de la problématique et à l'orientation méthodologique de l'étude. Ce schéma illustre les liens entre le contexte, la problématique, les facteurs influençant l'acceptabilité du rôle d'IPA, le cadre théorique choisi et l'objectif général de la recherche.*

## **2. Matériel et méthodes**

### **2.1. Type d'étude et approche méthodologique**

Cette étude adopte un design qualitatif exploratoire, approprié pour analyser des phénomènes émergents et complexes, tels que les représentations professionnelles vis-à-vis d'un rôle encore non implanté dans le contexte belge (7). Elle vise à comprendre les perceptions, les attentes et les résistances des infirmiers en soins intensifs face à l'introduction potentielle du rôle d'infirmier de pratique avancée (IPA).

La recherche s'appuie sur une approche inductive, basée sur les principes de la théorisation ancrée développée par Glaser et Strauss (8). Cette méthode permet de faire émerger les concepts directement à partir des données recueillies sur le terrain, sans imposer de cadre prédéfini, et se révèle particulièrement pertinente pour explorer les dynamiques professionnelles propres aux environnements hospitaliers spécialisés (9).

### **2.2. Cadre théorique**

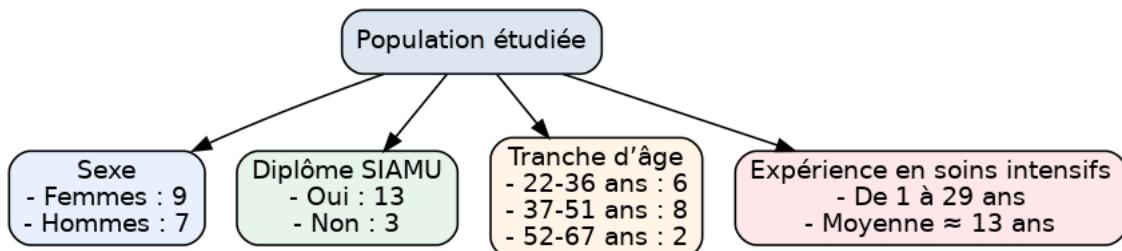
Le modèle de la Diffusion de l'Innovation (DOI) d'Everett Rogers (6) a été utilisé comme appui conceptuel pour structurer le guide d'entretien initial ([annexe 6](#)). Il décrit cinq dimensions susceptibles d'influencer l'adoption d'une innovation : l'avantage relatif, la compatibilité, la complexité, la testabilité et l'observabilité. Bien qu'il ne soit pas spécifique au domaine infirmier, ce cadre a été mobilisé de manière souple afin d'explorer les représentations et les conditions d'acceptabilité du rôle d'IPA dans un contexte critique. Son utilisation n'a pas limité l'analyse inductive, mais a contribué à organiser les premières pistes de questionnement et à enrichir l'analyse (8,9).

## 2.3. Population et échantillonnage

L'étude a été conduite auprès d'infirmiers bacheliers travaillant dans cinq unités de soins intensifs pour adultes du CHU de Liège. Les critères d'inclusion exigeaient une ancienneté minimale d'un an en soins intensifs, afin de garantir une connaissance suffisante des dynamiques cliniques et organisationnelles.

Un échantillonnage raisonné a été utilisé, visant à assurer une diversité de profils selon plusieurs critères : âge, sexe, ancienneté, service d'affectation et statut SIAMU (Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente). L'objectif n'était pas d'obtenir une représentativité statistique, mais de recueillir une variété de points de vue permettant une compréhension approfondie et nuancée des perceptions du rôle d'IPA (10).

Au total, seize entretiens exploitables ont été réalisés. La saturation théorique, définie comme le moment où aucun nouvel élément conceptuel n'émerge des données, a commencé à être observée à partir du treizième entretien, puis confirmée par trois entretiens supplémentaires (9).



**Figure 2 – Population étudiée**

*Répartition de la population étudiée selon le sexe, le diplôme SIAMU, la tranche d'âge et l'expérience professionnelle en soins intensifs.*

## 2.4. Méthode de collecte des données

Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-structurés individuels, d'une durée comprise entre 20 et 45 minutes, menés en présentiel dans des lieux calmes et confidentiels au sein de l'hôpital. Le guide d'entretien, élaboré à partir des dimensions du DOI, a évolué progressivement conformément aux principes de la théorisation ancrée. Trois versions successives ont ainsi été utilisées. ([annexes 6-8](#))

Un entretien pilote, conduit avec une infirmière expérimentée en recherche, a permis de vérifier la clarté et la pertinence des questions. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis intégralement retranscrits et anonymisés au moyen d'un code propre à chaque individu (10).

## 2.5. Position du chercheur et biais potentiels

Le chercheur est infirmier dans l'un des services étudiés et engagé dans un master en pratique avancée. Cette double posture, offrant à la fois une proximité avec le terrain et un risque de biais, a nécessité une vigilance réflexive permanente. La transparence, la triangulation des regards grâce à des relectures croisées avec le promoteur, ainsi qu'une documentation rigoureuse du processus ont contribué à limiter ces biais. Bien que certains participants soient des collègues directs, l'étude ne portait pas sur l'évaluation de performances individuelles, ce qui a réduit les risques de biais de désirabilité (7,11-13).

## 2.6. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée manuellement selon les principes de la théorisation ancrée, en s'appuyant sur un tableau de codage évolutif ([annexe 1-5](#)) élaboré au fil des entretiens (8,9). Cette approche inductive a permis de faire émerger les catégories directement à partir des données recueillies, sans recourir à un cadre théorique préétabli.

**L'analyse s'est déroulée en trois étapes principales :**

- **Codage ouvert** : lors des premières lectures, les concepts significatifs ont été identifiés ligne par ligne dans les verbatims, en laissant émerger les thèmes de manière inductive, sans appliquer de présupposé théorique.
- **Codage axial** : les concepts ont été regroupés en catégories thématiques en fonction de leurs relations, récurrences ou oppositions. Cette étape a permis d'organiser le matériau brut autour de dimensions centrales, en croisant les points de convergence entre les discours.
- **Codage sélectif** : certaines catégories ont été intégrées dans des axes de résultats structurants, articulant les perceptions du rôle, les attitudes professionnelles et les conditions perçues d'implémentation du rôle d'IPA en soins intensifs.

Une attention particulière a été portée au respect de la fidélité aux données empiriques. Les verbatims présentés dans l'analyse et les résultats sont reproduits littéralement, sans reformulation ni interprétation subjective afin de restituer la parole des participants dans sa forme originale.

La crédibilité et la confirmabilité de l'analyse ont été renforcées par plusieurs mesures :

- la mise en œuvre ponctuelle d'un *member checking*, consistant à recueillir les retours de certains participants sur la transcription ou le contenu de leur entretien ;
- une traçabilité rigoureuse du processus analytique, documentée à chaque étape ;
- une triangulation des profils (ancienneté, genre, formation SIAMU ou non) afin de croiser une diversité de points de vue et d'enrichir l'interprétation (7,10).

Ce processus itératif a permis de faire émerger une arborescence thématique solide, guidée par les discours eux-mêmes et progressivement consolidée grâce aux lectures croisées et à la confrontation des catégories.

## 2.7. Considérations éthiques

Tous les participants ont reçu une information claire, ont signé un formulaire de consentement éclairé ([annexe 10](#)) et ont été informés de leur droit de retrait. Les données ont été anonymisées dès la phase de transcription. L'étude ne relevant pas de la loi du 7 mai 2004 sur les expérimentations humaines, aucune approbation formelle du comité d'éthique n'était requise, mais un avis préventif a néanmoins été sollicité (10). ([annexe 11](#))

Le protocole suit par ailleurs les recommandations COREQ (10) afin de garantir la transparence et la rigueur propres aux recherches qualitatives.

## **3. Résultats**

L'analyse des 16 entretiens a fait émerger quatre axes principaux concernant la perception du rôle d'IPA par les infirmiers en soins intensifs. Ces résultats mettent en évidence une ambivalence persistante, mêlant intérêt potentiel et craintes concrètes, influencée par l'expérience professionnelle, le contexte d'unité et le niveau de connaissance du rôle.

*(annexe 1)*

### **3.1. Un rôle encore méconnu et flou**

#### Connaissance et compréhension du rôle d'IPA

Une proportion importante de participants rapporte une méconnaissance initiale du rôle d'infirmier de pratique avancée (IPA), le décrivant comme flou, voire erroné. Cette méconnaissance concerne des profils variés, indépendamment de l'âge ou de l'ancienneté, et semble liée à un manque d'information institutionnelle, à l'absence de diffusion du rôle en Belgique et à des connaissances acquises essentiellement par bouche-à-oreille. Certains assimilent l'IPA à une version médicalisée du rôle infirmier ou à des fonctions déjà existantes, telles que celles d'assistants médicaux :

« Je n'en sais pas grand-chose. Vraiment pas grand-chose. »

« C'est entre guillemets faire des actes médicaux confiés aux soins intensifs. »

Malgré ce flou initial, l'entretien a souvent suscité un intérêt pour en savoir davantage, notamment lorsque les participants prennent conscience des compétences potentielles associées à ce rôle encore peu défini. Cette évolution des perceptions apparaît plus fréquente chez les infirmiers ayant été exposés à d'autres systèmes de santé ou ayant suivi des formations professionnelles. La demande d'une information claire, partagée et accessible ressort comme un prérequis essentiel à une meilleure acceptabilité du rôle.

## Représentations générales du rôle

Le rôle d'IPA est parfois perçu comme trop médicalisé, redondant, voire inutile dans des contextes où la présence médicale est déjà suffisante. Plusieurs participants expriment la crainte d'une extension hiérarchique ou d'une surqualification du rôle infirmier :

« Je ne vois pas bien ce que ça apporterait ici, puisque nous faisons déjà beaucoup de choses. »  
« Il y a un risque qu'on en demande encore plus à ceux qui restent. »

Cependant, certains reconnaissent dans ce rôle une valeur ajoutée, tant sur le plan organisationnel que clinique, à condition qu'il soit adapté aux spécificités du service et intégré de manière progressive.

### **3.2. Une acceptabilité conditionnée par la clarté, l'intégration et le contexte local**

#### Conditions de mise en œuvre

La majorité des soignants soulignent la nécessité d'un cadre légal clair, d'une convention écrite de collaboration et d'un rôle précisément défini pour éviter les tensions interprofessionnelles. L'ambiguïté dans la répartition des responsabilités est perçue comme un risque majeur de conflit :

« Si ce n'est pas clair pour tout le monde, ça ne marchera pas. »

Ils insistent également sur l'importance d'un porteur de projet motivé, capable de stimuler une dynamique locale et de négocier les spécificités avec l'institution, notamment à travers des actions de sensibilisation interne.

## Intégration dans les équipes

Une intégration progressive, associée à une présence clinique régulière et à une connaissance fine du terrain, est considérée comme essentielle. L'IPA est perçu comme devant venir en renfort de l'équipe, et non en remplacement. Son adaptation au contexte et aux particularités du service est jugée déterminante pour être perçu comme une ressource et non comme une contrainte :

« Il faut que ce soit quelqu'un de formé, qu'on connaisse, qu'on ait vu évoluer dans l'équipe. »

## Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle est identifiée comme un enjeu central pour l'acceptabilité du rôle d'IPA. Les infirmiers pointent à la fois le risque de confusion dans la communication et le potentiel d'amélioration de la coordination clinique, à condition que l'IPA soit clairement reconnu comme un relais entre les infirmiers et les médecins. Ce rôle de liaison est particulièrement valorisé dans les contextes où les soignants expriment une fatigue communicationnelle ou un manque de suivi des décisions médicales :

« C'est sûr que s'il y a quelqu'un qui est formé à ça [la communication interprofessionnelle], c'est un grand point positif. »

Plusieurs participants insistent sur l'importance d'une communication transparente entre les professions, notamment lors de moments critiques tels que les changements de traitement, la priorisation des tâches ou le suivi des prescriptions. L'IPA est alors envisagé comme un facilitateur dans la gestion des tensions interprofessionnelles et la clarification des rôles :

« Si l'IPA peut faire le lien quand le médecin est absent ou trop occupé, ça pourrait éviter des conflits. »

Cependant, cette posture de médiateur suppose une reconnaissance claire du rôle par l'ensemble des acteurs. En l'absence d'un dialogue interdisciplinaire structuré, certains redoutent que l'IPA soit perçu comme une menace ou un doublon, notamment par les médecins ou les assistants :

« Il faudrait éviter que ça soit vu comme quelqu'un qui marche sur les plates-bandes des autres. »

De nombreux infirmiers insistent ainsi sur la nécessité d'informer préalablement l'ensemble des équipes, y compris les autres corps professionnels, afin de prévenir les malentendus, préparer le terrain relationnel et favoriser une intégration basée sur la complémentarité.

### **3.3. L'IPA perçu comme potentiellement utile s'il reste complémentaire**

#### Compétences et actes attribuables

Les avis des participants divergent quant aux actes que l'IPA pourrait réaliser. Certains sont largement acceptés, tels que l'ajustement de traitements simples, le renouvellement de prescriptions, le soutien à la recherche clinique, la mise à jour de protocoles ou encore la formation continue. En revanche, des gestes comme les ponctions lombaires, les prescriptions complexes ou l'annonce de mauvaises nouvelles sont jugés plus délicats, car considérés comme relevant du domaine médical ou nécessitant une formation particulièrement approfondie :

« Les ponctions lombaires... ce n'est pas pour les infirmiers, même formés. »

L'utilité du rôle apparaît donc étroitement liée à sa complémentarité avec les fonctions médicales, et non à une logique de substitution. Les participants valorisent en particulier la capacité de l'IPA à structurer le quotidien, fluidifier la prise en charge, servir de point de repère et soutenir l'équipe.

### Impacts sur la qualité des soins

L'IPA est perçu comme un relais clinique potentiel, un soutien à la coordination et un facteur de gain de temps. Certains infirmiers estiment qu'il pourrait contribuer à l'accompagnement des jeunes soignants, améliorer la réactivité et soutenir les projets qualité ainsi que l'*Evidence-Based Nursing* (EBN):

« Former et encadrer les équipes infirmières, ça, c'est sans doute le point le plus positif de tous. »

La perception globale est donc favorable lorsque le rôle est clairement défini comme un renfort, avec des missions ciblées et reconnues comme pertinentes par l'équipe.

### **3.4. Des résistances identitaires, culturelles et systémiques**

#### Obstacles organisationnels et identitaires

Chez les infirmiers expérimentés, des craintes identitaires ressortent nettement : perte de légitimité, remise en question du leadership, jalousie hiérarchique ou rejet culturel d'un rôle intermédiaire :

« Introduire un niveau intermédiaire pourrait frustrer certains. »

À ces réticences s'ajoutent des freins institutionnels tels que la pénurie de personnel, la difficulté à définir des priorités en ressources humaines, la surcharge administrative ou encore la crainte d'un effet d'usure :

« C'est du luxe d'avoir quelqu'un comme ça plutôt qu'un infirmier tout court. »

## Collaboration et communication interprofessionnelle

Des tensions potentielles sont anticipées avec les médecins, les cadres et certains spécialistes (kinés, stomatologues, etc.). Si la coordination interprofessionnelle est perçue comme un défi, elle est également considérée comme une opportunité lorsque le rôle est clairement défini :

« Je ne suis pas sûre que certains médecins, par égo, le prendraient bien. »

La présence d'un relais clinique identifié et la capacité à fluidifier la communication sont vues comme des leviers majeurs d'acceptabilité. Toutefois, l'intégration de ce rôle ne pourra être bien accueillie que si elle repose sur un travail préalable approfondi : clarification des missions, coconstruction avec les acteurs concernés et reconnaissance mutuelle.

## **4. Discussion**

L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions des infirmiers en soins intensifs concernant l'introduction potentielle du rôle d'IPA au CHU de Liège. Les résultats, issus de 16 entretiens, mettent en évidence une perception ambivalente, marquée par une méconnaissance initiale, des attentes pragmatiques et des résistances d'ordre identitaire ou organisationnel.

Rappelons que cette étude n'avait pas pour objet de démontrer la plus-value clinique des IPA, mais d'explorer les représentations et conditions d'acceptabilité perçues. Toute conclusion d'efficacité relève d'études évaluatives ultérieures.

Cette discussion propose une mise en perspective critique de ces constats à la lumière de la littérature, tout en soulignant les implications pour la pratique clinique et pour les conditions d'implémentation du rôle.

### **4.1. Un rôle encore méconnu, qui appelle une stratégie de clarification**

La faible connaissance du rôle d'IPA observée chez la majorité des participants rejoint les constats d'autres études menées en contexte européen (3,10,14). L'absence d'ancrage du rôle dans le paysage professionnel belge, combinée à une communication institutionnelle limitée, conduit à des représentations souvent floues, voire erronées.

L'étude montre toutefois qu'une information claire et ciblée, même transmise au cours de l'entretien, peut suffire à faire évoluer ces représentations, en particulier chez les infirmiers les moins expérimentés. Ce constat rejoint les observations de Sangster-Gormley et al., selon lesquelles l'exposition progressive au rôle favorise un intérêt croissant, à condition que celui-ci soit précisément défini (15).

À l'instar des travaux de Delamaire et Lafortune (16), il apparaît essentiel de positionner l'IPA comme une extension du rôle infirmier expert, et non comme une fonction déléguée au médecin. Ce positionnement, trop souvent ambigu, risque de compromettre l'adhésion des équipes et de générer des résistances inutiles.

La majorité des participants expriment un intérêt réel à mieux connaître ce rôle, à condition que les informations soient claires, diffusées de manière transparente et adaptées aux spécificités du terrain. Ce constat rejoint les conclusions du Conseil international des infirmières, qui préconise un travail d'information et de sensibilisation à grande échelle pour soutenir l'émergence et l'acceptation du rôle (17).

## 4.2. Une acceptabilité conditionnée à l'intégration locale et à la clarté du cadre

Lorsque le rôle est perçu comme complémentaire, et non redondant avec le dispositif existant, les soignants en identifient rapidement des plus-values concrètes. Celles-ci se concentrent autour de trois sphères clés :

- **Le soutien clinique**, en particulier lors des périodes de surcharge ou en cas d'absence médicale ;
- **La fluidité organisationnelle**, notamment par la coordination des prescriptions et la continuité des soins ;
- **La pédagogie**, en appui à l'intégration et à la formation des nouveaux arrivants.

Ces constats rejoignent la littérature canadienne sur les IPA en soins critiques (Kleinpell et al., 2008), qui souligne leur rôle dans la réduction des délais de traitement, l'amélioration des transmissions et l'encadrement des pratiques fondées sur les preuves (5). La dimension pédagogique apparaît également comme une fonction largement consensuelle, en écho aux travaux de Donelan et al. (2013), qui mettent en avant le rôle de mentor des IPA dans les environnements hospitaliers complexes (18).

Cependant, l'étude met en lumière une difficulté persistante chez les participants à se projeter dans des missions concrètes, ce qui souligne l'importance de conventions de collaboration écrites et adaptées au contexte, incluant des actes délégués clairement définis (19,20).

### **4.3. Acceptabilité conditionnée par le contexte local, la clarté et l'intégration progressive**

L'acceptabilité du rôle d'IPA repose sur plusieurs préconditions systémiques :

- **Un cadre légal structurant**, intégrant des conventions de collaboration adaptées aux spécificités locales (21) ;
- **Une intégration progressive** au sein des équipes, afin d'éviter toute rupture culturelle ou hiérarchique ;
- **Une communication interprofessionnelle fluide**, permettant de positionner l'IPA comme un relais clinique et non comme un intrus.

Les témoignages mettent en évidence une attente forte en matière de sensibilisation des équipes, étape indispensable pour prévenir les conflits de territoire, limiter les incompréhensions et réduire les risques de rejet. Cette condition rejoint les recommandations de DiCenso et al. concernant l'acceptabilité graduelle dans les environnements hospitaliers à forte densité médicale (22).

Par ailleurs, la reconnaissance institutionnelle du rôle doit s'appuyer sur une coconstruction avec les professionnels du terrain, dans une démarche de transparence et de concertation.

### **4.4. Résistances identitaires et culture professionnelle : au cœur des tensions**

Les résistances exprimées par les participants ne relèvent pas uniquement de l'organisation ou de la charge de travail. Elles reflètent également une crise identitaire sous-jacente,

particulièrement marquée chez les infirmiers expérimentés, qui craignent une hiérarchisation accrue ou une délégation « vers le haut » du métier infirmier.

Ces tensions s'inscrivent dans la logique des luttes de juridiction décrites par Abbott, où l'introduction d'un nouveau rôle professionnel entraîne une redéfinition des frontières, souvent vécue comme une menace (23). Le risque de redondance avec les médecins, les conflits potentiels avec les cadres ou encore les jalousies hiérarchiques traduisent une résistance défensive, ancrée dans l'histoire du métier et dans l'équilibre interne des unités de soins intensifs.

Comme le rappellent Bourgueil et al., toute évolution des rôles infirmiers doit s'accompagner d'un travail identitaire collectif, visant à renforcer le sentiment d'appartenance, à valoriser l'expertise infirmière et à éviter les fractures symboliques au sein des équipes (24).

#### **4.5. Une difficulté de projection amplifiée par la pénurie et la surcharge**

La pénurie de personnel infirmier, combinée à une charge de travail élevée, conduit à une priorisation défensive des ressources humaines. Dans ce contexte, plusieurs participants expriment un rejet d'un rôle perçu comme un luxe, éloigné des réalités quotidiennes du terrain :

« On a besoin d'infirmiers à la chambre, pas d'un coordinateur en plus. »

Ce constat illustre l'écart entre la logique managériale stratégique (qui envisage l'IPA comme un levier de transformation à moyen terme) et la logique opérationnelle, centrée sur le besoin immédiat de renforts au chevet du patient. Il souligne également l'importance cruciale de la temporalité d'implémentation : comme le rappellent DiCenso et al., les bénéfices du rôle d'IPA sont différés et nécessitent un soutien managérial fort, une mise en place progressive et une reconnaissance tangible du rôle dans l'organisation (22).

## 4.6. Implications pratiques, managériales et politiques

Les résultats de cette étude invitent les décideurs hospitaliers et les autorités politiques à mettre en œuvre plusieurs recommandations concrètes afin de favoriser l'émergence du rôle d'IPA dans les USI :

- **Développer une stratégie de communication ciblée**, destinée à l'ensemble des parties prenantes (infirmiers, médecins, cadres), précisant les compétences, la formation et les limites du rôle ;
- **Établir des conventions de collaboration claires**, adaptées à chaque service, définissant les actes autorisés, les responsabilités et les interfaces entre professionnels ;
- **Promouvoir une intégration progressive** de l'IPA dans les équipes, accompagnée d'un soutien managérial et de temps dédiés à la sensibilisation collective (22,25) ;
- **Renforcer la formation clinique initiale** des IPA, en cohérence avec les spécificités des soins intensifs ;
- **Garantir une équité d'implantation** entre services, afin de prévenir les frustrations, la jalousie ou les perceptions d'injustice.

Sur le plan clinique, l'IPA pourrait jouer un rôle clé dans la mise à jour des protocoles, le développement de la pratique fondée sur les preuves, la gestion des déclarations d'évènements indésirables et l'amélioration de la fluidité des relations interprofessionnelles. Sur le plan politique, les résultats indiquent que l'existence d'un cadre légal ne suffit pas : la réussite de l'implémentation repose sur le temps accordé au processus, sur un dialogue continu et sur l'adhésion active des équipes.

## 4.7. Limites de l'étude et considérations méthodologiques

Cette étude présente plusieurs limites qu'il convient de considérer afin d'en apprécier pleinement la portée et la transférabilité.

Sur le plan méthodologique, le recours à un échantillonnage raisonné, bien que pertinent pour une étude qualitative exploratoire, réduit la représentativité statistique des résultats. Le caractère monocentrique, limité au CHU de Liège, implique que les perceptions recueillies sont fortement influencées par la culture organisationnelle, les dynamiques interprofessionnelles et les ressources propres à cet environnement. La transférabilité vers d'autres contextes (hôpitaux périphériques, structures privées ou systèmes de santé étrangers) doit donc être envisagée avec prudence (11,12).

La validité interne de l'étude repose sur la cohérence entre les données recueillies, le cadre théorique et l'analyse. Cette cohérence a été renforcée par l'utilisation d'un codage évolutif et par la triangulation des profils, mais demeure liée à l'interprétation du chercheur. Le fait que l'auteur soit également infirmier en soins intensifs dans l'institution étudiée constitue à la fois un atout (compréhension fine du contexte, climat de confiance) et un risque de biais de proximité, susceptible d'influencer la collecte et l'analyse des données (11,12).

La validité externe (entendue ici comme la possibilité d'appliquer les résultats à d'autres environnements) dépendra largement de la similitude des contextes organisationnels et culturels. Les résultats sont probablement plus transférables aux structures présentant une forte densité médicale et une rotation importante des équipes, caractéristiques proches de celles des USI du CHU de Liège (1,4).

Plusieurs biais potentiels doivent également être pris en compte :

- **Biais de désirabilité sociale** : certains participants ont pu adapter leurs réponses en fonction de leur relation avec le chercheur ou de la perception d'une attente implicite (11,26).
- **Biais d'échantillonnage** : la proportion majoritaire d'infirmiers titulaires du diplôme SIAMU dans l'échantillon peut influencer la perception du rôle d'IPA.

- **Biais d'information** : l'explication du rôle d'IPA donnée durant l'entretien, nécessaire pour éviter les incompréhensions, a pu orienter certaines réponses (26).

La posture réflexive du chercheur a été mobilisée tout au long du processus pour limiter l'influence de ces biais, notamment à travers des échanges réguliers avec le promoteur, la documentation des choix méthodologiques et, lorsque cela était possible, le recours à un member checking (13). Néanmoins, comme dans toute recherche qualitative, une part d'interprétation subjective reste inévitable (7,11–13).

Des recherches complémentaires seraient pertinentes, notamment dans des contextes non universitaires ou en milieux privés, ainsi qu'auprès d'équipes ayant déjà expérimenté l'intégration d'un IPA, en Belgique ou à l'étranger. Une analyse comparative entre les perceptions infirmières et médicales permettrait également d'anticiper plus finement les tensions potentielles et d'identifier les leviers favorisant la collaboration interprofessionnelle.

## **5. Perspectives**

À la lumière des perceptions des participants et de la littérature, nous proposons des leviers potentiels pour préparer une implémentation progressive et contextualisée du rôle d'IPA en USI.

Ces pistes, issues des perceptions recueillies, n'annoncent pas des effets cliniques : elles restent à tester et à évaluer. Elles viseraient potentiellement à dépasser la méconnaissance actuelle, à réduire les résistances identitaires et organisationnelles, et à encourager une intégration harmonieuse au sein des dynamiques de soins.

### **5.1. Renforcer une culture professionnelle commune autour du rôle d'IPA**

La méconnaissance généralisée et les représentations floues entourant le rôle d'IPA soulignent la nécessité de bâtir une culture professionnelle partagée autour de la pratique avancée.

Cela implique un effort de pédagogie ciblée, adapté aux différents acteurs du terrain :

- **Élaborer des supports pédagogiques synthétiques** (fiches visuelles, capsules vidéo, Q/R) précisant les compétences de l'IPA, ses limites, son articulation avec les autres rôles et le cadre légal pourrait aider à clarifier les missions et limites du rôle (27).
- **Organiser des sessions de sensibilisation interprofessionnelles**, réunissant infirmiers, médecins, cadres et directions, serait susceptible d'aligner les représentations (19,21).
- **Mettre en place des espaces de dialogue interprofessionnel** (ateliers de simulation, réunions de cas, retours d'expérience), pourrait préparer la complémentarité avec le rôle d'IPA.

Ce travail pédagogique, mené de manière progressive et horizontale, constitue un prérequis essentiel à toute acceptabilité organisationnelle. (28,29)

## 5.2. Tester une expérimentation pilote ciblée et évaluée

Plutôt qu'un déploiement généralisé, les résultats soutiennent l'idée d'une expérimentation pilote à petite échelle, menée dans une ou deux unités volontaires.

Un tel dispositif permettrait de :

- **Co-construire une convention de collaboration claire** avec les professionnels de terrain, en tenant compte du contexte, des besoins cliniques et du profil de l'IPA ;
- **Mettre en place un cadre de supervision clinique** associant médecins référents, cadres de proximité et direction des soins ;
- **Évaluer de manière itérative** les effets du rôle d'IPA sur les soins, la réactivité clinique, la fluidité des décisions, la charge cognitive des équipes et la qualité des transmissions.

Cette approche, à la fois exploratoire et encadrée, offrirait un cadre sécurisé pour tester l'intégration effective du rôle, tout en renforçant l'adhésion des équipes concernées. (30,31)

## 5.3. Explorer des missions transversales comme points d'entrée

L'étude met en évidence que certaines missions transversales du rôle d'IPA suscitent un consensus plus large que les actes techniques les plus complexes.

Ces missions pourraient constituer des portes d'entrée pragmatiques pour ancrer l'IPA dans la réalité des services :

- **Impliquer les IPA** dans les commissions qualité, hygiène, antibiothérapie ou douleur ;
- **Leur confier des missions de référents cliniques** sur des thématiques ciblées (protocoles, outils Evidence Base Nursing (EBN), gestion des événements indésirable, coordination de parcours) ;
- **Les associer à des actions de formation continue et de tutorat clinique**, notamment auprès des nouveaux engagés.

Ces fonctions offriraient une plus-value potentielle immédiatement perceptible, tout en limitant les tensions liées aux gestes médicaux perçus comme menaçants. Elles contribueraient également à établir les bases d'une légitimité fonctionnelle reconnue par les équipes. (31,32)

## 5.4. Construire un cadre institutionnel de déploiement

L'intégration des IPA dans les USI ne peut reposer uniquement sur des dynamiques locales. Elle nécessite un soutien institutionnel structuré, garantissant cohérence, équité et accompagnement.

Plusieurs dispositifs pourraient être envisagés :

- **Créer un groupe de pilotage IPA** au sein de l'établissement, associant directions, médecins, cadres et représentants infirmiers, afin de coordonner la stratégie de déploiement et d'ajuster les conventions en fonction des retours du terrain (28).
- **Engager une réflexion ressources humaine** sur les parcours professionnels, les grilles salariales et les modalités de reconnaissance du rôle, afin de donner un sens clair à cette montée en compétence (20,33).
- **Mettre en place un accompagnement managérial ciblé** à destination des chefs d'unité, pour les aider à intégrer ce nouveau profil dans l'organigramme et à prévenir les conflits de territoire (34).

Ce soutien structurel est essentiel pour éviter que l'IPA ne soit perçu comme une initiative isolée ou inégalitaire, et pour assurer la viabilité du rôle à long terme.

## 5.5. Poursuivre une recherche longitudinale post-implémentation

Cette étude exploratoire pourrait constituer un point de départ pour une recherche longitudinale post-implémentation, visant à documenter les effets concrets de l'introduction du rôle sur le terrain.

Une telle démarche permettrait de :

- **Comparer** les représentations anticipées, exprimées dans cette recherche, aux expériences vécues par les professionnels confrontés à un IPA en situation réelle ;
- **Identifier** les freins non anticipés et les ajustements organisationnels nécessaires ;
- **Évaluer**, à l'aide d'indicateurs mixtes (qualitatifs et quantitatifs), les impacts sur la satisfaction professionnelle, la qualité des soins, la fluidité interprofessionnelle et la gestion des risques (29,31).

Un tel protocole renforcerait l'ancrage du rôle d'IPA dans une logique de preuve et d'amélioration continue, tout en offrant aux décideurs des données objectivées pour orienter les futurs déploiements dans d'autres structures belges.

**Enfin, l'ensemble des actions proposées devra être évalué au moyen d'indicateurs cliniques, organisationnels et de satisfaction, afin d'en apprécier objectivement la pertinence.**

## **Conclusion**

Cette étude qualitative, menée selon la théorisation ancrée, s'est intéressée aux perceptions des infirmières des unités de soins intensifs du CHU de Liège face à l'éventuelle introduction du rôle d'IPA dans un contexte belge encore émergent. Les témoignages recueillis traduisent un mélange de curiosité, de prudence et, parfois, de scepticisme.

Les résultats montrent que l'acceptabilité du rôle reposerait surtout sur certaines conditions jugées essentielles par les participantes : une définition claire des missions et de leurs limites, une complémentarité avec les autres professions, une intégration progressive et visible au lit du patient, ainsi qu'une reconnaissance institutionnelle. D'autres pistes sont ressorties, comme une meilleure coordination clinique, un soutien aux équipes ou un appui à la formation et à la mise à jour des protocoles, mais elles relèvent davantage d'attentes que de preuves d'efficacité.

Sur le plan organisationnel et politique, ces constats ouvrent la voie à une réflexion en faveur d'une mise en place progressive et coconstruite, reposant sur des conventions de collaboration adaptées aux réalités de chaque unité et sur un accompagnement managérial. À l'échelle institutionnelle, l'IPA pourrait trouver sa place dans une stratégie de développement des compétences et d'amélioration de la qualité, à condition que son rôle soit testé et clarifié progressivement auprès de l'ensemble des acteurs.

Ce travail n'avait pas pour objectif de démontrer une plus-value clinique, mais bien d'identifier les conditions d'acceptabilité perçues. La suite logique serait de lancer un projet pilote encadré, assorti d'une évaluation formelle reposant sur des indicateurs cliniques, organisationnels et de satisfaction, afin de mesurer, dans le contexte local, l'intérêt réel et les modalités d'une éventuelle généralisation. La réussite d'une telle démarche dépendra avant tout d'une coconstruction impliquant décideurs, médecins, cadres et infirmières.

La place du rôle d'IPA se définira sur le terrain, à travers des projets pilotes encadrés et des indicateurs partagés.

## Bibliographie

1. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Plan d'action pour les professions de soins [Internet]. Bruxelles : INAMI ; 2023. Disponible sur : <https://www.inami.fgov.be>.
2. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access. *Rev Lat Am Enferm*. 2017;25:e2826. doi:10.1590/1518-8345.1677.2826.
3. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):927-34. doi:10.1093/eurpub/ckw098.
4. Belgique. Arrêté royal du 14 avril 2024 portant sur l'exercice du rôle d'infirmier de pratique avancée. *Moniteur belge*. 2024 Apr 30;94(4):37512-6.
5. Kleinpell R, Grabenkort R, Kapu A, et al. Nurse practitioners and physician assistants in acute and critical care settings. *Crit Care Med*. 2019;47(10):1487-96. doi:10.1097/CCM.0000000000003934.
6. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
7. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483-8. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6.
8. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
9. Charmaz K. Constructing grounded theory. 2nd ed. London: Sage Publications; 2014.

10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
11. Korstjens I, Moser A. Série : Orientation pratique de la recherche qualitative. Partie 4 : Fiabilité et publication. *Eur J Gen Pract*. 2018 Dec;24(1):120-124. doi: 10.1080/13814788.2017.1375092. Epub 2017 5 décembre. PMID : 29202616 ; PMCID : PMC8816392.
12. Leung L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *J Family Med Prim Care*. 2015 Jul-Sep;4(3):324-7. doi: 10.4103/2249-4863.161306. PMID: 26288766; PMCID: PMC4535087.
13. McKim CA. Meaningful member-checking: a structured approach to member-checking. *Am J Qual Res*. 2023;7(2):41-52. doi:10.29333/ajqr/12808.
14. Maier CB, Aiken LH. Expanding clinical roles for nurses in Europe. *Lancet*. 2016;388(10054):1272-4. doi:10.1016/S0140-6736(16)31523-3.
15. Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Downe-Wamboldt B. Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice: implications for collaboration. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013;25(7):403-11.
16. Delamaire ML, Lafourture G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers*. 2010;(54):1-? doi:10.1787/5kmbrcfms5g7-en.
17. International Council of Nurses. Guidelines on advanced practice nursing 2020 [Internet]. Geneva: ICN; 2020. Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf).

18. Donelan K, DesRoches CM, Dittus RS, Buerhaus P. Perspectives of physicians and nurse practitioners on primary care practice. *N Engl J Med.* 2013;368(20):1898-906.
19. Contandriopoulos D, Brousseau A, Dubois CA, Perroux M, Beaulieu MD, Brault I, Kilpatrick K, D'Amour D, Sangster-Gormley E. A process-based framework to guide integration of nurses into primary health care teams: results of a realist analysis. *BMC Health Serv Res.* 2015 Feb 27;15:78. doi:10.1186/s12913-015-0731-5.
20. DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, et al. Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2010 Dec;23 Spec No 2010:211-38. doi:10.12927/cjnl.2010.22279.
21. Carter N, Dobbins M, Ireland S, Hoxby H, Peachey G, DiCenso A. Knowledge gaps regarding APN roles: what hospital decision-makers tell us. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2013 Dec;26(4):60-75. doi:10.12927/cjnl.2013.23629.
22. Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, et al. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2010 Dec;23 Spec No 2010:189-201. doi:10.12927/cjnl.2010.22276. PMID:21478694.
23. Abbott A. *The system of professions: an essay on the division of expert labor.* Chicago: University of Chicago Press; 1988.
24. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires et performance : de la variabilité des pratiques des médecins généralistes au rôle de l'organisation des soins. *Questions d'économie de la santé (IRDES).* 2009;141:1-6. (Rapport IRDES no 532, mars 2006).
25. Currie K, Grundy M. Building foundations for the future: the NHS Scotland advanced practice succession planning development pathway. *J Nurs Manag.* 2011 Oct;19(7):933-42. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01299.x.

26. Bispo Júnior JP. Social desirability bias in qualitative health research. *Rev Saude Publica*. 2022 Dec 9;56:101. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056004164. PMID: 36515303; PMCID: PMC9749714.
27. Talbert TL. The role of the nurse executive in fostering and empowering the advanced practice registered nurse. *Nurs Clin North Am*. 2012 Jun;47(2):261-7, vi-vii. doi:10.1016/j.cnur.2012.02.007.
28. Whitehead L, et al. Factors influencing the development and implementation of nurse practitioner candidacy programs: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2022;78(5):1234-45.
29. Evans C, et al. Characterising outcomes, impacts and implementation challenges of advanced clinical practice roles: a systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(8):e048171. doi:10.1136/bmjopen-2020-048171.
30. Kreeftenberg HG, Pouwels S, Bindels AJ, van der Voort PH. The impact of the advanced practice provider in adult critical care: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2019;47(5):722-30.
31. Laudanski K, et al. Pilot of rapid implementation of the advanced practice provider in the workflow of an existing tele-critical care program. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):855. doi:10.1186/s12913-022-08251-4.
32. Pol-Castañeda S, Rodriguez-Calero MA, et al. Impact of advanced practice nurses in hospital units on compliance with clinical practice guidelines: a quasi-experimental study. *BMC Nurs*. 2022;21:331. doi:10.1186/s12912-022-01110-x.
33. de Guzman A, Ciliska D, DiCenso A. Nurse practitioner role implementation in Ontario public health units. *Can J Public Health*. 2010 Jul-Aug;101(4):309-13. doi:10.1007/BF03405292.

34. Carter N, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Bryant-Lukosius D, Harbman P, Bourgeault I, DiCenso A. The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2010 Dec;23 Spec No 2010:167-85. doi:10.12927/cjnl.2010.22274.