

Travail de Bachelor
Facteurs socioprofessionnels entravant et facilitant
la prescription infirmière

Revue de la littérature

Réalisé par : Alyssa Ciampa

Promotion : Bachelor 14

Sous la direction de : Chris Schoepf

Sion, le 12 juillet 2017

1 Résumé

Le vieillissement de la population et le manque de personnel soignant ont poussé les autorités à rechercher des solutions. Pour tenter de remédier à cette situation, certains pays ont introduit la prescription infirmière. Cette pratique amène les infirmiers à prescrire des médicaments pour les patients, indépendamment d'un médecin ou en collaboration avec ce dernier. Cette revue de la littérature a pour objectif d'identifier les facteurs entravant et les facteurs favorisant la mise en œuvre de cette pratique. Six études primaires ont été sélectionnées sur les bases de données CINAHL et PubMed. Les principaux résultats identifiés sont : la non-reconnaissance du rôle ; le manque de soutien des collègues, des institutions et du gouvernement ; le manque de connaissances et de compétences ; le manque de formation continue ; l'importance des relations professionnelles, notamment avec le médecin, et la pression perçue par les infirmières. Cependant, elles rapportent un plus haut degré de satisfaction au travail grâce à une plus grande autonomie, l'augmentation de l'estime de soi et la prise en charge de situations complexes. En Suisse, la pénurie d'infirmières inquiète. Par conséquent, l'introduction de la prescription dans les hôpitaux ne serait pas une solution adéquate. L'Association Suisse des Infirmières (ASI) vise tout d'abord à la reconnaissance de la profession ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. C'est pourquoi, la formation de base devrait être considérablement développée, en particulier concernant la physiopathologie et la pharmacologie et davantage d'infirmières en pratique avancée devraient être introduites dans les services de soins.

Mots clés : barrières professionnelles, bénéfices, pratique, prescription infirmière, rôle.

2 Abstract

Aging of population and lack of caregivers have led the authorities to find solutions to provide adequate care. In order to enhance this situation, some countries have introduced nursing prescription. This practice leads nurses to prescribe medication for patients, independently of or in collaboration with a physician. This literature review aims at identifying the factors that contribute and the factors that may prevent to the application of this practice. Six primary studies were selected following researches on databases CHINHAL and PubMed. The main results identified are : non-recognition of the role ; lack of support from colleagues, institutions and government ; lack of knowledge and skills ; lack of continuing professional education ; importance of professional relationships, especially with the physician, and the pressure perceived by nurses. However, nurses report a higher degree of job satisfaction through greater self-reliance, increased self-esteem and management of complex situations. In Switzerland, nursing profession is worried about staff shortages. Therefore, the introduction of prescription in hospitals would not be an adequate solution. The Association Suisse des Infirmières (ASI) main priority is that nurses are recognized for their work and the improvement of their work conditions. For this reason, nursing bachelor education should be considerably developed, especially pathophysiology and pharmacology branches. Furthermore, advanced practice nurses should be introduced into care services.

Keywords : benefits, nurse prescribing, practice, professional barriers, role.

3 Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier les personnes qui m'ont permis de construire cette revue de la littérature :

Madame Chris Schoepf, pour sa disponibilité, son engagement et ses encouragements tout au long de l'élaboration de ce travail.

Madame Béatrice Thiéry, pour la relecture et la correction du texte.

4 Déclaration

*Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation **Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers** à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).*

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Sion, le 12 juillet 2017

Signature

Table des matières

1	Résumé	2
2	Abstract.....	3
3	Remerciements	4
4	Déclaration.....	5
5	Introduction	1
5.1	Problématique	3
5.1.1	Relation avec les médecins.....	4
5.1.2	Satisfaction des patients.....	5
5.2	Question de recherche	8
5.3	Objectifs de la recherche.....	8
6	Cadre théorique.....	9
6.1	Pays et années d'introduction	9
6.1.1	Niveau d'éducation / formation	9
6.1.2	Conditions légales	10
6.1.3	Modèles de prescription	11
6.1.4	Que peuvent prescrire les infirmières ?	12
7	Méthode	15
7.1	Devis de recherche	15
7.2	Collecte des données.....	15
7.3	Sélection des études	16
7.4	Considérations éthiques.....	17
7.5	Analyse des données	17
8	Résultats	19
8.1	Description de l'étude 1	19
8.1.1	Validité méthodologique	20
8.1.2	Pertinence clinique	21
8.2	Description de l'étude 2.....	22
8.2.1	Validité méthodologique	23
8.2.2	Pertinence clinique	24

8.3	Description de l'étude 3.....	24
8.3.1	Validité méthodologique	25
8.3.2	Pertinence clinique	26
8.4	Description de l'étude 4.....	26
8.4.1	Validité méthodologique	27
8.4.2	Pertinence clinique	28
8.5	Description de l'étude 5.....	28
8.5.1	Validité méthodologique	29
8.5.2	Pertinence clinique	30
8.6	Description de l'étude 6.....	30
8.6.1	Validité méthodologique	31
8.6.2	Pertinence clinique	32
8.7	Utilité pour la pratique professionnelle	32
8.8	Synthèse des principaux résultats.....	33
9	Discussion	34
9.1	Discussion des résultats.....	34
9.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	36
9.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	36
10	Conclusion.....	38
10.1	Propositions pour la pratique.....	38
10.2	Propositions pour la formation.....	39
10.3	Propositions pour la recherche.....	39
10.4	Réflexion	39
11	Références bibliographiques.....	41
12	Annexes	45

5 Introduction

Les deux dernières décennies ont été fondamentales du point de vue du changement des rôles et fonctions des infirmières¹. La profession est devenue plus complexe et plus exigeante. Grâce à leurs connaissances spécifiques et à leur expertise sur le terrain, les infirmières sont parvenues à se démarquer dans l'équipe multidisciplinaire. Ces changements ont coïncidé avec une augmentation constante des coûts de la santé et de, la demande de soins et avec une réduction des effectifs de personnels. Face à ce problème, plusieurs pays ont trouvé une solution : habilitier les infirmières à prescrire.

L'évolution des caractéristiques démographiques et épidémiologiques des populations impose aux décideurs politiques d'adapter en permanence l'offre de soins proposée. Il s'agit souvent d'un challenge difficile à relever eu égard aux pénuries qui touchent fréquemment les professions de la santé et à la pression économique, sans cesse croissante, imposées aux systèmes de santé contemporains... (Debout, 2016, p. 36)

Cette stratégie peut répondre à un double objectif : fluidifier les parcours de soins et améliorer l'efficacité des systèmes de santé. Elle permet ainsi de réduire le délai de la survenue d'un problème de santé ou d'une complication et l'administration d'une thérapeutique appropriée. Toutefois, elle peut aussi être une solution à un dysfonctionnement du système de santé. (Debout, 2016, p. 36)

Ainsi, cette stratégie peut être retenue pour réduire les effets d'une pénurie médicale ou de l'évolution de la législation encadrant le temps de travail des médecins... Parfois, elle peut aussi permettre à des populations vivant dans des zones géographiques difficiles d'accès ou peu peuplées d'accéder aux soins. (Debout, 2016, p. 36)

Les infirmières peuvent demander à être habilitées à prescrire pour contribuer aux efforts visant à relever des défis de santé publique. Parfois également, cette extension des missions dévolues à l'infirmière est revendiquée dans le but de proposer une évolution de carrière aux infirmières qui souhaitent rester dans le domaine clinique. (Debout, 2016, p. 36)

Si cette évolution est demandée par les organisations professionnelles infirmières, elle peut aussi parfois susciter des discussions quant à l'objet même des soins infirmiers. Le groupe professionnel infirmier peut questionner l'intérêt d'intégrer la prescription dans son exercice. Certains s'interrogent sur les conséquences, pour la pratique infirmière, du temps passé à prescrire, notamment en termes de délégation d'activités infirmières essentielles à des soignants moins qualifiés... (Debout, 2016, p. 36-37)

¹ Les mots du genre féminin s'appliquent aussi au genre masculin.

Dans la recherche de Buchan et Calman, les raisons évoquées sont différentes comme le décrit l'ouvrage de Ball (2009). Ils mentionnent également l'amélioration des relations professionnelles entre les différents soignants et le besoin pour les infirmières d'améliorer leur statut professionnel et de légitimer le travail qu'elles fournissent au quotidien. Ce dernier point a son importance et il sera traité dans la réflexion (p. 8).

5.1 Problématique

Autrefois, la prescription médicale était clairement définie : le médecin prescrivait et l'infirmière exécutait.

Toutefois, le partage des activités entre médecin et infirmière a été réexaminé à maintes reprises dans l'histoire, afin d'adapter l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé de la population, des thérapeutiques disponibles mais aussi du niveau de qualification des soignants et des organisations. (Debout, 2016, p. 34)

Ce phénomène est par ailleurs amplifié par l'essor que connaît la pratique avancée en soins infirmiers dans les différentes parties du monde. Lorsqu'il est jugé nécessaire d'introduire la fonction d'infirmière praticienne, celle-ci se voit dotée d'un droit de prescription. (Debout, 2016, p. 35)

De nombreux pays ont introduit le droit de prescrire pour les infirmières. Les Etats-Unis ont été les premiers à l'expérimenter. En Europe, les pays anglo-saxons tels que la Grande-Bretagne sont une référence en matière de prescription infirmière. À leur tour, certains pays européens – les Pays-Bas, la Suède, l'Espagne - ont décidé d'habiliter les infirmières à prescrire. En France, elles peuvent prescrire et administrer le vaccin antigrippal chez certains patients, renouveler certains contraceptifs oraux et prescrire des substituts nicotiques. (Debout, 2016, p. 41). En Suisse, aucune infirmière n'est habilitée à prescrire. En Valais, le vice-président de l'Association Suisse des Infirmières (ASI) affirme qu'à ce jour, aucune infirmière n'est habilitée à prescrire. Cependant, une récolte de signatures en vue de la reconnaissance légale de l'infirmière a été lancée le 17 janvier 2017. Les points phares de cette initiative, dont le but est de renforcer l'attractivité de la profession, sont la reconnaissance des responsabilités propres de l'infirmière et le renforcement de la qualité de l'environnement de travail (vie privée et vie professionnelle, horaires de travail, salaires). Les infirmières revendiquent le droit d'émettre des ordonnances médicales, de fournir des prestations de conseil et de coordination, des instructions et des actes de soins sous leur propre responsabilité. Ces ordonnances sont nécessaires au remboursement des patients par l'assurance maladie, dans le cas où les médecins n'ont pas la possibilité d'évaluer à distance la nécessité de ces mesures (<http://www.asi-sbk-vs.ch/fr/news/39>).

Au lendemain du lancement de l'initiative, le texte demande que la Confédération et les cantons « veillent à ce que chacun ait accès à des soins infirmiers suffisants et de qualité ». Dans cette optique, ces deux acteurs doivent « garantir un nombre suffisant d'infirmiers diplômés pour couvrir les besoins ». ... La hausse sera plus forte dans les EMS (+ 44 %), ainsi que dans les organisations d'aide et de soins à domicile... .

Les soignants veulent davantage d'autonomie pour le personnel infirmier et suggéraient « que certaines prestations typiquement infirmières puissent être remboursées par les caisses sans qu'un médecin doive les prescrire et signer l'ordonnance »... . Pour revaloriser la profession, l'initiative reprend l'idée que les infirmières puissent fournir des soins pris en charge par l'assurance de base sous leur propre responsabilité, une fois le diagnostic et le traitement posés par un médecin. Des situations souvent rencontrées dans les EMS, les soins à domiciles, le suivi de maladies chroniques ou la réadaptation (soins des plaies ou des œdèmes, par exemple). « Faut-il vraiment que les infirmières aient besoin d'une ordonnance médicale pour prescrire des bas de soutien », afin qu'ils soient remboursés... . D'autres exigences touchent la revalorisation salariale et l'amélioration des conditions de travail <https://www.le-temps.ch/suisse/2017/01/17/une-initiative-federale-lutter-contre-penurie-personnel-infirmier>.

5.1.1 Relation avec les médecins

Les infirmières ont rapporté que la confiance accordée par les médecins et par leurs collègues facilitait leur rôle (Byrne, Creedon, Kennedy et McCarthy, 2015, traduction libre, p. 6). Il existe cinq facteurs principaux qui font obstacle à la collaboration entre médecins et infirmières : le manque de connaissances dans le champ de pratique des infirmières ; le manque de connaissance du rôle infirmier ; les attitudes négatives ; le manque de respect ; le manque de communication (Clarín, 2007, traduction libre, p. 540).

En ce qui concerne l'élargissement des compétences infirmières, certains médecins sont favorables à une nouvelle forme de collaboration alors que d'autres y sont farouchement opposés.

En Australie, le corps médical a exprimé diverses appréhensions concernant la prescription de médicaments. Ils mettent en avant le fait que les infirmières habilitées à prescrire n'ont pas le niveau ni l'expérience clinique requise pour fournir un plan de soins optimal équivalent à celui des médecins. En ce qui concerne l'expansion des rôles infirmiers, l'association médicale australienne (AMA) a clairement fait part de son opposition. Elle considère la prescription comme une discipline purement médicale. Elle souligne le fait que dans la liste des nouveaux rôles certains, tels que les examens diagnostiques, les diagnostics et prescriptions, ne sont pas des rôles traditionnels infirmiers. A la suite de cette déclaration, l'association médicale anglaise (BMA) a également réagi. Elle a reporté que seuls les médecins avaient la formation et les compétences nécessaires pour établir des diagnostics et prescrire (Elsom, Happell et Manias, 2011, traduction libre, p. 10-11-12).

De son côté, l'association médicale américaine (AMA) assure que le fait d'encourager les patients à consulter des infirmières plutôt que des médecins dans le cadre des soins primaires peut mettre en danger la santé du patient.

Les membres de cette association soulignent la différence de formation : quatre ans de théorie et trois ans de pratique pour les médecins, quatre ans de formation en soins infirmiers et deux ans de formation post-grade (Agres et al., 2012, traduction libre, p. 3).

Aux Pays-Bas, les médecins se sont également opposés à la prescription infirmière lorsqu'elle a été abordée pour la première fois. Ils ne cautionnaient pas non plus cette pratique pour les infirmières spécialisées en diabétologie, oncologie et pneumologie. Toutefois, les médecins ont peu à peu changé d'avis et déclaré que les prescriptions infirmières, pour un nombre limité de médicaments, pouvaient être réalisables pour autant que la coopération avec le médecin soit garantie. En ce qui concerne les infirmières spécialisées, les médecins seraient favorables à la prescription infirmière, mais uniquement sur la base des valeurs mesurées et en se référant à des protocoles (v. Dijk, Francke, Groenewegen et Kroezen, 2013, traduction libre, p. 6).

L'étude d'Elsom et al. (2011) a fourni des exemples montrant que l'implémentation des nouveaux rôles infirmiers a été reçue favorablement par le corps médical. Il s'agit des milieux de soins primaires, comme le service des urgences et le service des soins aigus. Les chercheurs ont relevé des différences dans l'attitude des médecins envers les infirmières. Néanmoins, il en est ressorti une acceptation commune de l'élargissement du champ de compétences infirmier, qui serait bénéfique dans les prestations de soins. En milieu psychiatrique, les médecins considèrent la prescription complémentaire comme pouvant potentiellement améliorer la collaboration et mettre en place des guidelines concernant les plans de soins. Ils mettent en avant le fait qu'elle permettrait un meilleur contrôle du travail infirmier et que les infirmières pourraient également influencer les décisions des médecins et aider les jeunes psychiatres qui ont peu d'expérience dans le domaine (p. 12).

5.1.2 Satisfaction des patients

Selon la revue de la littérature basée sur sept études, la satisfaction des patients est généralement égale ou supérieure lorsque les soins sont dispensés par des infirmières plutôt que par des médecins. Il semble que les infirmières passent plus de temps auprès des patients et donnent davantage d'informations. Les résultats semblent indiquer que la qualité des prescriptions infirmières est similaire à celles des prescriptions dispensées par les médecins. Les inquiétudes relatives à la question de savoir si les infirmières possèdent les compétences nécessaires semblent infondées selon les auteurs. (Dekker, Francke, Gielen, Kroezen et Mistiaen, 2013, traduction libre, p. 1056-1057).

Une étude conduite en 2014 en Angleterre par des infirmières et des pharmaciens sur 355 patients a montré que ces derniers avaient une préférence marquée pour les médecins. Cependant, les clients relèvent qu'ils préfèrent consulter une infirmière qui est centrée sur le patient et qui peut aborder d'autres aspects de l'affection, plutôt qu'un médecin qui dispense des soins de moins bonne qualité. La perception de la sévérité des symptômes joue également un rôle dans la décision. Les patients rapportent que leur choix n'est pas influencé par le fait que les infirmières puissent les recevoir plus rapidement et disposer de plus de temps, mais par la qualité des informations reçues. De plus, l'expérience modifie les préférences ; les patients ayant déjà consulté une infirmière sont davantage disposés à poursuivre avec des infirmières. Ces résultats laissent supposer qu'il faut du temps pour que les patients s'habituent aux nouveaux rôles des infirmières, mais qu'une fois cela acquis, ils sont plus susceptibles de consulter à nouveau une infirmière (Blenkinsopp, Gerard, Latter, Smith et Tinelli, 2014, traduction libre, p. 2231-2332).

Une autre étude infirmière anglaise démontre que les patients interrogés étaient satisfaits. Ces derniers rapportent que les infirmières ont les connaissances et les compétences nécessaires pour diagnostiquer et prescrire efficacement en toute sécurité. Cependant, un quart des patients soulignent qu'il est capital que les infirmières soient formées de manière appropriée pour endosser cette responsabilité. Contrairement à ce qui figure dans l'étude précédente, le fait de pouvoir consulter une infirmière plus rapidement qu'un médecin est considéré comme un point positif et un gain de temps pour les patients. Ceux-ci se sentent plus proches de l'infirmière, car elle est plus accessible et disponible que le médecin ; elle prend le temps, donne de nombreuses informations et répond aux questions. Par conséquent, ils pensent qu'elle les connaît mieux que le médecin et sait donc de quoi ils ont besoin (Dhalivaal, 2010, traduction libre, p. 44-45).

Une autre étude a été menée par une infirmière prescriptrice indépendante. Basée sur un échantillon de 55 patients, elle a été réalisée dans un service de soins postopératoires et investigate l'avis des patients. Les questions portaient sur : la confiance accordée lorsque l'infirmière prescrit ; la probabilité que le médicament soit pris si c'est l'infirmière qui l'a prescrit ; la préoccupation du patient de prendre le médicament s'il a été prescrit par l'infirmière et les explications à fournir quant au choix de la médication. Trois choix de réponse étaient suggérés : moins, égal et davantage. Les résultats ont montré que pour chaque point, la réponse « égale » a été majoritairement choisie (60 %, 74 %, 82 %, 82 %). Malgré le fait que les patients se fient majoritairement aux infirmières, 40 % des patients concernés par l'étude auraient davantage confiance lorsque c'est le médecin qui prescrit le médicament et 26 % seraient plus susceptibles de le prendre quand il est prescrit par ce dernier (Banicek, 2012, traduction libre, p. 615).

4.1.3 Pertinence des traitements médicamenteux administrés et résultats cliniques

Selon les résultats de la revue systématique réalisée par des infirmiers, il apparaît que les infirmières prescrivent pour un large échantillon de patients, de manière comparable aux médecins. Il n'y a pas de différence significative quant aux types et doses de médicaments prescrits. Treize études basées sur les résultats cliniques prouvent qu'il n'y a pas de différence significative entre les traitements prescrits par les médecins et ceux prescrits par les infirmières. Par exemple il n'y a pas de différence significative entre les patients recevant des ordonnances d'une infirmière et ceux recevant des prescriptions d'un médecin concernant l'HbA1c, la pression artérielle et le niveau de créatinine : du point de vue de la réactivité des voies respiratoires, du contrôle de l'asthme et du nombre d'exacerbations sévères ; pour la pression artérielle systolique, le taux d'albumine urinaire et en ce qui concerne l'incidence des événements indésirables et ; dans les évaluations de leur état de santé par les patients ou en termes d'amélioration clinique après deux semaines. En ce qui concerne les soins des patients atteints de diabète, les résultats n'identifient aucune différence significative pour l'HbA1c, la pression artérielle, le cholestérol total, le taux de cholestérol/HDL, le profil lipidique, les taux de tabagisme, le pourcentage de patients dans les valeurs cibles de l'indice de masse corporelle et la qualité de vie et les symptômes liés au diabète (Dekker et al., 2013, traduction libre, p.1056-1057).

Une étude a été conduite sur la réduction de la tension artérielle. Les deux groupes ont connu une réduction significative de la tension artérielle systolique lors de la visite finale. Cependant, la différence entre les deux groupes n'était pas significative. Les chercheurs ont constaté, au fil du temps, une diminution plus importante de la tension artérielle diastolique chez les patients traités par l'infirmière que dans le groupe traité par le médecin. Les groupes ne diffèrent pas significativement en termes d'incidence d'événements indésirables (Hartman et al., 2006, traduction libre, p. 1).

5.2 Question de recherche

En tenant compte des informations sur le sujet, la question de recherche suivante a été élaborée :

Quels sont les facteurs socioprofessionnels facilitant ou entravant la prescription des médicaments par les infirmières² ayant obtenu l'autorisation de prescrire ?

5.3 Objectifs de la recherche

Cette présente revue de la littérature a pour but :

- D'identifier et analyser les facteurs socioprofessionnels facilitant la prescription des médicaments ;
- De discriminer les facteurs socioprofessionnels entravant la prescription des médicaments ;
- D'évaluer la possibilité d'implémenter cette pratique professionnelle en Suisse.

² Nurse practitioner, advanced nurse practice, nurse specialist, nurse district, registered nurse.

6 Cadre théorique

Pour la bonne compréhension de cette revue de la littérature, il est nécessaire de clarifier et de développer le thème central qui fait référence à la prescription infirmière.

6.1 Pays et années d'introduction

Les pays dans lesquels les infirmières ont obtenu un droit de prescription sont les suivants : Angleterre (1998), Australie (2000), Canada (1990), Espagne (2009), Etats-Unis (1960), Irlande (2007), Nouvelle-Zélande (2001), Pays-Bas (2006), Suède (1994), Iles Fidji, Afrique du Sud, Ouganda, Thaïlande, Jamaïque... (liste non exhaustive).

6.1.1 Niveau d'éducation / formation

Deux types de formation s'offrent aux infirmières qui souhaitent prescrire. Dans les pays où ce sont les infirmières praticiennes qui prescrivent, ces contenus font partie du cursus pour l'obtention du master en pratique avancée. Dans les deux cas, les formations intègrent les apports cognitifs (notions de base en biochimie, pharmacologie, traitements spécifiques par type de pathologie, législation, approfondissement du raisonnement clinique, relations professionnelles entretenue avec le médecin, impact de la prescription sur les coûts de la santé) et les stages (Debout, 2016, p. 38).

En Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux Etats-Unis, les infirmières, doivent obtenir un master en pratique avancée avant d'être autorisées à prescrire.

En Irlande, elles doivent obtenir un diplôme de niveau 8, qui correspond au niveau bachelor (v. Dijk, Francke, Groenewegen et Kroezen, 2011, traduction libre, p. 10).

Aux Pays-Bas, la prescription est régulée par deux articles de lois ; l'un pour les infirmières « enregistrées » et l'autre pour les infirmières ayant une spécialisation. Les premières sont titulaires d'un bachelor en soins infirmiers et doivent avoir validé un module de pharmacologie dans une université ; les secondes possèdent un master en pratique avancée (v. Dijk et al., 2013, traduction libre, p. 6).

Pour être habilitées à prescrire, les infirmières anglaises doivent avoir suivi un programme de formation universitaire approuvé par le Nursing and Midwifery Council (NMC). La formation peut être accessible aux infirmières possédant un bachelor ou un master en soins infirmiers (Debout, 2016, p. 55). Toutefois, qu'elles prescrivent de manière indépendante ou complémentaire, les infirmières anglaises doivent suivre trente-huit jours de formation, dont vingt-six de théorie et douze de pratique (v. Dijk et al., 2011, traduction libre, p. 10).

Les critères pour pouvoir prescrire sont relativement similaires dans les pays, excepté en ce qui concerne l'un des points les plus importants : les années d'expérience.

En Irlande et en Angleterre, trois ans d'expérience sont exigés. En Nouvelle-Zélande, les infirmières doivent avoir au moins quatre ans d'expérience dans leur domaine. En Australie, depuis 2010, il est imposé aux infirmières d'avoir cinq ans d'expérience dans le domaine où elles veulent prescrire (v. Dijk et al., 2011, traduction libre, p. 10).

Au Québec, pour obtenir le droit de prescrire, l'infirmière doit remplir les conditions suivantes : être titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières obtenu dans une université québécoise ou d'un Master of Science de l'Université de McGill ; être titulaire d'un baccalauréat comportant au minimum deux certificats en soins infirmiers et avoir validé une formation universitaire d'au moins quarante-cinq heures en soins de plaies ; être titulaire d'un diplôme d'état sur le territoire français et avoir un permis de travail de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), en vertu de l'Entente France-Québec, avoir obtenu le droit d'exercer sur le territoire québécois ; être titulaire d'un diplôme situé hors du Canada et de la France, avoir obtenu une reconnaissance de diplôme universitaire en sciences infirmières reconnu par l'OIIQ et avoir réussi une formation traitant des soins de plaies d'au moins quarante-cinq heures. Dans le domaine des soins de plaies : être titulaire d'un diplôme en soins infirmiers ; avoir travaillé au moins 8'400 heures lors des sept dernières années en santé communautaire ou en soins de longue durée ; avoir réussi la formation en soins de plaies de quarante-cinq heures minimum. Dans le domaine de la santé publique : être titulaire d'un diplôme en soins infirmiers ; avoir travaillé au moins 8'400 heures en santé communautaire durant les sept dernières années ; avoir bénéficié d'une formation de quinze heures dans le domaine de la contraception hormonale et de dix-huit heures dans celui des infections sexuellement transmissibles et transmissibles par le sang ; avoir validé une formation de deux heures concernant la déontologie et la démarche de prescription avant le 10 janvier 2017 (http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/2015/oiiq-fiche-2-prescription-infirmiere-professionnels-vises.pdf).

Lorsque l'infirmière est en stage, un médecin ou une infirmière praticienne la supervise afin de suivre et valider ses acquis. De plus, les programmes de formation sont en constante réévaluation (Debout, 2016, p. 38).

6.1.2 Conditions légales

Dans la plupart des pays, la réglementation se fait au niveau national. Dans d'autres pays, tels que l'Australie, le Canada et les USA, les réglementations peuvent différer en fonction des lois en vigueur dans les différentes régions du pays (v. Dijk et al., 2011, traduction libre, p. 8). Aux États-Unis par exemple, chaque état possède sa propre législation. Dans certains états, les infirmières n'ont pas besoin d'être suivies par un médecin, tandis que c'est obligatoire dans d'autres (Ross, 2012, traduction libre, p. 93).

La théorie d'Abbott

La théorie d'Abbott aborde en profondeur les forces internes et externes qui façonnent la division du travail, la concurrence professionnelle et donc le pouvoir médical. La compétence de prescrire étant initialement médicale, le développement de la profession infirmière qui débouche sur le droit de prescrire représente une intrusion dans la profession médicale. Par conséquent, la plupart des conflits professionnels en matière de juridiction aboutissent à ce qu'on appelle des « règlements juridictionnels limités » dont il distingue cinq formes :

- « **subordination** » : la profession de référence contrôle la division du travail dans laquelle un ou plusieurs sous-groupes subordonnés prennent place ;
- « **intellectual jurisdiction** » : la profession de référence contrôle les connaissances des autres professionnels du service mais accepte que ces derniers y travaillent ;
- « **division of labor** » : la compétence par rapport à une certaine tâche est divisée entre les professions de manière interdépendante et égale ;
- « **advisory jurisdiction** » : la forme la plus faible de contrôle, selon laquelle une profession cherche « un droit légitime d'interpréter, ou de modifier partiellement les actions et décisions que prend un autre professionnel dans sa propre juridiction » ; il s'agit de la forme la plus faible de contrôle ;
- « **client differentiation** » : c'est le lieu de travail qui réglemente les rôles et fonctions.

C'est dans le but de clarifier les rôles de chacun que les modèles généraux de prescription ont été créés (v. Dijk et al., 2011, traduction libre, p. 2).

6.1.3 Modèles de prescription

Dans tous les pays où le droit de prescrire a été introduit, on retrouve la forme de prescription indépendante. Cependant, seuls l'Angleterre, les Etats-Unis, les Pays-Bas et l'Espagne utilisent également le modèle de prescription complémentaire. Enfin, l'Australie, le Canada et l'Angleterre prescrivent sous la forme de protocoles préétablis (v. Dijk et al., 2011, traduction libre, p. 9). Chaque modèle va être clarifié ci-dessous :

« Independent prescribing » ou « prescription indépendante »

La pose d'un diagnostic est basée sur des signes et symptômes que présente un patient, puis c'est le médecin qui va décider du traitement approprié. Cependant, les infirmières sont également autorisées à prescrire dans les différents pays mentionnés. Après l'anamnèse et l'examen clinique du patient, elles choisissent le traitement adapté en se référant à un formulaire limité ou à un formulaire ouvert, selon les lois en vigueur (Ball, 2009, traduction libre, p. 11).

« Supplementary prescribing » ou « prescription complémentaire »

La prescription complémentaire se caractérise par une collaboration volontaire entre un prescripteur indépendant - un médecin - et un prescripteur supplémentaire - habituellement une infirmière. Après que le médecin ait procédé à l'anamnèse du patient et posé un diagnostic, l'infirmière peut prescrire à partir d'un formulaire ouvert ou limité. Elle peut consulter le médecin avant de délivrer la prescription malgré le fait qu'elle ne soit pas directement supervisée. La prescription complémentaire est également connue sous le nom de prescription dépendante, collaborative ou semi-autonome (Ball, 2009, traduction libre, p. 11).

« Patient group direction » ou « mise en œuvre d'une prescription au regard d'un protocole établi pour un groupe de patients »

Demande à l'infirmière d'initier, de son propre chef, un protocole préétabli pour une situation clinique donnée, potentiellement observable chez une catégorie de patients spécifiques. Le raisonnement clinique mis en œuvre par l'infirmière lui permet, dans un premier temps, d'identifier si le patient présente un problème de santé pour lequel un protocole de cette nature a été établi. Lorsqu'elle valide cette situation, elle peut alors mettre en œuvre scrupuleusement le protocole, sans le modifier de son chef. Elle devra laisser une trace de cette initiative dans le dossier patient en indiquant le problème de santé observé, la mise en œuvre du protocole et les résultats cliniques observés en réponse à ce traitement. (Debout, 2016, p. 36)

La mise en œuvre d'une prescription individuelle nominative

Celle-ci n'est pas une prescription infirmière à proprement parler. En effet, cette prescription sous forme de protocoles est utilisée dans les services de soins spécialisés tels qu'en psychiatrie, en diabétologie et en soins palliatifs. Le médecin prescrit le médicament pour un patient en particulier en indiquant la posologie et la voie d'administration. Puis, l'infirmière pourra d'administrer le traitement en fonction de l'état clinique du patient. Toutefois, elle n'a pas l'autorisation d'apporter des modifications à la prescription initiale (Ball, 2009, traduction libre, p.13).

6.1.4 Que peuvent prescrire les infirmières ?

En Angleterre, il y a principalement deux types d'infirmières prescriptrices : celles qui peuvent délivrer des prescriptions indépendantes et celles qui ne peuvent délivrer que des prescriptions complémentaires (Royal College of Nursing, 2012, traduction libre, p. 2). En 2002, la forme de prescription appelée prescription indépendante a été étendue afin de permettre aux infirmières de prescrire un plus grand nombre de thérapeutiques.

Elles se référaient au Nurse Prescribers Extended Formulary. En 2003, les infirmières qui travaillaient sous le modèle de la prescription complémentaire, ont pu avoir accès au British National Formulary, le formulaire de référence pour les médecins. Cependant, elles n'avaient pas l'autorisation de prescrire certaines drogues. Par la suite, elles ont pu avoir accès à la totalité du formulaire et ont pu prescrire n'importe quels médicaments, drogues et médicaments hors liste inclus, mais uniquement avec l'accord préalable du médecin qui a établi le diagnostic. En 2006, le rôle d'infirmière prescriptrice indépendante a été réglementé. Les infirmières ont pu avoir accès au Full British National Formulary. En pratique, cela signifie qu'elles pouvaient prescrire indépendamment du médecin, pour n'importe quelles pathologies se trouvant dans leur champ de compétences, n'importe quel médicament du formulaire, incluant certaines drogues (Ball, 2009, traduction libre, p. 47-48-49). Depuis 2012, les infirmières prescriptrices indépendantes peuvent prescrire les mêmes médicaments que les médecins. Les infirmières prescriptrices en santé communautaire constituent un groupe distinct. Elles sont autorisées à prescrire à partir du formulaire appelé Nursing Formulary for Community Practitioners, qui inclut les médicaments en vente libre et les pansements (Royal College of Nursing, 2012, traduction libre, p. 1). Ces infirmières sont des infirmières de district et des infirmières scolaires (Ball, 2009, traduction libre, p. 49).

Depuis 2014, les infirmières hollandaises « enregistrées » peuvent prescrire uniquement si elles travaillent dans un service de diabétologie, d'oncologie ou de pneumologie, en se référant à des protocoles et pour un nombre limité de médicaments. En 2012, les infirmières spécialisées ont été autorisées à prescrire n'importe quel médicament pour n'importe quelle pathologie dans leur domaine de compétences (v. Dijk et al., 2013, traduction libre, p. 6).

Au Québec, dans le domaine des soins de plaies, les infirmières peuvent prescrire : des analyses de laboratoire telles que le dosage d'albumine, de préalbumine et de culture de plaies ; des médicaments et des pansements lors de soins de plaies et altérations de l'état cutané. Dans le domaine de la santé publique, elles sont autorisées à prescrire la contraception hormonale, un stérilet ou la contraception orale d'urgence ; un supplément de vitamines ; de l'acide folique en périnatalité ; un médicament pour le traitement de la pédiculose ; le traitement pour le sevrage tabagique, sauf la varenicline et le bupropion (raisons non précisées) ; le traitement d'infections gonococciques ou d'une chlamydia chez un patient qui en présente les symptômes et qui a été testé positivement lors du dépistage ; le traitement d'infections gonococciques ou d'une chlamydia chez un patient qui ne présente aucun symptôme mais qui a eu des relations sexuelles avec un partenaire atteint de l'une ou l'autre de ces infections.

Dans le domaine des problèmes de santé courants, les infirmières sont habilitées à prescrire un médicament pour le traitement des nausées et vomissements non incoercibles chez la femme enceinte ; un médicament topique pour le traitement de l'infection fongique de la peau telle que la candidose, et pour le traitement des muqueuses chez le bébé ou chez la femme allaitante (http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/2015/oiiq-fiche-1-prescription-infirmiere-activites-visees.pdf).

En France, les infirmières peuvent prescrire et administrer le vaccin antigrippal, sans prescription médicale pour les personnes âgées de 65 ans et plus et pour les personnes adultes, à l'exception des femmes enceintes atteintes de certaines pathologies fixées par l'arrêté ministériel français. Leur champ de compétences s'étend également au renouvellement de certains contraceptifs oraux qui datent de moins d'un an ; elles peuvent également prescrire des dispositifs médicaux (non précisés) désignés par arrêté ministériel ainsi que des substituts nicotiniques. En ce qui concerne les dispositifs médicaux, elles ne peuvent les utiliser que sur prescription médicale et ne peuvent pas prescrire ceux qui ont été contre-indiqués par le médecin. De plus, le médecin doit être averti à chaque fois que l'infirmière prescrit un dispositif médical à un patient (Debout, 2016, p. 36).

7 Méthode

7.1 Devis de recherche

Cette revue de la littérature explore la problématique de la prescription infirmière. Elle a comme but principal de mettre en évidence les facteurs facilitant et les facteurs entravant la prescription de médicaments dans la pratique infirmière. Les six études présentées sont disciplinaires. Quatre recherches sont qualitatives (naturalistes) ; l'une est quantitative (post-positiviste) et l'une est mixte. Les recherches qualitatives ainsi que la recherche mixte permettent de mieux comprendre les phénomènes vécus par les infirmiers qui prescrivent. La recherche quantitative renforce les résultats grâce au plus grand nombre de participants à l'étude.

Dans le contexte de la recherche, deux paradigmes sont identifiés : le paradigme post-positiviste et le paradigme naturaliste. Le paradigme post-positiviste repose sur une vision de la science qui prouve que toutes les observations ne sont pas infaillibles et qu'elles sont sujettes à l'erreur. Ce paradigme renvoie à la recherche quantitative. Le paradigme naturaliste se base sur le fait que la réalité sociale est multiple et qu'elle se fonde sur les perceptions de chaque individu, qui peuvent changer au cours de la vie (Fortin, 2010, p. 25).

7.2 Collecte des données

La première base de données consultée a été CINAHL. Dans un deuxième temps, la base de données PubMed a été explorée. Les recherches d'articles ont été effectuées entre mars 2015 et janvier 2017. La littérature traitant ce sujet est essentiellement en anglais. Afin de réduire le nombre de résultats et faciliter la lecture des articles, les études devaient pouvoir être consultées dans leur intégralité (*PDF full text*). Dans le but de sélectionner un large échantillon d'articles, tous les titres ont été lus. Pour s'assurer que l'article pouvait correspondre à ce qui était recherché, la seconde étape a été de lire le résumé de l'article puis l'intégralité de l'étude si ce dernier semblait correspondre. Dans l'optique de trouver d'autres articles, les références des articles choisis ont été parcourues en fonction de l'année de publication et du titre de l'étude. Certains articles sélectionnés dans un premier temps puis laissés de côté car ils ne répondaient pas à la question de recherche se sont tout de même avérés très utiles pour l'élaboration de la problématique et du cadre théorique. L'utilisation du thésaurus « MeSh » n'a pas été nécessaire pour l'utilisation des mots clés.

Base de données CINHALL

Combinaison des mots clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
« Nurse prescribing »	436	5
« Nurse prescribing » AND « nursing research »	63	0
« Non-medical prescribing » AND « nurse »	46	1
« Nurse prescribing » AND « barriers »	30	2
« Nurse prescribing » AND « experience »	47	3

Base de données PubMed

Combinaison des mots clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
« Non-medical prescribing » AND « nurse »	257	0
« Nurse prescribing » AND « barriers »	129	1
« Nurse prescribing » AND « experience »	212	1

Les études de Kelly, Neale et Rollings (2010) et de van Dijk, Francke, Groenewegen, Kroezen et de Veer (2014) ont été retrouvées sur les deux bases de données, c'est pourquoi le nombre d'études sélectionnées est supérieur à six. De la même façon, certaines études ont été retrouvées plusieurs fois en fonction des combinaisons de mots clés et d'opérateurs booléens.

7.3 Sélection des études

Environ trente études ont été présélectionnées pour cette revue de la littérature. Pour les sélectionner, il a fallu tout d'abord s'assurer que le sujet parle des infirmières qui prescrivent. L'article de recherche devait revêtir la forme suivante : introduction, méthodologie, résultats, conclusion (IMRI). Les dates de publication des articles ont été restreintes aux six dernières années.

Les critères d'inclusion ont été les suivants : sources primaires ; études effectuées sur les infirmières qui prescrivent ; population adulte ; pas de restriction par rapport à l'institution dans laquelle exercent les infirmières ; publication entre 2010 et 2016.

Les critères d'exclusions ont été les suivants : population comprenant des enfants ; études qui recensent les classes de médicaments prescrits ; études centrées sur un service spécialisé en particulier (soins intensifs, urgences, pneumologie, dermatologie).

7.4 Considérations éthiques

Dans l'étude de Kelly, Neale et Rollings (2010), il est noté que l'étude ne soulève pas de questionnement éthique. Les participants ont reçu les informations suivantes : participation à la recherche volontaire et réponses anonymes sans possibilité d'être identifiable par un autre professionnel. Les données personnelles ont été traitées confidentiellement comme recommandé par les règles du Dutch Data Protection Act et les codes de conduite pour les chercheurs scientifiques. La recherche de Bowskill, James et Timmons (2012) a été approuvée par le comité d'éthique. Les participants ont donné leur consentement écrit pour participer à l'étude et ont été informés qu'ils pouvaient se retirer à n'importe quel moment. Pour la retranscription, les données ont été traitées de manière anonyme. En ce qui concerne l'étude de van Dijk, Francke, Groenewegen, Kroezen et de Veer (2014), elle a été approuvée par le comité d'éthique local et par le comité d'éthique de chaque institution. L'étude de Daughtry et Hayter (2010) a été approuvée par le comité d'éthique local et par le département de recherche et développement du Primary Care Trust. Tous les participants ont signé un consentement assurant la confidentialité des données. Les participants se réservaient le droit de pouvoir sortir de l'étude à n'importe quel moment. La recherche de Downer et Shepherd (2010) a été approuvée par l'Université de Paisley et a été jugée par le comité d'éthique de l'école de Santé de Glasgow. Les participants de l'étude de Cousins et Donnell (2011) ont donné leur consentement pour la publication des données.

Certaines études ont également été trouvées en consultant la bibliographie d'autres articles parcourus.

La pyramide des preuves de référence est celle délivrée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (annexe I).

7.5 Analyse des données

Les études ont été analysées les unes après les autres. Initialement, ce sont les titres et les résumés qui ont été parcourus. Les recherches ont été lues lorsque les résumés correspondaient à la question de recherche formulée. Les phrases importantes ont été surlignées et les mots incompris ont été traduits et recensés dans un lexique français-anglais. Chaque article a été lu plusieurs fois afin de garantir la pertinence de son choix. Les tableaux de recension sont présentés en annexe II. Ces derniers ont permis de classer les données des études, puis de les analyser de manière descriptive et méthodologique et, de démontrer la pertinence clinique ainsi que l'utilité pour la pratique.

N°	Auteurs	Titre	Année	Base(s) de données	Niveau de preuve
1	Marieke Kroezen, Anke de Veer, Anneke Francke, Peter Groenewegen, Liset van Dijk	Changes in nurses' views and practices concerning nurse prescribing between 2006 and 2012 : results from two national surveys	2014	CINHAL PubMed	IV
2	Dianne Bowskill, Stephen Timmons, Veronica James	How do nurse prescribers integrate prescribing in practice : case studies in primary and secondary care	2012	CINHAL	IV
3	Amber Kelly, Jo Neale, Rhona Rollings	Barriers to extended nurse prescribing among practice nurses	2010	CINHAL PubMed	IV
4	Julie Daughtry, Mark Hayter	A qualitative study of practice nurses' prescribing experiences	2010	CINHAL	IV
5	Frances Downer, Chew Kim Shepherd	District nurses prescribing as nurse independent prescribers	2010	CINHAL	IV
6	Rosanna Cousins, Christine Donnell	Nurse prescribing in general practice : a qualitative study indicates increased job satisfaction and work-related stress	2011	PubMed	IV

8 Résultats

8.1 Description de l'étude 1

v. Dijk, L., Francke, A., Groenewegen, P., Kroezen, M., & d. Veer, A. (2014). Changes in nurses' views and practices concerning nurse prescribing between 2006 and 2012 : results from two national surveys. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2550-2561.
doi : 10.1111/jan.12404

L'objectif de cette étude, réalisée aux Pays-Bas en 2006 et 2012, est d'examiner la pratique des infirmiers qui prescrivent et leurs opinions quant à cette pratique. Pour cela, les auteurs ont opté pour une recherche quantitative* inférentielle*, qui a pour but de tester les hypothèses de recherche. Les questions de recherches étaient les suivantes : Est-ce que les infirmiers sont formés de manière adéquate pour prescrire des médicaments ? A quelle fréquence et dans quelles situations de travail prescrivent-ils ? Quelles sont les opinions des infirmiers en ce qui concerne les conséquences de la prescription infirmière dans la pratique ?

Les chercheurs ont émis trois hypothèses : les infirmiers se sentent mieux formés pour prescrire en 2012 qu'en 2006 ; le nombre d'infirmiers qui prescrivent illégalement a diminué entre 2006 et 2012 ; les infirmiers sont plus favorables aux conséquences de la prescription sur leur pratique.

En 2006, pour collecter les données, les membres du Nursing Staff Panel ont reçu un premier exemplaire du questionnaire par la poste. Des rappels ont été envoyés après quatorze et vingt-huit jours. En 2012, ils ont utilisé une approche mixte. Les membres du Nursing Staff Panel qui avaient une adresse e-mail enregistrée ont été contactés par ce biais. Ceux qui n'avaient pas répondu après une semaine recevaient le questionnaire par la poste. Pour les personnes n'ayant pas répondu, des rappels ont été envoyés après quatorze et vingt-huit jours. Les infirmiers membres du Nursing Staff Panel travaillent dans les secteurs de soins les plus importants des Pays-Bas tels que : les hôpitaux, les institutions psychiatriques, les institutions pour personnes en situation de handicap ainsi que les institutions pour personnes âgées. En 2006, 386 personnes ont participé à l'étude et 644 personnes y ont participé en 2012.

Des questions générales concernant les participants (formation, lieu de travail) constituaient la première partie du questionnaire. Les questions, principalement à choix multiples ou ouvertes, étaient formulées de manière positive et négative. En ce qui concerne la seconde partie, huit questions dichotomiques ont été posées afin de comprendre à quelle fréquence et de quelle manière les infirmiers prescrivent.

Les conséquences de la prescription infirmière sur la pratique ont été évaluées à l'aide de trois items variant d'un à cinq sur l'échelle de Likert* (de (1) « totalement en désaccord » à « totalement d'accord » (5)).

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA version 12.1* qui permet de cataloguer les données. Les résultats ont été classés en fonction de trois thèmes :

Impression de prescrire de manière adéquate : en 2012, seules 12 % des personnes interrogées pensaient être formées adéquatement pour prescrire. Les raisons évoquées étaient : les connaissances sont insuffisantes (82.8 % ; 77 %), les responsabilités ne sont pas clairement définies (62.2 % ; 61.6 %), la division des tâches entre infirmier et médecin n'est pas clairement définie (41.9 % ; 38 %), le soutien de l'institution est insuffisant (26.2 % ; 40.2 % → $p < 0.001$), les compétences sont insuffisantes (22.2 % ; 25 %) et, le manque de temps (10.2 % ; 13.2 %). C'est pourquoi la première l'hypothèse a été rejetée. En conclusion, les infirmiers se sentaient mieux équipés pour prescrire qu'en 2006.

Prescrire en pratique : plus d'un quart des infirmiers prescrivent parfois et ce taux a augmenté (27.6 % en 2006 et 29.2 % en 2012 → $p = 0.007$). En 2006, 17 % et 12.7 % en 2012 ($p = 0.041$) ont exclusivement prescrit sur ordre du médecin, tandis que 12 % en 2006 et 14.6 % ($p = 0.041$) ont parfois prescrit de leur propre initiative. Le nombre d'infirmiers qui prescrivaient dans un hôpital ou dans un home pour personnes âgées a diminué par rapport à 2006. En 2012, moins d'infirmiers prescrivent uniquement après un ordre médical. Le nombre d'infirmiers qui prescrivaient illégalement a diminué en 2012, c'est pourquoi les auteurs confirment leur deuxième hypothèse.

Opinions quant aux conséquences de la prescription infirmière dans la pratique : le nombre d'infirmiers qui pensaient que le fait de prescrire augmentait la charge de travail est passé de 69 % en 2006 à 53.8 % en 2012 ($p = 0.018$). Malgré cela, plus de la moitié d'entre eux ressentent plus de pression en lien avec la prescription. En 2012, davantage d'infirmiers concluent que le fait de prescrire rend le travail plus intéressant et offre davantage de possibilités de développer leurs compétences, même si ce n'est pas significatif en pratique. Ces conclusions amènent les auteurs à être partiellement d'accord avec la dernière hypothèse.

8.1.1 Validité méthodologique

La méthode d'échantillonnage* choisie par les auteurs correspond à l'échantillonnage probabiliste aléatoire simple*, qui consiste à choisir des sujets accessibles à travers une liste par exemple dans ce cas précis, une association de membres (Fortin, 2010, p. 229). Les auteurs ont choisi de ne pas intégrer les infirmières possédant un master en pratique avancée car la prescription est régulée par un article de loi différent.

Nous pourrions penser que cet échantillon n'est pas représentatif de toute la population et qu'un biais de sélection* ne peut être exclu. En effet, tous les infirmiers prescrivant aux Pays-Bas ne font pas partie du Nursing Staff Panel. De plus, tous les milieux de soins ne sont pas représentés dans cette étude.

Les auteurs se sont basés sur la législation et la littérature propre à la prescription infirmière pour concevoir le questionnaire. Ce dernier a été révisé par des experts et les modifications découlant de leur analyse ont été adoptées. Afin d'assurer la validité de contenu*, les questions ont été formulées à l'aide d'affirmations positives et négatives. Le questionnaire était identique lors des deux études. L'échelle de Likert* correspond à une échelle ordinale, typiquement utilisée pour les statistiques descriptives*. Cependant, les auteurs n'ont pas mesuré la validité* du questionnaire à l'aide de l'indice de validité*. La statistique Kappa* qui indique la fidélité* des questionnaires de type dichotomiques n'a pas été rapportée.

Les différences de pourcentage des deux études ont été testées à l'aide du seuil de signification* ($p < 0.05$), en utilisant la régression logistique*. Les erreurs standards* ont été corrigées par le regroupement des répondants. Les analyses de sous-groupes ont été effectuées en regroupant les infirmières selon leur secteur de travail. Un total de 148 infirmiers a participé aux deux études mais leurs résultats ne sont pas présentés séparément car, selon les chercheurs, ils concordent avec les autres résultats,

La participation à l'étude était volontaire et anonyme. Les modalités de participation ont été clarifiées aux participants dans un courrier accompagnant le questionnaire.

Les auteurs citent plusieurs limites dans leur étude : malgré un taux de réponse élevé et une taille d'échantillon suffisante, la nature du questionnaire a permis d'effectuer certaines analyses sur un petit nombre de participants, ce qui a entraîné un manque de puissance statistique et ne permet pas de tirer des conclusions définitives. De plus, la notion d'infirmier spécialisé n'existait pas en 2006 et, en 2012, l'échantillon était petit ($n=19$). Les infirmiers qui ont prescrit illégalement ne souhaitent pas forcément répondre car cela représente une pratique socialement indésirable. En effet, à cette époque, les infirmiers n'étaient pas légalement autorisés à prescrire.

8.1.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, cette étude est la première à interroger la façon dont les infirmiers intègrent la prescription dans leur pratique. Afin qu'ils prescrivent adéquatement, il est important que les programmes d'études correspondent à leurs besoins. Par conséquent, de futures recherches qualitatives sont nécessaires pour expliquer pourquoi certains infirmiers qui ont suivi le cursus pour prescrire pensent qu'ils n'ont pas les connaissances et compétences suffisantes pour prescrire en toute sécurité.

Toutefois, une étude regroupant les infirmiers, les médecins et les directeurs pourrait évaluer les barrières et les éléments facilitant la mise en pratique de la prescription infirmière.

8.2 Description de l'étude 2

Bowskill, D., James, V., & Timmons, S. (2012). How do nurse prescribers integrate prescribing in practice : case studies in primary and secondary care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2077-2086. doi : 10.1111/j.1365-2702.2012.04338.x

Cette étude réalisée en Angleterre a pour objectif d'investiguer la manière dont les infirmiers ont intégré la prescription dans leur pratique et quels sont les facteurs qui ont contribué et/ou empêché le processus.

Pour cela, les auteurs ont opté pour une approche qualitative* de type étude de cas*. La question de recherche formulée par les auteurs est la suivante : Comment les infirmiers gèrent-ils la prescription dans leur pratique, en soins primaires et en soins secondaires ?

Les participants ont été choisis à partir d'un échantillonnage non probabiliste intentionnel* de 138 infirmiers qui prescrivent. Les caractéristiques démographiques telles que l'âge, le sexe, la fonction, les années d'expérience avant et après avoir commencé à prescrire ont été prises en considération. Au moment de l'étude, les participants prescrivaient depuis sept à vingt-six mois.

Les données ont été collectées lors d'entrevues semi-structurées d'une durée de quarante à soixante minutes conduits par le chercheur principal. Les données ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone puis retranscrites en verbatim. Les notes prises par le chercheur à la fin de l'interview ont permis de capturer ses pensées, ressentis et observations.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel NVivo, qui permet de cataloguer et organiser les données dans des cases. Les résultats ont été classés selon trois thèmes et deux sous-thèmes :

Prescrire en pratique : 81 % des participants prescrivent et 19 % ne prescrivent pas. Les raisons pour lesquelles ils ne souhaiteraient pas prescrire sont : le changement de poste récent et le peu d'expérience dans le service (n=1), d'autres responsabilités professionnelles (n=2), les difficultés associées à l'utilisation du programme informatique (n=1). Les infirmiers ont une préférence marquée pour la prescription indépendante et ne prescrivent que sous cette forme. Les tâches administratives liées à la prescription complémentaire étaient la raison invoquée pour ne pas prescrire sous cette forme.

Prescrire pour les patients : les infirmiers travaillant dans la pratique générale pourraient s'attendre à prescrire un large éventail de médicaments. L'ampleur de l'opportunité de prescrire présente un risque pour elles et potentiellement pour leurs patients. De ce fait, ils sont susceptibles de se poser des restrictions.

Prescrire selon les besoins : La connaissance du patient et, de son passé médical est fondamentale pour prescrire, d'autant plus lorsque ce dernier est atteint de comorbidités et placé sous polymédication. Cette approche des soins individualisés est utilisée lorsque l'infirmier connaît bien le patient. Deux autres méthodes sont utilisées : les infirmiers spécialisés prescrivent un petit échantillon de médicaments spécifiques pour un petit nombre de situations cliniques ; les infirmiers en soins généraux restreignent leurs prescriptions pour les patients présentant des affections spécifiques ou pour des groupes de patients.

Accords de prescription : les médecins et l'équipe infirmière attendent que des limites soient établies concernant la prescription. La prescription infirmière indépendante donne aux infirmiers les mêmes droits de prescription que ceux des médecins. Cependant, certaines institutions ont émis des restrictions quant à cette loi. De ce fait, des différences émergent en fonction des milieux de soins. Par exemple, les infirmiers travaillant en soins primaires se fixent eux-mêmes des limites, alors que les infirmiers en soins secondaires reçoivent annuellement un formulaire dans lequel sont inscrits les médicaments qu'ils sont autorisés à prescrire. Cette pratique est généralement bien acceptée mais peut tout de même être une barrière lors de certaines prises en soins.

Relations professionnelles : les relations professionnelles entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire ont été mises en évidence pour la bonne intégration de la prescription. La confiance, notamment entre le médecin et l'infirmier, était considérée comme la plus importante. Par conséquent, lorsque ce n'est pas le cas, l'infirmier ne prescrit pas, comme le témoignent deux participants. Afin de favoriser la création du lien de confiance et le soutien des médecins, certains infirmiers font vérifier leurs ordonnances.

8.2.1 Validité méthodologique

L'échantillonnage non probabiliste intentionnel choisi par les auteurs a permis de choisir les participants en fonction des caractéristiques typiques de la population afin que les éléments soient représentatifs du phénomène à l'étude (Fortin, 2010, p. 235). Pour cette étude, les participants devaient avoir été habilités à prescrire sous la forme indépendante/complémentaire entre le mois de septembre 2004 et le mois de janvier 2007. Le recrutement des participants a continué jusqu'à ce que les combinaisons des répliques littéraires et théoriques soient saturées.

Afin de développer le questionnaire de l'entrevue, deux interviews pilotes ont été menées par des infirmières expérimentées prescrivant en soins primaires et secondaires. Ces données ont été combinées avec la littérature portant sur les différents facteurs entravant ou facilitant la pratique de la prescription infirmière.

Les transcriptions des interviews, les données démographiques et les notes du chercheur ont été rassemblées pour chaque cas. Ensuite, les données de chacun ont été organisées et cataloguées selon des codes à l'aide du logiciel NVivo. Les codes* ont initialement été groupés selon douze thèmes généraux. Le chercheur principal les a ensuite analysés manuellement en se basant sur ses notes et sur la littérature relative à la prescription infirmière.

Les auteurs relèvent une limite dans leur étude : la taille de l'échantillon ne permet pas de tirer des conclusions pour l'entier des infirmières qui prescrivent.

Le comité d'éthique du South Derbyshire a approuvé l'étude. Les participants ont donné leur consentement et se réservaient le droit de quitter l'étude à tout moment. Les données étaient anonymes.

8.2.2 Pertinence clinique

L'intégration de la prescription infirmière est un long processus influencé par les relations professionnelles et entièrement dépendante de la confiance. La recherche met en évidence l'importance des relations professionnelles et du soutien de l'institution afin que les infirmiers puissent développer leur rôle et leurs compétences. Le challenge des infirmiers est d'assumer les responsabilités liées à ce nouveau rôle et de se faire accepter par les autres professionnels. Malgré le fait qu'ils puissent prescrire les mêmes médicaments que les médecins, les institutions ont établi un formulaire limité afin de réduire les risques d'erreurs des infirmiers travaillant en soins secondaires.

8.3 Description de l'étude 3

Kelly, A., Neale, J., & Rollings, R. (2010). Barriers to extended nurse prescribing among practice nurses. *Community practitioner*, 83(1), 21-24.

Cette étude anglaise a pour objectifs d'identifier : le nombre d'infirmières d'un comté qui prescrivent sous la forme complémentaire et de celles qui envisagent de se former ; le nombre d'infirmières qualifiées et travaillant comme infirmières praticiennes et d'infirmières qui fournissent les premiers soins pour une maladie mineure ; le nombre d'infirmières exerçant dans la prise en soins des maladies chroniques et ; les barrières qui pourraient exister autour de la pratique des infirmières qui poursuivent la formation pour la prescription indépendante. Pour cela, les auteurs ont opté pour une approche mixte* de type explicatif*, à dominance qualitative*.

Les auteurs ont contacté les infirmières praticiennes de la région via un courrier postal accompagné du questionnaire. Des rappels ont été envoyés quatre semaines plus tard aux personnes n'ayant pas répondu.

Sur les 251 infirmiers invités à participer, 151 ont retourné le questionnaire. Il s'agit de femmes âgées de 40 ans environ, ayant au moins quatre ans d'expérience. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire comprenant treize items nécessitant un choix de réponses parmi des propositions ou par une réponse courte. A la fin du questionnaire, une question ouverte a permis aux participantes d'ajouter des éléments qu'elles considéraient comme importants. Les données qualitatives ont été codées* et les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Software Package for Social Sciences (SPSS). Les résultats ont été présentés selon deux thèmes :

Expérience, qualifications, rôles : les répondantes sont des femmes expérimentées. Parmi les infirmières s'occupant de patients atteints de maladies chroniques, 17 % sont qualifiées pour prescrire, 34 % ont l'intention d'entreprendre la formation alors que 49 % qui ne l'envisagent pas. Les auteurs ont constaté que l'âge était un facteur important dans la décision de se former ou non.

Opinions relatives aux qualifications des infirmières qui prescrivent : les raisons pour lesquelles certaines infirmières ne veulent pas prescrire (n=70) sont les suivantes : trop proches de la retraite (27 %) ; le salaire n'augmenterait pas (17 %) ; ne veulent pas de responsabilités (12 %) ; ne veulent pas étudier (14 %) ; autres raisons, non précisées par les auteurs (30 %). Certaines considèrent qu'elles ne sont pas à un stade de leur carrière où, débiter une formation serait utile. D'autres pensent que le fait de prendre des cours générerait du stress et de l'anxiété. Plusieurs participantes rapportent que leur vie privée ne leur permettrait pas d'étudier car cela demande trop de temps et ne fait pas partie de leurs priorités. De plus, les facteurs externes tels que la famille peuvent contribuer au stress et à l'épuisement. Ces facteurs peuvent compromettre la motivation, l'engagement et la volonté d'endosser de nouveaux rôles et responsabilités. Si les infirmières sont censées développer les connaissances et les compétences nécessaires pour prodiguer les meilleurs soins possibles, les mesures doivent être adaptées, car il y a un manque de soutien évident. Le manque d'intérêt et de soutien des médecins a été identifié comme étant une barrière à la prescription infirmière. De plus, les coûts de la formation ne sont pas pris en charge par certains employeurs et la rémunération est insuffisante. Le manque d'aide financière conduit donc certaines infirmières à renoncer à la formation.

8.3.1 Validité méthodologique

En ce qui concerne l'échantillonnage, les auteurs ont utilisé un échantillonnage probabiliste aléatoire simple afin de contacter tous les infirmiers de la région. Cette méthode consiste à accéder aux participants potentiels par le biais de listes ou d'associations. (Fortin, 2010, p. 229). Sur 251 infirmiers contactés, 151 ont répondu.

Cependant, les données des participants ne sont pas assez détaillées, c'est pourquoi les résultats sont difficilement transférables*.

Les données qualitatives ont été codées* afin d'identifier les thèmes principaux. Les données quantitatives, quant à elles, ont été analysées afin de mettre en évidence les fréquences et les pourcentages. Ces dernières ont servi à démontrer l'âge des participants, les maladies chroniques soignées, les qualifications des infirmières qui travaillent dans un service de maladies chroniques ou de premiers soins et les raisons pour lesquelles certaines infirmières ne souhaitent pas entreprendre la formation.

Le questionnaire a été développé par l'équipe de recherche, pilotée par huit infirmières extérieures à la région.

Toutefois, la validité* et la fidélité* du questionnaire n'ont pas été documentées. De plus, les auteurs n'ont pas mandaté un chercheur indépendant pour vérifier les résultats, n'ont pas fourni de feedback aux participants et ne mentionnent pas si la saturation des données* a été atteinte, ce qui fragilise la crédibilité* et la confirmabilité* de l'étude.

L'étude a été approuvée par le comité de recherche et d'éthique local.

8.3.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, les raisons qui dissuadent les infirmières sont le manque de soutien des médecins et de l'institution et le manque d'aide financière. L'augmentation de l'autonomie et des responsabilités devrait être une raison pour les infirmières d'entreprendre la formation, cependant, cela ne semble pas être le cas.

8.4 Description de l'étude 4

Daughtry, J., & Hayter, M. (2010). A qualitative study of practice nurses' prescribing experiences. *Non-medical prescribing*, 21(6), 310-314.

Cette étude qualitative anglaise a pour objectif d'explorer les expériences des infirmières qui prescrivent et en particulier l'impact de la prescription sur le rôle infirmier, les expériences et les ressentis des infirmières. Pour cela, les auteurs ont opté pour une approche qualitative phénoménologique*.

Toutes les infirmières qui prescrivent et exercent dans les milieux de soins primaires dans le nord de l'Angleterre ont été invitées à participer. Elles ont reçu un courrier informatif et devaient prendre contact avec les chercheurs si elles souhaitaient participer, afin de fixer un rendez-vous. Huit infirmières composent l'échantillon de l'étude.

Des interviews semi-structurées ont été conduites par les auteurs. Ces derniers se sont référés à la littérature propre à la prescription infirmière pour construire le questionnaire.

Les auteurs ont commencé l'entretien par des questions ouvertes, générales puis spécifiques afin de récolter les données nécessaires pour répondre à la question de recherche. La durée de l'interview a été en moyenne de quarante-cinq à soixante minutes.

L'analyse des données a été basée sur la méthode de Colaizzi*, spécifique à la recherche phénoménologique. Les résultats sont divisés en cinq thèmes :

Attente des autres professionnels : selon les autres professionnels, le rôle des infirmières n'est pas clairement défini, ce qui a engendré des malentendus. En ce qui concerne la relation avec les médecins, les opinions étaient divisées par rapport à l'expansion des rôles. Certains médecins n'y sont pas favorables, tandis que d'autres sont prêts à travailler en collaboration avec les infirmières et acceptent le changement de la pratique avancée. Par contre, pour certaines infirmières, cela a un coût : une augmentation inéluctable de la charge de travail.

Transformation des rôles : pendant les interviews, les participantes ont décrit de quelles façons leur rôle avait changé depuis qu'elles prescrivent. Seule une infirmière a déclaré que sa pratique n'a pas changé depuis qu'elle a commencé à prescrire.

Responsabilités : les infirmières ont décrit une certaine appréhension face à la prescription, en rapport avec une pratique sécurisée et responsable. Selon la majorité des participantes, il est impératif de respecter les conseils fournis par la profession infirmière et les organismes appropriés. Toutes étaient conscientes de leurs limites et peu disposées à aller au-delà de leur zone de confort et à risquer de mettre en danger la sécurité des patients.

Expériences positives : les participantes rapportent que le fait de prescrire ne rapporte pas des bénéfices uniquement pour elles-mêmes. Les patients recevraient des soins de meilleure qualité en temps utile.

Expériences négatives : deux infirmières ont reporté de mauvaises expériences telles que l'augmentation de la charge de travail, beaucoup de formation et de délégation de la part des médecins, ce qui augmente le stress.

8.4.1 Validité méthodologique

L'échantillonnage est de type non probabiliste intentionnel. Il permet au chercheur de sélectionner les participants en fonction des caractéristiques typiques de la population à l'étude (Fortin, 2010, p. 235).

L'analyse des données selon la méthode de Colaizzi s'est déroulée en quatre étapes spécifiques à la recherche phénoménologique : les descriptions des infirmières sont enregistrées, réécoutées puis relues, afin de comprendre les idées exprimées ; les énoncés significatifs en relation avec l'étude sont extraits ; le sens des déclarations sont formulées et ; les déclarations sont organisées en fonction des thèmes.

Toutefois, les auteurs n'ont pas mentionné si la saturation des données avait été atteinte, n'ont pas mandaté un chercheur indépendant pour vérifier les résultats et n'ont pas validé les résultats auprès des infirmières, ce qui fragilise la crédibilité et la confirmabilité de l'étude. De plus, ils n'ont pas suffisamment détaillé les informations relatives aux participantes, c'est pourquoi les résultats sont difficilement transférables.

Le comité d'éthique local ainsi que le département de recherche et de développement ont approuvé la recherche. Par ailleurs, tous les participants ont signé un consentement de confidentialité et pouvaient se retirer de l'étude à tout moment.

Les auteurs ont cité plusieurs limites dans leur étude : le fait que l'échantillon soit de petite taille ; le fait que l'étude ne prenne en compte que l'avis des infirmières et non celui des médecins ou des autres professionnels de la santé.

8.4.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, les infirmières qui prescrivent sont acceptées par les patients et par la majorité des professionnels de la santé. Toutefois, elles sont conscientes de leurs limites et disposées à améliorer leurs compétences et à accroître leur autonomie. Cependant, certains médecins s'opposent à cette fonction. Par conséquent, les auteurs émettent des recommandations pour la pratique. Par exemple, une meilleure communication entre le médecin et l'infirmière favoriserait l'apprentissage. De plus, un mentorat par un médecin ou une infirmière expérimentée serait une approche efficace permettant de garantir la qualité des soins. Ainsi, la collaboration entre les différents professionnels serait la clé pour progresser.

8.5 Description de l'étude 5

Downer, F., & Shepherd, C. (2010). District nurses prescribing as nurse independent prescribers. *British Journal of Community Nursing*, 15(7), 348-352.

Cette étude qualitative* anglaise a pour objectif d'explorer les expériences des infirmières de district qui prescrivent depuis un à cinq ans. Pour cela, les auteurs ont opté pour une méthode qualitative phénoménologique.

Les chercheurs ont utilisé un échantillonnage non probabiliste intentionnel. Les critères d'inclusions étaient d'avoir complété la formation pour être habilité à prescrire et de prescrire depuis au moins douze mois. Huit infirmiers ont été retenus pour participer à l'étude.

Des interviews individuelles ont été menées par le chercheur. Le temps de l'entrevue n'a pas été préalablement défini, afin de permettre aux participants d'avoir le temps nécessaire pour s'exprimer.

Les données ont été analysées en se référant à la méthode de Colaizzi. Trois thèmes ont été identifiés et présentés pour les résultats :

Les influences sur la prescription infirmière : le manque de soutien des institutions et des pairs a été identifié. Il s'agit d'ailleurs de l'aspect le plus fréquemment mentionné. Ensuite, même lorsqu'il était possible d'obtenir du soutien, il s'avérait insuffisant. En effet, la hiérarchie n'était pas préparée pour offrir le soutien approprié. L'influence des relations professionnelles a également été identifiée. Cinq infirmiers ont exprimé un manque de confiance des pairs en rapport avec leur habilité à prescrire. En ce qui concerne la formation, sept participants ont exprimé avoir certaines préoccupations quant à leur niveau de connaissances pharmacologiques après avoir participé aux cours. Par conséquent, l'éducation et la formation continue sont des facteurs clé pour une pratique sûre. Les infirmiers ont également constaté que plus ils prescrivent, plus ils acquièrent de la confiance par rapport à leurs ordonnances.

Bénéfices : la possibilité de gagner du temps pour les patients, pour eux-mêmes et de fournir un service plus transparent sont des avantages. Les infirmiers rapportent que ce rôle augmente l'autonomie et la satisfaction au travail. De plus, la possibilité de prescrire a aidé au développement du rôle d'infirmier de district.

Difficultés : l'accès aux données médicales des patients, au dossier infirmier, aux adresses des patients et l'utilisation du système informatique ont été des sources de problèmes pour six participants. En plus de l'augmentation de la charge de travail dû à la formation et au maintien du rôle, les infirmiers disent ne pas avoir été reconnus dans leur rôle et ne pas avoir été davantage rémunérés.

8.5.1 Validité méthodologique

L'échantillonnage non probabiliste intentionnel a été choisi par les auteurs.

L'entrevue individuelle est une méthode de collecte de données typiquement utilisée dans la recherche phénoménologique. Elle permet au chercheur de recueillir les informations nécessaires à la compréhension des expériences vécues par les participants (Fortin, 2010, p. 282). Les auteurs ne précisent pas s'ils avaient ou non préparé des questions spécifiques.

Les auteurs ont analysé les données en se basant sur la méthode de Colaizzi, spécifique à la recherche phénoménologique. Les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone puis retranscrites en verbatim. Les auteurs ont réécouté plusieurs fois le contenu de ces dernières. Les données qui se répétaient ont été supprimées par les chercheurs. Les déclarations ont été groupées en sous-thèmes, puis comparées aux transcriptions originales de manière à pouvoir être validées.

Toutefois, les auteurs ne décrivent pas suffisamment les caractéristiques des participants, ce qui rend les résultats difficilement transférables. De plus, les chercheurs n'ont pas mentionné si la saturation des données avait été atteinte, n'ont pas mandaté un chercheur indépendant pour vérifier les résultats et n'ont pas validé les résultats auprès des participants, ce qui fragilise la crédibilité et la confirmabilité de l'étude.

Les chercheurs citent plusieurs limites dans leur étude : le fait que l'échantillon soit de petite taille et le fait que les résultats ne soient pas transférables à tous les domaines.

Le comité d'éthique de l'école de Santé de Glasgow ainsi que l'Université de Paisley ont approuvé l'étude.

8.5.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, dans les domaines où certains mécanismes de soutien sont en place, ceux-ci semblent insuffisants. Il est évident que les infirmières estiment que des possibilités éducatives continues doivent être fournies. Il faudrait en particulier réfléchir à la façon dont les infirmières de district pourraient être soutenues de manière professionnelle pour enregistrer les informations avec précision. Tout au long de la présentation des résultats, les auteurs ont relié leurs conclusions avec celles d'études précédentes.

8.6 Description de l'étude 6

Cousins, R., & Donnell, C. (2011). Nurse prescribing in general practice : a qualitative study indicates increased job satisfaction and work-related stress. *Family Practice Advance Access*, 1-5. doi : 10.1093/fampra/cmr077

Cette étude qualitative anglaise a pour objectif de comprendre l'impact de la prescription indépendante dans la pratique infirmière. Pour cela, les auteurs ont opté pour une méthode qualitative de type phénoménologique.

Les six infirmiers (cinq hommes et une femme) expérimentés dans la prescription indépendante qui composent l'échantillon* ont été interviewés. Ils exercent sur un des sept sites d'un groupement d'hôpitaux à Liverpool.

Des entretiens individuels semi-structurés d'une durée de deux heures au maximum ont été conduits au domicile de chaque participant. Trois questions ont été posées : « De quelles façons votre travail a-t-il changé depuis que vous prescrivez ? » ; « Quels sont les avantages ? » ; « Quels sont les inconvénients ou, difficultés ? ». Les principaux résultats ont été répertoriés en fonction de quatre thèmes :

Bénéfices de la pratique : l'autonomie est l'élément central identifié par les participants qui prescrivent de manière indépendante.

L'avantage principal de ce nouveau rôle semble être l'augmentation globale de la satisfaction au travail associée à l'autonomie, l'augmentation de l'estime de soi, la confiance, la prise en soins complète des situations complexes.

Manque de reconnaissance : les infirmiers qui prescrivent rapportent que les efforts fournis pour atteindre la qualification et l'augmentation des responsabilités assumées ne sont pas reconnus par les institutions et par le gouvernement anglais. De plus, leur salaire n'a pas augmenté, ce qui constitue une barrière.

Augmentation de la charge de travail : elle inclut la prise en charge de situations plus complexes, le besoin de plus de compétences et la nécessité d'avoir une formation continue. Les infirmiers rapportent que le temps de consultation est insuffisant compte tenu des situations complexes et de la pose des diagnostics. Certains participants disent ne pas avoir le temps de finir leur travail à temps. De ce fait, ils se sentent davantage stressés, frustrés, démotivés et dans certains cas, déprimés. La pression engendrée par les médecins, les collègues et les patients est l'aspect le plus fortement relevé par les participants.

Besoin de soutien : le manque de soutien est un problème évoqué par tous les participants. Plusieurs sources ont été identifiées telles que les infirmiers du service, l'équipe médicale ou des corps professionnels tels que le Royal College of Nursing. Les participants se sont montrés particulièrement sensibles au besoin de développement professionnel, car la mise à jour des compétences est essentielle pour la continuité de la qualité des soins.

8.6.1 Validité méthodologique

L'échantillon* est composé de cinq hommes et une femme expérimentés en prescription indépendante. Tous ont au moins dix ans d'expérience dans les soins et trois ans d'expérience dans le domaine de la prescription. Les auteurs ne précisent pas de quelle manière ils ont procédé afin de contacter les éventuels participants.

L'analyse s'est déroulée en trois étapes. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis les données ont été retranscrites dans leur intégralité. Ces dernières ont été analysées de manière à identifier les thèmes principaux. Les transcriptions des six interviews ont été codées par les auteurs puis par un chercheur indépendant. Les désaccords entre eux ont été résolus à l'aide des notes prises par les chercheurs pendant les interviews. La formule d'Holsti a été utilisée afin de déterminer la validité interne* à l'aide de la fidélité interjuges*. Les données ont été considérées comme fiables à plus de 80 %. Nous pouvons conclure que, la triangulation* des données a été réalisée à un seul niveau : celui de la triangulation des chercheurs qui ont échangé lors de l'analyse et ont mandaté un chercheur indépendant expérimenté.

Les auteurs se sont référés à la littérature pour estimer que la saturation des données* a été atteinte après les six interviews.

La crédibilité et la confirmabilité de cette étude semblent respectées, notamment grâce à la triangulation des chercheurs et à la saturation des données. Cependant, le manque d'informations détaillées concernant les participants rend les résultats difficilement transférables.

Les infirmiers ont donné leur consentement quant au partage des données.

Les auteurs citent plusieurs limites dans leur étude : le fait que l'échantillon soit de petite taille et qu'il soit limité à une seule ville, c'est pourquoi les résultats sont difficilement transférables.

8.6.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, cette étude confirme les conclusions d'études précédentes ainsi que les résultats du rapport de Crown, qui rapporte que la prescription infirmière augmente la satisfaction au travail. Depuis que les infirmiers prescrivent, il semble qu'ils ressentent un plus haut degré de satisfaction professionnellement. Celle-ci proviendrait de la possibilité de gérer les situations de soins de manière complète et plus autonome. Malgré cela, le manque de soutien des institutions et du personnel soignant, le stress occasionné par les responsabilités, une rémunération insuffisante seraient des désavantages. La proposition des auteurs serait que le gouvernement anglais puisse gérer et réduire les stressseurs potentiels. Les auteurs ne proposent pas de pistes pour d'autres recherches.

8.7 Utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats des six études mettent en évidence les éléments déterminant l'implémentation et la bonne pratique de la prescription infirmière. Grâce aux études des pays bénéficiant d'une grande expérience dans ce domaine, les prochaines nations qui souhaiteront permettre aux infirmières et infirmiers de prescrire pourront se baser sur ces dernières et tenter de trouver des solutions afin d'améliorer cette pratique. En effet, la formation, la délimitation claire des rôles, les relations professionnelles, la formation continue et les conditions salariales sont les thèmes principaux identifiés par les praticiens. De ce fait, les défis des années à venir viseront à optimiser la qualité de l'environnement de travail et de l'offre en formation.

8.8 Synthèse des principaux résultats

Les raisons pour lesquelles les infirmiers ne souhaitent pas prescrire se divisent en deux catégories : personnelles et professionnelles. Au niveau personnel, l'âge est un facteur déterminant dans le choix de se former. Les responsabilités familiales, spécialement pour les femmes, semblent les dissuader d'entreprendre une nouvelle formation car cela ne représente pas une priorité dans leur vie. Au niveau professionnel, la non-reconnaissance du rôle et le manque de soutien de l'institution sont des facteurs déterminants identifiés dans les études de v. Dijk et al. (2014), Kelly et al. (2010), Downer et Shepherd (2010) et Cousins et Donnell (2011).

Du point de vue économique, il semblerait que certains infirmiers renoncent à se former à cause du coût engendré par la reprise des études. En effet, certains employeurs ne prennent pas en charge les frais liés à la formation. De plus, les conclusions des études de Kelly et al. (2010), Downer et Shepherd (2010) ainsi que de Cousins et Donnell (2011) montrent que les infirmiers ne sont pas davantage rémunérés. Par conséquent, ils revendiquent un salaire adapté à leurs responsabilités. En outre, toutes les institutions ne garantiraient pas la formation continue qui permet une qualité des soins optimale.

Les connaissances et compétences sont un prérequis pour une pratique sécuritaire. Or, les études de v. Dijk et al. (2014) et de Downer et Shepherd (2010) suggèrent que les infirmiers ne se sentent pas suffisamment formés pour assumer de telles responsabilités. L'étude de Downer et Shepherd (2010) a également démontré que, après avoir complété leur formation, les infirmiers sont préoccupés par leur niveau de maîtrise des connaissances.

La pression et l'augmentation de la charge de travail identifiées dans les recherches de Daughtry et Hayter (2010), Downer et Shepherd (2010) ainsi que dans celle de Cousins et Donnell (2011) sont également des facteurs qui peuvent engendrer du stress, de la démotivation et un état dépressif.

La confiance entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire et, principalement avec le médecin est l'élément fort identifié dans toutes les études. Certains médecins sont ouverts à l'expansion du rôle infirmier, tandis que d'autres sont réticents car ils pensent que la formation des infirmières est insuffisante. Certains infirmiers auraient cessé de prescrire en raison de relations conflictuelles avec les médecins. Dans le cas contraire, les médecins qui acceptent de vérifier les ordonnances délivrées par les infirmiers favorisent la création du lien de confiance.

En ce qui concerne les bénéfices de cette pratique, il semblerait que l'autonomie, la confiance en soi et la possibilité de gérer des situations plus complexes engendrent davantage de satisfaction au travail selon les résultats des études de v. Dijk et al. (2014), Daughtry et Hayter (2010) ainsi que de celle de Cousins et Donnell (2010).

9 Discussion

Cette revue de la littérature a pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : quels sont les facteurs socioprofessionnels facilitant ou entravant la prescription des médicaments par les infirmières ayant obtenu l'autorisation de prescrire ?

9.1 Discussion des résultats

Plusieurs études ont exploré les expériences des infirmiers qui prescrivent dans leur pratique professionnelle.

Les recherches de v. Dijk et al. (2014) et de Downer et Shepherd mettent en évidence le manque de connaissances et de compétences ressenti par les infirmiers. En effet, la revue de la littérature de Blanchflower et al. (2013) relève également un manque de connaissances, qui serait un obstacle à la prescription. Par conséquent, une meilleure formation serait susceptible d'améliorer la sécurité. Ainsi, la formation continue, et en particulier, la pharmacologie est d'une grande importance. Nous pensons que malgré le fait que les infirmiers aient adopté une pratique avancée et réflexive, plusieurs années d'expérience dans un service de soins et un module de pharmacologie ne suffisent pas pour acquérir les connaissances nécessaires à la prescription de médicaments. En effet, les médecins suivent un cursus universitaire nettement plus approfondi sur l'anatomophysiologie, la pathologie et les traitements médicamenteux.

Le manque de soutien des institutions et des politiques a été identifié dans les études de Bowskill et al. (2012), Kelly et al. (2010), Downer et Shepherd (2010), Cousins et Donnell (2011), v. Dijk et al. (2014). En effet, il apparaît que lorsque les infirmiers ne se sentent pas soutenus, ils sont soumis à une plus grande pression quant à leur nouveau rôle ou renoncent de se former. De plus, les formations continues ne semblent pas toujours soutenues financièrement par les employeurs, ce qui constitue une barrière au développement des infirmières. Ensuite, le coût élevé de la formation et le salaire inchangé après l'obtention du diplôme constituent pour certains une raison de ne pas entreprendre la formation, tandis que, pour d'autres, c'est une nouvelle preuve d'un manque de reconnaissance.

L'importance des relations professionnelles, notamment avec les médecins a été mise en évidence dans les recherches de v. Dijk et al. (2014), Bowskill et al. (2012), Kelly et al. (2010), Cousins et Donnell (2010), ainsi que dans celle de Daughtry et Hayter (2010). Comme le confirme la revue systématique de Blanchflower, Greene et Thorp (2013), le soutien des institutions et des collègues constitue un facteur clé dans la prise de décision de prescrire (p. 46). Selon les résultats de la revue systématique de Buckley, Cashin et Fong (2015), la collaboration avec les médecins faciliterait les relations, permettrait le développement continu des connaissances des infirmiers et serait la clé pour une pratique sûre (p.106).

Néanmoins, la méta-synthèse réalisée par Cheraghi, Darvishpour et Joolaei (2014) montre que les médecins affirment que les infirmiers n'ont pas la formation et les connaissances nécessaires. Il ne faut pas oublier que la prescription est restée longtemps un acte strictement réservé aux médecins. De ce fait, il est compréhensible que ces derniers invoquent un manque de connaissances des infirmiers et s'opposent à cette nouvelle pratique (p. 9).

Nous pourrions tout de même établir un parallèle avec la pratique valaisanne, notamment dans les services d'urgences, de soins intensifs et de soins continus. Malgré le fait que ce ne soit pas une pratique récente, à l'Hôpital du Valais, des protocoles sont préétablis par les médecins puis, ce sont les infirmières³ qui adaptent les doses en fonction des valeurs cibles. Par exemple, les dosages d'insuline en fonction de la glycémie, la gestion de la douleur aux urgences grâce à des protocoles d'antalgie médico-délégués, les réglages de débit de la noradrénaline en fonction de la tension artérielle moyenne, la préparation du patient atteint d'insuffisance rénale à l'aide d'une pré-hydratation en prévision d'un scanner injecté, voire l'administration de noradrénaline lors d'arrêt cardio-respiratoire.

Nous avons pu constater que malgré l'évolution de la profession, les responsabilités endossées par les infirmières ne sont pas encore reconnues et respectées par les politiques fédérales et cantonales et par conséquent, par les institutions de soins. Les revendications des professionnels ont conduit certains pays, tels que la Suisse à légiférer sur cette problématique. Par exemple, l'initiative lancée par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) vise à promouvoir les soins infirmiers. De plus, face au vieillissement de la population et à la recrudescence des maladies chroniques, l'ASI (2011) a présenté les perspectives 2020. Tout d'abord, elle explique que les infirmières sont responsables de toutes les activités de soins. Ils évaluent les besoins du patient à l'aide de l'évaluation clinique et de l'anamnèse, assurent la délégation, la supervision, l'enseignement et le soutien des collaborateurs (p. 20-21). Selon l'ASI, des études auraient récemment démontré que les infirmières et infirmiers ont besoin d'un environnement de travail optimal afin de réduire l'épuisement et le burnout. De ce fait, la qualité de l'environnement de travail serait directement liée au taux de complications et de mortalité chez les patients. Afin de rendre la profession plus attractive, l'ASI recommande des salaires équitables, une plus grande autonomie, la compatibilité entre la vie familiale et la vie professionnelle et la valorisation des activités professionnelles. De plus, la formation professionnelle est capitale. Les politiques doivent garantir une formation de qualité, des spécialisations ainsi que des formations continues pour permettre aux infirmières et infirmiers de répondre adéquatement aux situations en constante évolution (p. 30).

³ Les mots du genre féminin s'appliquent aussi au genre masculin.

Dans son ouvrage intitulé *La socialisation, construction des identités et professionnelles*, l'auteur Claude Dubar nous renseigne sur la dynamique de la socialisation professionnelle et des identités sociales. Le paragraphe suivant pourrait nous apporter quelques éléments de réponse quant au besoin de reconnaissance des pairs.

Toutes les analyses ... permettant de mieux comprendre à travers les bouleversements technologiques, économiques ou politiques, la reproduction des identités de métier insistent sur l'extrême importance de la reconnaissance, à la fois par les pouvoirs publics (l'État) et les populations (les clients), du groupe professionnel de l'identité collective et considéré comme un véritable acteur. Car, pour qu'une identité de métier existe et se reproduise, il faut qu'un groupe professionnel existe dans la société... Mais, pour que cette reconnaissance soit productrice d'identités, il faut qu'existe un espace social au sein duquel des groupes professionnels acquièrent leur légitimité non seulement face aux employeurs mais aussi face à l'État et aux consommateurs. La légitimité des savoirs professionnels exige une forme de reconnaissance transversale que la formation initiale et continue est amenée, de plus en plus, à assurer. (Dubar, 2015, p. 201)

9.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Selon la pyramide des preuves de la Haute Autorité de Santé (2013), les études analysées présentent un « faible niveau de preuve scientifique » (p. 8). En effet, quatre études qualitatives ainsi que l'étude mixte ont été analysées pour cette revue de la littérature. Malgré le fait que les validités internes des études soient discutables, les résultats sont similaires, ce qui laisse penser qu'elles sont fiables. L'unique étude quantitative a révélé une valeur p^* et l'utilisation d'un logiciel a permis d'analyser les données. Cependant, les infirmiers qui prescrivaient illégalement en 2006 ne souhaitaient pas forcément répondre, car cela il s'agissait d'une pratique socialement indésirable. Par conséquent, les résultats sont à prendre avec précaution.

9.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Plusieurs limites sont à prendre en considération dans ce travail. Tout d'abord, cette revue de la littérature n'est pas une revue systématique. De ce fait, seuls six articles ont été analysés. De plus, seules deux bases de données ont été explorées.

La possibilité de lire un article dans son intégralité (*PDF full text*) a été un critère de recherche d'articles, or, d'autres articles pertinents auraient pu être trouvés.

Les études présentées sont essentiellement disciplinaires. Aucune des études analysées n'a été réalisée par des médecins ou des pharmaciens et il aurait été intéressant de connaître leur point de vue.

Enfin, les résultats ne sont pas comparables ni transposables dans la pratique suisse, car la prescription infirmière n'y est pas encore intégrée.

10 Conclusion

Cette revue de la littérature a permis de constater que la formation, le soutien de la part des collègues de travail et de la hiérarchie, les relations professionnelles et les responsabilités constituent des facteurs clés dans la pratique de la prescription infirmière.

10.1 Propositions pour la pratique

Initialement, les pays (Etats-Unis, Angleterre, Pays-Bas) ayant introduit la pratique avancée et réglementé la prescription infirmière avaient pour but de pallier la pénurie de médecins au sein des hôpitaux. Cependant, la diminution constante d'étudiants, le statut des infirmières, les conditions de travail inadaptées, le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation croissante du nombre de personnes vivant avec des comorbidités sont les causes de la pénurie mondiale d'infirmières. Par conséquent, la substitution des médecins par les infirmières peut paraître insensée (Callens et al., 2008, traduction libre, p. 625). En Suisse également, la pénurie d'infirmières est préoccupante. En effet, le nombre de patients pris en soins par les soignantes durant leur horaire de travail est en constante augmentation, tandis que les effectifs diminuent. De ce fait, les responsabilités et la charge de travail plus importante augmentent le risque d'erreur et de burnout. Par conséquent, nous pourrions penser que la prescription infirmière n'est pas la solution adéquate pour remédier aux problèmes actuels dans le domaine de la santé.

Dans le contexte des soins à domicile, il pourrait être bénéfique pour les patients d'introduire la prescription infirmière. En effet, toutes les personnes âgées n'ont pas la possibilité de se déplacer tandis que certains médecins généralistes ne consultent pas à domicile. Les soins à domicile s'étant considérablement développés ces dernières années, les infirmières peuvent aisément rendre visite aux patients et ont une vision holistique des situations. Malgré cela, la complexité des prises en soins requiert de solides connaissances pharmacologiques (pharmacodynamie, pharmacocinétique, toxicologie des produits). En effet, les clients sont souvent atteints de polypathologies et sont polymédiqués. Par conséquent, la prescription sous la forme complémentaire pourrait être une première approche. De cette façon, le médecin fixerait les normes à atteindre et l'infirmière adapterait les ordonnances selon les résultats (par exemple, le schéma des anticoagulants tels que le Sintrom®, mais aussi l'insuline, les antihypertenseurs ou d'autres classes médicamenteuses).

Par ailleurs, d'autres ordonnances non-médicamenteuses sont délivrées par le médecin, or, dans le secteur des soins à domicile, lors de modifications de prise en soins, telles que l'augmentation des fréquences de passage, ces ordonnances pourraient être délivrées par les infirmières. De la même façon, les infirmières indépendantes ont besoin d'ordonnances pour effectuer les soins qu'elles jugent nécessaires chez un patient déjà connu.

Par exemple, elles ne pourront pas prodiguer des soins de plaies jusqu'à ce que l'ordonnance ait été délivrée par le médecin.

10.2 Propositions pour la formation

Si le système de santé suisse venait à envisager d'introduire cette pratique, il serait primordial que la formation soit réorientée afin de permettre aux infirmières souhaitant prescrire d'acquérir les connaissances nécessaires. Par exemple, la mise en place, dans le cadre de la formation, de modules communs avec les étudiants en médecine, en ce qui concerne l'anatomophysiologie, la pathologie et la pharmacologie serait une plus-value. Ensuite, un partenariat entre les médecins et les infirmières qui souhaitent prescrire serait indispensable dans les milieux de soins pour favoriser l'apprentissage. Toutefois, les médecins sont susceptibles de refuser ce mentorat dans le souci de défendre leur identité professionnelle. Enfin, la formation continue périodique assurerait aux infirmières une mise à jour et une intégration des connaissances.

10.3 Propositions pour la recherche

L'importance du soutien des institutions et des professionnels, notamment des médecins a été identifié à plusieurs reprises. Il serait intéressant que des recherches phénoménologiques qualitatives interdisciplinaires soient entreprises afin de connaître le point de vue des différents acteurs de la santé. Ainsi, les médecins, les infirmières, les cadres et les politiques pourraient donner un premier avis quant à l'utilité de l'introduction de la prescription infirmière pour la pratique. Puis, d'après les conclusions de ces premières recherches les facteurs entravant ou facilitant l'implémentation de cette pratique pourraient être explorés à partir de recherches descriptives corrélationnelles.

10.4 Réflexion

Le cursus de base suivi par les étudiants bachelor en soins infirmiers est à parfaire en ce qui concerne l'anatomophysiologie, la pathologie et plus particulièrement la pharmacologie. Ce constat a été rapporté par les praticiens formateurs des différents milieux de soins valaisans.

L'université de Bâle est le seul centre de formation à proposer deux types de master comportant un tronc commun : le master centré sur la recherche (MScSI) et le master centré sur la pratique avancée (ANP). Introduit pour la première fois en 2000, ce dernier donne accès au titre d'infirmière de pratique avancée (Callens et al., 2008, traduction libre, p. 622). Cependant, il ne délivre pas les droits de prescription autorisés dans les autres pays mentionnés précédemment.

Dans le but de prodiguer des soins de qualité, les infirmières de pratique avancée doivent acquérir de nombreuses compétences générales et spécifiques telles que : prodiguer les soins centrés sur le patient ; travailler en interdisciplinarité ; participer à l'amélioration de la qualité des soins ; connaître les technologies de l'information et de la communication et ; intervenir dans le domaine de la santé publique (Callens et al., 2008, traduction libre, p. 624). Les compétences spécifiques incluent : la spécialisation et l'expertise dans un milieu de soins donné, la capacité de mener des consultations, acquérir des compétences en recherche scientifique, faire preuve de leadership, travailler en interdisciplinarité ; respecter la déontologie et soigner en tenant compte des principes éthiques et ; avoir des compétences dans la prise de décisions (Callens et al., 2008, traduction libre, p. 624). Par conséquent, ne serait-il pas prioritaire de renforcer la formation de base et développer le rôle de l'infirmière de pratique avancée au sein des institutions afin de pouvoir de répondre au mieux aux défis de la santé avant d'envisager à autoriser la prescription ?

Enfin, il est important de relever les responsabilités endossées par les infirmières, le manque de reconnaissance et les pressions socioprofessionnelles qui en découlent. La prescription représenterait-elle une opportunité d'accéder à cette reconnaissance sociale tant recherchée par les soignants ? Le fait qu'elles ressentent une telle pression signifierait-il qu'il existe des lacunes dans leurs connaissances qui les empêchent d'assumer les responsabilités en lien avec la prescription ? N'y aurait-il pas un conflit d'intérêt entre la volonté d'être reconnues et la capacité de prodiguer des soins sûrs et adaptés ?

11 Références bibliographiques

- Agres, T., Aiken, L., Bodenheimer, T., Cassidy, A., Dentzer, S., Lott, R., & Schwartz, A. (2012). Health Policy Brief : Nurse Practitioners and Primary Care. *Health Affairs*, 1-4.
- Association suisse des infirmières et infirmiers. *L'ASI prévoit de lancer une initiative populaire*. (12 avril 2016). Accès <http://www.asi-sbk-vs.ch/fr/news/39>
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2011). *Les soins infirmiers en Suisse, perspectives 2020*. Berne : ASI.
- Ball, J. (2009). *Implemeting nurse prescribing*. Geneva : ICN.
- Banicek, J. (2012). Attitudes of postoperative patients towards hospital nurse prescribing. *Nurse prescribing*, 10(12), 612-618. doi : <http://dx.doi.org/10.12968/npre.2012.10.12.612>
- Blanchflower, J., Greene, L., & Thorp, C. (2013). Breaking down the barriers to nurse prescribing. *Nurse prescribing*, 11(1), 44-47.
- Blenkinsopp, A., Gerard, K., Latter, S., Smith, A., & Tinelli, M. (2014). Patients' valuation of the prescribing nurse in primary care : a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 18, 2223-2235. doi : 10.1111/hex.12193
- Buckley, T., Cashin, A., & Fong, J. (2015). Nurse practitioner prescribing : an international perspective. *Nursing : Research and Reviews*, 99-108. doi : <http://dx.doi.org/10.2147/NRR.S56188>
- Bowskill, D., James, V., & Timmons, S. (2012). How do nurse prescribers integrate prescribing in practice : case studies in primary and secondary care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2077-2086. doi : 10.1111/j.1365-2702.2012.04338.x
- Byrne, S., Creedon, R., Kennedy, J., & McCarthy, S. (2015). The impact of nurse prescribing on the clinical setting. *British Journal of Nursing*, 24(17), 878-885. doi : 10.12968/bjon/2015.24.18.878

- Callens, B., Gut, C., de Geest, S., Lindpaintner, L., Moons, P., & Spirig, R. (2008). Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems : a framework for reflection and analysis. *SWISS MED WKLY*, 138(43-44), 621-628.
- Cheraghi, M., Darvishpour, A., & Joolaei, S. (2014). A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, 28(77), 1-12.
URL : <http://mjiri.iums.ac.ir>
- Clarín, O. (2007). Strategies to overcome barriers to effective nurse practitioner and physician collaboration. *The Journal For Nurse Practitioners*, 3(8), 538-548. doi : 10.1016/j.nurpra.2007.05.019
- Cousins, R., & Donnell, C. (2011). Nurse prescribing in general practice : a qualitative study indicates increased job satisfaction and work-related stress. *Family Practice Advance Access*, 1-5. doi : 10.1093/fampra/cmr077
- Daughtry J., & Hayter, M. (2010). A qualitative study of practice nurses' prescribing experiences. *Non-medical prescribing*, 21(6), 310-314.
- Debout, C. (2016). La prescription infirmière [Dossier]. *Revue Soins*, 809, 33-61.
- Dekker, J., Francke, A., Gielen, S., Kroezen, M., & Mistiaen, P. (2013). The effects of nurse prescribing : a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1048-1061. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>
- Dhalivaal, J. (2010). Patients' perspectives on prescribing by nurses in general practice. *Practice Nursing*, 22(1), 41-46.
- v. Dijk, L., Francke, A., Groenewegen, P., & Kroezen, M. (2013). Knowledge claims, jurisdictional control and professional status : the case of nurse prescribing. *PLOS ONE*, 8(10), 1-8. doi : 10.1371/journal.pone.0077279
- v. Dijk, L., Francke, A., Groenewegen, P., & Kroezen, M. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries : a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(127), 1-14.
URL : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/127>

- v. Dijk, L., Francke, A., Groenewegen, P., Kroezen, M., & d. Veer, A. (2014). Changes in nurses's views and practices concerning nurse prescribing between 2006 and 2012 : results from two national surveys. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2550-2561. doi : 10.1111/jan.12404
- Downer, F., & Shepherd, C. (2010). District nurses prescribing as nurse independent prescribers. *British Journal of Community Nursing*, 15(7), 348-352.
- Dubar, C. (2015). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : A. Colin.
- Dubouloz, C. (2017, 17 janvier). Une initiative fédérale pour lutter contre la pénurie de personnel infirmier. *Le temps*. Accès <https://www.letemps.ch/suisse/2017/01/17/une-initiative-federale-lutter-contre-penurie-personnel-infirmier>
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2009). Nurse practitioners and medical practice : opposing forces or complementary contributions ? *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(1), 9-16. doi : 10.1111/j.1744-6163.2009.00195.x
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*, 2^{ème} édition. Montréal : Chenelières Éducation.
- Hartman, S., Hoppe, J., Ironstand, L., Kiss, A., Perkins, N., Pylypchuk, G., Szalai, J., Tobe, S., & Wentworth, J. (2006). Effect of nurse-directed hypertension treatment among First Nations people with existing hypertension and diabetes mellitus : the Diabetes Risk Evaluation and Microalbuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 174(9), 1267-1271. doi : 101503/cmaj.050030
- Haute Autorité de Santé. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique.
- Kelly, A., Neale, J., & Rollings, R. (2010). Barriers to extended nurse prescribing among practice nurses. *Community practitioner*, 83(1), 21-24.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Prescription infirmière – Activités professionnelles visées*. (S.d). Accès http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/2015/oiiq-fiche-1-prescription-infirmiere-activites-visees.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Prescription infirmière – Infirmières et infirmiers visés*. (S.d). Accès http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/2015/oiiq-fiche-2-prescription-infirmiere-professionnels-vises.pdf

Ross, J. (2012). Nurse prescribing in the USA : a nurse prescribing practice report. *Nurse prescribing*, 10(2), 91-99.

Royal College of Nursing. (2012). Nurse prescribing in the UK. *RCN Fact Sheet*, 1-6.

Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based-Medicine)*. Issy-les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson S.A.S.

12 Annexes

Annexe I – Pyramide des preuves

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

Tableau tiré de Haute Autorité de Santé, 2013, p. 8.

Annexe II – Tableaux de recension

v. Dijk, L., Francke, A., Groenewegen, P., Kroezen, M., & d. Veer, A. (2014). Change in nurses' views and practices concerning nurse prescribing between 2006 and 2012 : results from two national surveys. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2550-2561. doi : 10.1111/jan.12404

<p>Type d'étude ou devis</p> <p>Étude quantitative</p> <p>Paradigme</p> <p>Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>IV</p>	<p>Echantillon</p> <p>385 infirmiers ont participé en 2006 et 644 en 2012.</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Les questionnaires ont été envoyés aux membres du Nursing Staff Panel en 2006 et 2012. Le Nursing Staff Panel est un échantillon national des infirmières travaillant dans les plus grandes institutions de soins (hôpitaux, centres psychiatriques, homes pour personnes âgées, soins à domicile, soins pour les personnes en situation de handicap etc...). Il y avait 500 membres du Panel en 2006 et 943 en 2012. Les infirmières (registered nurses) peuvent suivre deux formations différentes pour un même titre. Les auteurs ont choisi de représenter les deux niveaux d'éducation.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion</p> <p>Inclusion : travailler dans une institution hollandaise.</p> <p>Exclusion : infirmières titulaires d'un master en pratique avancée.</p>	<p>But, objectifs</p> <p>Examiner la pratique des infirmières qui prescrivent et leurs opinions par rapport à cette pratique en 2006 et en 2012 aux Pays-Bas.</p> <p>Question de recherche</p> <p>-Est-ce que les infirmiers sont formés de manière adéquate pour prescrire des médicaments ?</p> <p>-A quelle fréquence et dans quelles situations prescrivent-ils des médicaments ?</p> <p>-Quelles sont les opinions des infirmiers en ce qui concerne les conséquences de la prescription infirmière dans la pratique ?</p> <p>Hypothèses</p> <p>1.Les infirmiers se sentent mieux formés en 2012 pour prescrire qu'en 2006</p> <p>2.Le nombre d'infirmiers qui prescrivent illégalement a diminué en 2012 par rapport à 2006.</p> <p>3.Les infirmiers sont plus favorables quant aux conséquences de prescrire dans leur pratique.</p> <p>Variables</p> <p><i>Dépendante</i> : changements dans la pratique</p> <p><i>Indépendante</i> : formation</p>	<p>Concepts</p> <p>Prescription infirmière</p> <p>Opinions des infirmières</p>	<p>Méthode de collecte des données</p> <p>En 2006, les membres du Nursing Staff Panel ont reçu un premier exemplaire du questionnaire par la poste. Des rappels ont été envoyés quatorze et vingt-huit jours. En 2012, les membres du Nursing Staff Panel qui avaient une adresse e-mail enregistrée ont été contactés par ce biais. Ceux qui n'avaient pas répondu après une semaine recevaient le questionnaire par la poste. Pour les personnes n'ayant pas répondu, des rappels ont été envoyés après quatorze et vingt-huit jours. Huit questions dichotomiques ont été posées afin de comprendre à quelle fréquence et de quelle manière prescrivent les infirmières. Les conséquences de la prescription infirmière liées à la pratique ont été évaluées à l'aide de trois items variant de 1 à 5 sur l'échelle de Likert ((1) « totalement en désaccord » à « totalement d'accord » (5)).</p> <p>Ethique</p> <p>Participation volontaire et anonyme.</p>	<p>Méthode d'analyse</p> <p>Le regroupement des personnes interviewées a été contrôlé en utilisant la « stata command vce », qui calcule les erreurs standards.</p> <p>Des analyses descriptives ont été utilisées pour comparer les caractéristiques démographiques des participants de 2006 et 2012. Les différences de pourcentages en rapport avec l'échantillon ont été testées à l'aide de (p < 0.05). Les erreurs standards ont été corrigées en utilisant la régression logistique.</p> <p>Les analyses de sous-groupes ont été effectuées en regroupant les infirmières selon leur secteur de travail.</p> <p>Logiciel statistique</p> <p>STATA version 12.1</p>	<p>Résultats</p> <p>Impression de prescrire de manière adéquate : en 2012, seules 12 % des personnes interrogées pensaient être formées adéquatement pour prescrire. Les raisons évoquées étaient : les connaissances sont insuffisantes (82.8 % ; 77 %), les responsabilités ne sont pas clairement définies (62.2 % ; 61.6 %), la division des tâches entre infirmier et médecin n'est pas clairement définie (41.9 % ; 38 %), le soutien de l'institution est insuffisant (26.2 % ; 40.2 % → p < 0.001), les compétences sont insuffisantes (22.2 % ; 25 %), le manque de temps (10.2 % ; 13.2 %). C'est pourquoi la première l'hypothèse a été rejetée. En conclusion, les infirmiers se sentaient mieux équipés pour prescrire qu'en 2006.</p> <p>Prescrire en pratique : plus d'un quart des infirmiers prescrivent parfois et ce taux a augmenté (27.6 % en 2006 et 29.2 % en 2012 → p = 0.007). En 2006, 17 % et 12.7 % en 2012 (p = 0.041) ont exclusivement prescrit sur ordre du médecin, tandis que 12 % en 2006 et 14.6 % (p = 0.041) ont parfois prescrit de leur propre initiative. Le nombre d'infirmiers qui prescrivaient dans un hôpital ou dans un home pour personnes âgées a diminué par rapport à 2006. En 2012, moins d'infirmiers prescrivent uniquement après un ordre médical. Le nombre d'infirmiers qui prescrivaient illégalement a diminué en 2012, c'est pourquoi les auteurs confirment leur deuxième hypothèse.</p> <p>Opinions quant aux conséquences de la prescription infirmière dans la pratique : le nombre d'infirmiers qui pensaient que le fait de prescrire augmentait la charge de travail est passé de 69 % en 2006 à 53.8 % en 2012 (p = 0.018). Malgré cela, plus de la moitié d'entre eux ressentent plus de pression en lien avec la prescription. En 2012, davantage d'infirmiers concluent que le fait de prescrire rend le travail plus intéressant et offre davantage de possibilités de développer leurs compétences, même si ce n'est pas significatif en pratique. Ces conclusions amènent les auteurs à être partiellement d'accord avec la dernière hypothèse.</p> <p>Conclusion</p> <p>De futures recherches qualitatives sont nécessaires afin comprendre les raisons pour lesquelles certains infirmiers qui ont suivi le cursus pour prescrire trouvent qu'ils n'ont pas les connaissances et les compétences suffisantes. Pour que les infirmiers prescrivent adéquatement, il est important que les programmes d'études correspondent à leurs besoins. De plus, une étude regroupant des infirmiers, des médecins et les directeurs pourrait évaluer les barrières et les éléments facilitant l'introduction de la prescription infirmière.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude</p> <p>Forces : taux de réponses élevé ; échantillon de grande taille.</p> <p>Faiblesses : la notion d'infirmier spécialisé n'existait pas en 2006 ; risque de biais dans les réponses des infirmiers prescrivant illégalement en 2006.</p>
--	---	---	---	--	--	--

Bowskill, D., James, V., & Timmons, S. (2012). How do nurse prescribers integrate prescribing in practice : case studies in primary and secondary care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2077-2086. doi :10.1111/j.1365-2702.2012.04338-x

Type d'étude ou devis	Echantillon	But, objectifs	Concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
Étude qualitative, étude de cas	Vingt-six participants prescrivant depuis sept à vingt-six mois.	Investiguer la manière dont les infirmières ont intégré la prescription dans leur pratique et quels sont les facteurs qui ont favorisé ou empêché le processus.	Prescription infirmière Relations professionnelles Confiance	Les entretiens semi-structurés ont été conduits par le chercheur principal et ont duré entre quarante et soixante minutes. Les données recueillies ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone puis retranscrites en verbatim. Le chercheur a pris des notes à la fin de l'interview qui ont permis de capturer ses impressions, sentiments et observations.	Les données ont initialement été classées en douze thèmes. Lors d'une seconde analyse, les chercheurs ont identifié trois thèmes principaux et deux sous-thèmes.	1. Prescrire en pratique : 81 % des participants prescrivent et 19 % ne prescrivent pas. Les raisons pour lesquelles ils ne souhaitent pas prescrire sont : le changement de poste récent et le peu d'expérience dans le service (n=1), d'autres responsabilités professionnelles (n=2), les difficultés associées à l'utilisation du programme informatique (n=1). Les infirmiers ont une préférence marquée pour la prescription indépendante et ne prescrivent que sous cette forme. Les tâches administratives liées à la prescription complémentaire étaient la raison invoquée pour ne pas prescrire sous cette forme. Prescrire pour les patients : les infirmiers travaillant dans la pratique générale pourraient s'attendre à prescrire un large éventail de médicaments. L'ampleur de l'opportunité de prescrire présente un risque pour eux-mêmes et potentiellement pour leurs patients. De ce fait, ils sont susceptibles de se poser des restrictions. Prescrire selon les besoins : La connaissance du patient et, de son passé médical est fondamentale pour prescrire, d'autant plus lorsque ce dernier est atteint de comorbidités et placé sous polymédication. Cette approche des soins individualisés est utilisée lorsque l'infirmier connaît bien le patient. Deux autres méthodes sont utilisées : les infirmiers spécialisés prescrivent un petit échantillon de médicaments spécifiques pour un petit nombre de situations cliniques ; les infirmiers en soins généraux restreignent leurs prescriptions pour les patients présentant des affections spécifiques ou pour des groupes de patients. 2. Accords de prescription : les médecins et l'équipe infirmière attendent que des limites soient établies concernant la prescription. La prescription infirmière indépendante donne aux infirmiers les mêmes droits de prescription que ceux des médecins. Cependant, certaines institutions ont émis des restrictions quant à cette loi. De ce fait, des différences émergent en fonction des milieux de soins. Par exemple, les infirmiers travaillant en soins primaires se fixent eux-mêmes des limites, alors que les infirmiers en soins secondaires reçoivent annuellement un formulaire dans lequel sont inscrits les médicaments qu'ils sont autorisés à prescrire. Cette pratique est généralement bien acceptée mais peut tout de même être une barrière lors de certaines prises en soins. 3. Relations professionnelles : les relations professionnelles entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire ont été mises en évidence pour la bonne intégration de la prescription. La confiance, notamment entre le médecin et l'infirmier, était considérée comme la plus importante. Par conséquent, lorsque ce n'est pas le cas, l'infirmier ne prescrit pas, comme le témoignent deux participants. Afin de favoriser la création du lien de confiance et le soutien des médecins, certains infirmiers font vérifier leurs ordonnances.
Paradigme Naturaliste	Echantillon-nage Echantillonnage non probabiliste intentionnel, prédisant les similarités et les différences en prenant compte de trois rubriques : rôle, employeur, données cliniques.	Question de recherche Comment les infirmières intègrent-elles la prescription en soins primaires et en soins secondaires ?		Ethique La recherche a été approuvée par le comité d'éthique du South Derbyshire ainsi que par la National Health Service. Les participants ont donné leur consentement et se réservaient le droit de quitter l'étude à tout moment. Les données étaient anonymes.		Conclusion L'intégration est un processus long influencé par les relations professionnelles et entièrement dépendante de la confiance. La recherche met en évidence l'importance des relations professionnelles et du soutien de l'institution afin que les infirmiers puissent développer leur rôle et leurs compétences. Le challenge des infirmières est d'assumer les responsabilités liées à ce nouveau rôle et de se faire accepter par les autres professionnels. Malgré que les infirmières puissent prescrire les mêmes médicaments que les médecins, certaines institutions ont établi un formulaire limité afin de réduire les risques d'erreur pour les infirmières travaillant en soins secondaires.
Niveau de preuve IV	Critères d'inclusion Avoir été diplômé pour prescrire sous la forme indépendante/complémentaire dans une université anglaise entre septembre 2004 et janvier 2007				Logiciel statistique NVivo	Forces et faiblesses de l'étude Faiblesses : petit échantillon qui ne permet pas de tirer des conclusions pour l'entier des infirmières qui prescrivent. Forces : cette recherche démontre que la confiance entre l'infirmière et le médecin est un facteur déterminant pour la bonne intégration de la prescription infirmière.

Kelly, A., Neale, J., & Rollings, R. (2010). Barriers to extended nurse prescribing among practice nurses. *Community Practitioner*, 83(1), 21-24.

Type d'étude ou devis	Echantillon	But, objectifs	Concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
Etude mixte (qualitative et quantitative) à dominance qualitative	-151 femmes -Moyenne d'âge de quarante ans -quatre ans d'expérience minimum	-Identifier le nombre d'infirmières d'un comté qui prescrivent sous la forme complémentaire ou qui envisagent de se former. -Identifier le nombre d'infirmières qualifiées en tant qu'infirmières praticiennes et le nombre d'infirmières qui fournissent les premiers soins pour les maladies mineures.	Prescription infirmière Barrières	Un questionnaire comprenant treize items a été élaboré. Les possibilités de réponses étaient à : cocher parmi des propositions ; répondre par des phrases courtes. A la fin du questionnaire, une question ouverte a été ajoutée pour permettre aux participantes de rajouter ce qu'elles désiraient. Les questionnaires ont été envoyés par la poste. Des rappels ont été envoyés quatre semaines plus tard pour les personnes n'ayant pas répondu.	Les réponses qualitatives ont été codées, puis analysées afin de ressortir des thèmes. Les réponses quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel afin de démontrer des fréquences et des pourcentages. Logiciel statistique Software Package for Social Sciences (SPSS)	Expérience, qualifications, rôles : les répondantes sont des femmes expérimentées. Parmi les infirmières s'occupant de patients atteints de maladies chroniques, 17 % sont qualifiées pour prescrire, 34% ont l'intention d'entreprendre la formation alors que 49 % qui ne l'envisagent pas. Les auteurs ont constaté que l'âge était un facteur important dans la décision de se former ou non. Opinions relatives aux qualifications des infirmières qui prescrivent : les raisons pour lesquelles certaines infirmières ne veulent pas prescrire (n=70) sont les suivantes : trop proches de la retraite (27 %) ; le salaire n'augmenterait pas (17 %) ; ne veulent pas de responsabilités (12 %) ; ne veulent pas étudier (14 %) ; autres raisons, non précisées par les auteurs (30 %). Certaines considèrent qu'elles ne sont pas à un stade de leur carrière où, débiter une formation serait utile. D'autres pensent que le fait de prendre des cours générerait du stress et de l'anxiété. Plusieurs participantes rapportent que leur vie privée ne leur permettrait pas d'étudier car cela demande trop de temps et ne fait pas partie de leurs priorités. De plus, les facteurs externes tels que la famille peuvent contribuer au stress et à l'épuisement. Ces facteurs peuvent compromettre la motivation, l'engagement et la volonté d'endosser de nouveaux rôles et responsabilités. Si les infirmières sont censées développer les connaissances et les compétences nécessaires pour prodiguer les meilleurs soins possibles, les mesures doivent être adaptées, car il y a un manque de soutien évident. Le manque d'intérêt et de soutien des médecins a été identifié comme étant une barrière à la prescription infirmière. De plus, les coûts de la formation ne sont pas pris en charge par certains employeurs et la rémunération est insuffisante. Le manque d'aide financière conduit donc certaines infirmières à renoncer à la formation. Conclusion Malgré le fait que la plupart des infirmières s'occupent de patients dont l'état de santé requiert la production d'ordonnances, 84 % n'ont pas la qualification nécessaire. Cependant, 39 % d'entre elles prévoiraient d'entreprendre la formation. Les raisons qui dissuadent les infirmières sont le manque de soutien et d'aide financière. L'augmentation de l'autonomie et des responsabilités devraient être une raison pour les infirmières d'entreprendre la formation. Cependant, cela ne semble pas être le cas. Forces et faiblesses de l'étude Pas formulées par l'auteur

Daughtry, J., & Hayter, M. (2010). A qualitative study of practice nurses' prescribing experiences. *Non-medical prescribing*, 21(6), 310-314.

Type d'étude ou devis	Echantillon	But, objectifs	Concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
<p>Etude qualitative phénoménologique</p> <p>Paradigme</p> <p>Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>IV</p>	<p>Les infirmières qui prescrivent et travaillent dans les soins primaires dans le nord de l'Angleterre ont été invitées à participer. Elles ont reçu un courrier informatif et devaient prendre contact avec les chercheurs par téléphone afin d'arranger un rendez-vous, si elles souhaitaient participer.</p> <p>Huit personnes ont accepté de participer à l'étude. Toutes sont des femmes.</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Echantillonnage non probabiliste intentionnel</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>-Prescrire</p> <p>-Travailler dans les soins primaires dans le nord de l'Angleterre</p>	<p>Explorer les expériences des infirmières qui prescrivent et en particulier :</p> <p>-l'impact de la prescription sur le rôle ;</p> <p>- les expériences et les ressentis des infirmières qui prescrivent activement dans la pratique.</p> <p>Question de recherche</p> <p>-Quel est l'impact sur le rôle de l'infirmière lorsqu'elle prescrit ?</p> <p>-Quels sont les expériences et les ressentis des infirmières qui prescrivent activement dans les soins généraux ?</p>	<p>Prescription infirmière</p> <p>Expériences</p> <p>Rôles</p> <p>Responsabilités</p>	<p>Des interviews ont été conduites. Les chercheurs se sont basés sur la littérature pour effectuer le questionnaire. Les questions étaient ouvertes, générales pour puis plus spécifiques. La durée de l'interview était flexible mais durait en moyenne quarante-cinq à soixante minutes.</p> <p>Ethique</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local ainsi que par le département de la recherche et du développement. Tous les participants ont signé un consentement de confidentialité et pouvaient se retirer de l'étude à tout moment.</p>	<p>La méthode de Colaizzi propre à la recherche phénoménologique utilise une approche étape par étape pour traduire les données recueillies en thèmes basés sur les expériences des participants.</p> <p>-les descriptions des participants sont écoutées puis relues afin de comprendre les idées exprimées ;</p> <p>-les phénomènes en relation avec l'étude sont mis en évidence ;</p> <p>-le sens des déclarations sont formulées ;</p> <p>-les déclarations sont organisées en thèmes.</p>	<p>Attente des autres professionnels : selon les autres professionnels, le rôle des infirmières n'est pas clairement défini, ce qui a engendré des malentendus. En ce qui concerne la relation avec les médecins, les opinions étaient divisées par rapport à l'expansion des rôles. Certains médecins n'y sont pas favorables, tandis que d'autres sont prêts à travailler en collaboration avec les infirmières et acceptent le changement de la pratique avancée. Par contre, pour certaines infirmières, cela a un coût : une augmentation inéluctable de la charge de travail.</p> <p>Transformation des rôles : pendant les interviews, les participantes ont décrit de quelles façons leur rôle avait changé depuis qu'elles prescrivent. Seule une infirmière a déclaré que sa pratique n'a pas changé depuis qu'elle a commencé à prescrire.</p> <p>Responsabilités : les infirmières ont décrit une certaine appréhension face à la prescription, en rapport avec une pratique sécurisée et responsable. Selon la majorité des participantes, il est impératif de respecter les conseils fournis par la profession infirmière et les organismes appropriés. Toutes étaient conscientes de leurs limites et peu disposées à aller au-delà de leur zone de confort et à risquer de mettre en danger la sécurité des patients.</p> <p>Expériences positives : les participantes rapportent que le fait de prescrire ne rapporte pas des bénéfices uniquement pour elles-mêmes. Les patients recevaient des soins de meilleure qualité en temps utile.</p> <p>Expériences négatives : deux infirmières ont reporté de mauvaises expériences telles que l'augmentation de la charge de travail, beaucoup de séances de formation et de délégation de la part des médecins, ce qui augmente le stress.</p> <p>Conclusion</p> <p>En général, les infirmières qui prescrivent sont bien acceptées par les patients et par la majorité des professionnels de la santé. Il y a tout de même certaines résistances de la part des médecins. Les infirmières de l'étude ont pris confiance et saisi l'opportunité de prescrire. Elles sont conscientes de leurs limites et sont disposées à améliorer leurs compétences et accroître leur autonomie.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude</p> <p>Faiblesses : l'échantillon de petite taille et l'étude ne prend en compte que l'avis des infirmières et non celui des médecins ou des autres professionnels de la santé.</p> <p>Forces : l'étude montre que la prescription infirmière est généralement bien acceptée, malgré les réticences de certains autres professionnels de la santé et le manque de compréhension du rôle de l'infirmière.</p>

Downer F., & Shepherd, C. (2010). District nurses prescribing as nurse independent prescribers. *British Journal of Community Nursing*, 15(7), 348-352.

Type d'étude ou devis	Echantillon	But, objectifs	Concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
Etude qualitative phénoménologique	Huit infirmiers de district qui prescrivent depuis un à cinq ans. Cinq d'entre eux prescrivent depuis quinze mois ou moins.	Explorer les expériences des infirmières de district qui prescrivent couramment de manière indépendante	Prescription infirmière Expériences	Des interviews individuelles ont été menées par le chercheur. Ils ont duré le temps nécessaire à chaque participant de parler de leurs expériences personnelles.	La méthode de Colaizzi propre à la recherche phénoménologique a été utilisée. Les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone puis retranscrites en verbatim. Les soixante déclarations ont été réexaminées pour formuler les significations. Les données ont été classées en thèmes et en sous-thèmes puis ont été comparées aux transcriptions originales.	Trois thèmes ont été identifiés : Les influences sur la prescription infirmière : le manque de soutien des institutions et des pairs a été identifié. Il s'agit d'ailleurs de l'aspect le plus fréquemment mentionné. Ensuite, même lorsqu'il était possible d'obtenir du soutien, il s'avérait insuffisant. En effet, la hiérarchie n'était pas préparée pour offrir le soutien approprié. L'influence des relations professionnelles a également été identifiée. Cinq infirmiers ont exprimé un manque de confiance des pairs en rapport avec leur habilité à prescrire. En ce qui concerne la formation, sept participants ont exprimé avoir certaines préoccupations quant à leur niveau de connaissances pharmacologiques après avoir participé aux cours. Par conséquent, l'éducation et la formation continue sont des facteurs clé pour une pratique sûre. Les infirmiers ont également constaté que plus ils prescrivent, plus ils acquièrent de la confiance par rapport à leurs ordonnances. Bénéfices : la possibilité de gagner du temps pour les patients, pour eux-mêmes et de fournir un service plus transparent sont des avantages. Les infirmiers rapportent que ce rôle augmente l'autonomie et la satisfaction au travail. De plus, la possibilité de prescrire a aidé au développement du rôle d'infirmier de district. Difficultés : l'accès aux données médicales des patients, au dossier infirmier, aux adresses des patients et l'utilisation du système informatique ont été des sources de problèmes pour six participants. En plus de l'augmentation de la charge de travail dû à la formation et au maintien du rôle, les infirmiers disent ne pas avoir été reconnus dans leur rôle et ne pas avoir été davantage rémunérés. Conclusion Dans les domaines où certains mécanismes de soutien sont en place, ceux-ci semblent insuffisants. Il est évident qu'afin que les infirmiers progressent, des possibilités de formations continues doivent être fournies. En plus de cela, une attention particulière doit être accordée à la façon dont les infirmières de district peuvent être soutenues pour enregistrer leurs informations avec précision. Forces et faiblesses de l'étude Faiblesses : petit échantillon, infirmiers travaillant dans un secteur particulier et les résultats sont difficilement transférables.
Paradigme Naturaliste	Echantillonnage Échantillon non probabiliste intentionnel	Question de recherche Quelles sont les expériences des infirmières de district qui prescrivent couramment de manière indépendante ?		Ethique Le comité d'éthique de l'école de santé de Glasgow ainsi que l'Université de Paisley ont donné leur consentement.		
Niveau de preuve IV	Critères d'inclusion -Avoir complété la formation d'infirmière prescriptrice indépendante ; -Prescrire depuis au moins douze mois.					

Cousins, R., & Donnell, C. (2011). Nurse prescribing in general practice : a qualitative study indicates increased job satisfaction and work-related stress. *Family Practice Advance Access*, 1-5.
doi : 10.1093/fampra/cmr077

Type d'étude ou de vis	Echantillon	But, objectifs	Concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
Etude qualitative	Six infirmiers expérimentés dans la prescription indépendante (cinq femmes et un homme).	Investiguer l'impact de prescrire sous la forme indépendante dans la pratique.	Prescription infirmière	Des entretiens individuels semi-structurés de maximum deux heures ont été conduits à leur domicile.	Les données ont été enregistrées puis retranscrites et analysées de manière thématique.	Bénéfices de la pratique : l'autonomie est l'élément central identifié par les participants qui prescrivent de manière indépendante. L'avantage principal de ce nouveau rôle semble être l'augmentation globale de la satisfaction au travail associée à l'autonomie, l'augmentation de l'estime de soi, la confiance, la prise en soins complète des situations complexes.
Paradigme	Echantillonnage	Question de recherche	Prescription indépendante	Trois questions ont été posées : « de quelle façon votre travail a-t-il changé depuis que vous prescrivez ? », « quels sont les avantages », « quels sont les inconvénients, difficultés ? »	Dans un premier temps, les contenus des six interviews ont été codés par les auteurs. Ensuite, les auteurs ont mandaté un chercheur indépendant qui, à son tour, a lu et codé les données. La formule d'Holsti a été utilisée pour vérifier la validité interne de l'étude.	Manque de reconnaissance : les infirmiers qui prescrivent rapportent que les efforts fournis pour atteindre la qualification et l'augmentation des responsabilités assumées ne sont pas reconnus par les institutions et par le gouvernement anglais. De plus, leur salaire n'a pas augmenté, ce qui constitue une barrière.
Naturaliste	Pas d'information	Quels sont les impacts dans la pratique des infirmières de prescrire sous la forme indépendante ?	Satisfaction au travail	Ethique		Augmentation de la charge de travail : elle inclut la prise en charge de situations plus complexes, le besoin de plus de compétences et la nécessité d'avoir une formation continue. Les infirmiers rapportent que le temps de consultation est insuffisant compte tenu des situations complexes et de la pose des diagnostics. Certains participants disent ne pas avoir le temps de finir leur travail à temps. De ce fait, ils se sentent davantage stressés, frustrés, démotivés et dans certains cas, déprimés. La pression engendrée par les médecins, les collègues et les patients est l'aspect le plus fortement relevé par les participants.
Niveau de preuve	Critères d'inclusion		Stress	Les participants ont donné leur consentement quant au partage des données.		Besoin de soutien : le manque de soutien est un problème évoqué par tous les participants. Plusieurs sources ont été identifiées telles que les infirmiers du service, l'équipe médicale ou des corps professionnels tels que le Royal College of Nursing. Les participants se sont montrés particulièrement sensibles au besoin de développement professionnel, car la mise à jour des compétences est essentielle pour la continuité de la qualité des soins.
IV	-Etre qualifié depuis au moins dix ans, -Etre au bénéfice de la qualification de prescription complémentaire/indépendante depuis au moins trois ans.					Conclusion La prescription indépendante augmente la satisfaction au travail grâce à l'autonomie et l'habilité de prendre en charge une situation de manière complète. Le stress engendré par la pression de prescrire, le manque de développement professionnel et de rémunération face aux responsabilités sont vécus comme une injustice. Ces derniers points doivent être pris en considération et améliorés par le gouvernement anglais. Forces et faiblesses de l'étude : Faiblesses : échantillon de petite taille et limité à une seule ville. Forces : selon les auteurs, la richesse des données suffit pour fournir les réponses à la question de recherche de l'étude

Annexe III - Glossaire

En ce qui concerne les définitions, l'auteure s'est principalement basée dans l'ouvrage suivant : Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*, 2^{ème} édition. Montréal : Chenelières Éducation.

Biais de sélection : la population de l'étude ne correspond pas au monde réel, les personnes incluses ne sont pas représentatives de la population générale et/ou de la maladie étudiée, il y a eu auto-sélection (Slim, 2007, p. 16).

Codification : processus par lequel des symboles ou des mots clés sont attribués à des segments de données en vue de former des catégories pour l'analyse qualitative (p. 460).

Comité d'éthique de recherche : groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques (p. 107).

Crédibilité : le critère de crédibilité a rapport à l'exactitude dans la description du phénomène vécu par les participants en fonction de la réalité interprétée (p. 284).

Confirmabilité : le critère de confirmabilité réfère à l'objectivité dans les données et leur interprétation (p. 285).

Echantillon : sous-ensemble d'une population choisie pour participer à une étude (p. 226).

Echantillon représentatif : échantillon qui, en raison de ses caractéristiques, peut se substituer à l'ensemble de la population cible (p. 227).

Echantillonnage : processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p. 224).

Echantillonnage aléatoire simple : méthode d'échantillonnage probabiliste qui donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon (p. 229).

Echantillonnage intentionnel (par choix raisonné) : méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude (p. 235).

Echantillonnage non probabiliste : méthode qui consiste à prélever un échantillon de façon arbitraire. Plusieurs techniques sont employées (p. 233).

Echantillonnage probabiliste : méthode qui fait appel au hasard afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour former l'échantillon. Plusieurs techniques sont utilisées (p. 227).

Echelle de Likert : échelle additive constituée d'une série d'énoncés pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (p. 439).

Entrevue semi-dirigée : interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant (p. 428).

Erreur standard (erreur type) : plus la taille de l'échantillon est grande, plus l'erreur type est réduite. L'erreur type sert à calculer l'intervalle de confiance (Slim, 2007, p. 44).

Etude de cas : examen détaillé et approfondi d'un phénomène lié à une entité sociale (personne, famille) (p. 35).

Fidélité : constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure (p. 405).

Fidélité interjuges : degré auquel deux observateurs ou plus obtiennent les mêmes résultats sur le même événement observé (p. 406).

Hypothèse : énoncé de relations anticipées entre des variables. L'hypothèse établit un lien d'association ou de causalité entre des variables et fait l'objet d'une vérification empirique (p. 44).

Méthode de recherche mixte : méthodologie combinant ou associant des méthodes qualitatives et quantitatives dans une même étude afin de répondre de façon optimale à une question de recherche (p. 372).

Paradigme : conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (p. 25).

Paradigme naturaliste : paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit sur les perceptions individuelles, qui peuvent changer avec le temps (p. 25).

Postpositivisme : vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les informations sont faillibles et susceptibles d'erreurs (p. 25).

Recherche descriptive quantitative : recherche qui vise à fournir un portrait détaillé des caractéristiques de personnes, d'événements ou de populations (p. 32).

Recherche phénoménologique : recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes (p. 35).

Recherche qualitative : recherche qui met l'accent sur la compréhension, et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (p. 30).

Recherche quantitative : recherche qui met l'accent sur la description, l'explication et la prédiction, et qui repose sur la mesure des phénomènes et l'analyse des données numériques (p. 29).

Régression logistique : il s'agit d'une analyse multivariée où la principale variable à expliquer est binaire (ou dichotomique) (Slim, 2007, p. 100).

Saturation des données : la saturation théorique est atteinte quand le chercheur n'obtient plus d'information nouvelle et qu'il y a redondance avec les données déjà recueillies (p. 279).

Statistiquement significatif : ce terme signifie que la différence observée est suffisamment importante par rapport aux fluctuations aléatoires, c'est-à-dire que le résultat n'est pas attribué au hasard (Slim, 2007, p. 113).

Source primaire : description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même (p. 138).

Transférabilité : le critère de transférabilité a rapport à l'application éventuelle des conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires (p. 285).

Triangulation : méthode de vérification des données utilisant plusieurs sources d'information et plusieurs méthodes de collecte des données (p. 31).

Statistique Kappa : facteur de correction pour les mesures de pourcentage d'accord de la fidélité en tenant compte de l'effet potentiel des accords obtenus par chance (p. 407).

Valeur p : le terme statistiquement significatif est généralement ... associé à une différence pour laquelle la valeur p est inférieure à 0.05. Cela veut dire qu'il y a moins de cinq chances sur 100 que la différence soit due au hasard (Slim, 2007, p. 113).

Validité interne : elle est évoquée lorsque les résultats de l'étude peuvent être rapportés au seul effet de l'intervention évaluée et ne sont pas en rapport avec l'instrument de mesure, à des biais dans le protocole de recherche ou à d'autres facteurs extérieurs. La validité interne signifie donc que le résultat de l'étude représente la réalité (Slim, 2007, p. 123).

Validité externe : elle renseigne sur la « généralisabilité » des résultats de l'étude. Elle nécessite que le résultat soit confirmé par au moins une autre étude, ou par une méta-analyse sans hétérogénéité, ou bien avec cohérence avec les données fondamentales prouvées (biologiques, épidémiologiques, physiopathologiques) (Slim, 2007, p. 123).

Variable : caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (p. 40).

Variable dépendante : variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci (p. 41).

Variable indépendante : variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière (p. 40).