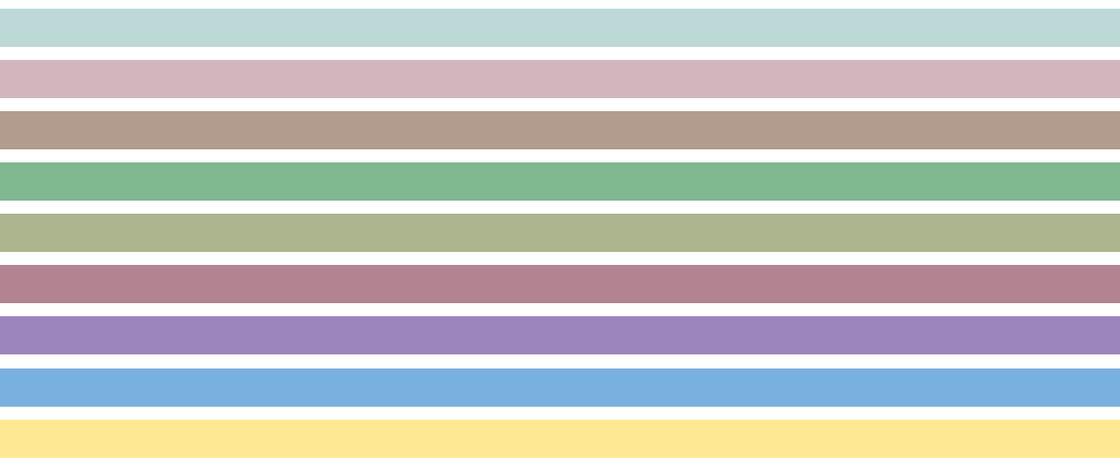




Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association suisse Pour les Sciences Infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)



VFP / APSI UPDATE
Edition automne 2016

Big Data – Big Nursing?!



Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)

AKAD. FACHGESELLSCHAFT AKUTPFLEGE

Le 24 novembre 2016 se déroulera une manifestation de la société scientifique Soins aigus, manifestation organisée en collaboration avec l'Association Suisse pour les Sciences Infirmières APSI. Nous vous invitons cordialement à participer à ce colloque.

Date: 24.11.2016

Heure: 08.30 – 16.30

Lieu: Careum, Aarau

Prix: 220 CHF par personne

Inscription: Jusqu'au 31.10.2016

www.vfp-apsi.ch

Avec de nombreux intervenant/e/s comme Dr Alexandra Bernhart-Just, Yvonne Cavalli, Fritz Frauenfelder, Beatrice Gehri, Jürgen Georg, Prof. Dr Ernst Hafen, Dr Christian Heering, Prof. Dr Maria Müller Staub, Matthias Odenbreit, Adrian Schmid, Prof. Dr Michael Simon, Prof. Dr Wolter Paans.



Soins infirmiers et politique – Bien connaître le rôle de l’experte en soins APN

**Chers membres de l’APSI,
chères lectrices, chers lecteurs,**

La Loi sur les professions de la santé a été adoptée après une seconde audience au Conseil des Etats. Il y a maintenant trois mois de délai pour un référendum et il est prévu l’année prochaine de commencer la rédaction de l’ordonnance. Tout ceci va demander du temps jusqu’à son entrée en vigueur. Cette loi est globalement un très bon résultat, surtout en raison du fait que les élections de l’automne 2015 ont désigné un Conseil National plus conservateur, qui ne s’accorde souvent pas quand il s’agit du domaine des soins. L’APSI peut être fière que sa participation intensive au développement du texte de loi ait permis que le rôle de l’experte en soins infirmiers APN soit discuté, ne serait-ce que durant une brève période, en tant qu’option dans la loi.

Autre point nettement moins réjouissant cette fois, le fait qu’après cinq ans de travail intensif l’«Initiative parlementaire pour la reconnaissance légale de la responsabilité des soins infirmiers» a été purement et simplement rejetée au Conseil national, et ce, bien que l’initiative de l’ancien conseiller national Joder ait connu un parcours pour le moins réjouissant jusqu’en automne 2015. Le Comité de l’APSI approuve le lancement d’une initiative populaire par l’ASI et y collaborera activement. Toutes les soignantes et les



soignants sont sollicités pour la récolte des signatures. Nous avons besoin des voix de toutes et tous.

Que pouvons-nous entreprendre maintenant pour le rôle de l’APN? La question que l’on ne cesse de poser à ce propos est la suivante: que fait l’experte en soins APN? Cette question est posée aussi bien par les soignantes et les soignants, par les cadres dans les hôpitaux ou les établissements médico-sociaux, les collaborateurs de la Confédération ainsi que, cela va de soi, par les politiciens eux-mêmes. Cela signifie que nous devons mieux faire connaître le rôle de l’APN. Nous devons définir ce que sont son rôle, ses compétences et le bénéfice qu’elle représente, afin de montrer où et comment l’experte en soins APN peut être affectée. Si nous le montrons de manière claire et que nous étayons notre démonstration avec des résultats de recherches spécifiques, alors nous aurons des arguments qui ne pourront pas être contestés. On pourra également montrer de cette façon que la recherche en soins infirmiers est nécessaire pour continuer à développer la pratique infirmière, que ce soit dans des domaines techniques déjà très

développés ou pour les nouveaux rôles APN, dont trois exemples seront présentés dans ce cahier. Ces derniers montrent que les tâches, la spécialisation, la collaboration et d'autres compétences clés de l'APN sont vécues à travers différentes variantes. En Suisse, nous en sommes encore au stade du développement de ce rôle, autrement dit dans la phase pionnière, ce qui exige beaucoup de flexibilité et de créativité de la part des professionnelles concernées.

Il ne suffit évidemment pas de décrire ici le rôle de l'APN, nous devons en effet toutes et tous porter ce thème dans le grand public, que ce soit dans nos institutions et organisations, autrement dit dans notre environnement professionnel, ou dans notre domaine privé, sans oublier les politiciennes et les politiciens auprès de qui nous devons diffuser notre message. On utilisera pour ce faire, d'une part, nos contacts privés et, d'autre part, l'APSI elle-

même ainsi que d'autres sociétés et organisations. Les descriptions des divers rôles APN publiés sur notre homepage montrent différents profils APN. On pourrait également envisager d'offrir aux politiciens une sorte de travail d'accompagnement ou de faire connaître le champ professionnel de l'APN par le biais de séquences filmées.

En résumé, nous avons besoin de diverses actions et de l'engagement résolu de nos membres pour que les intérêts des soins infirmiers soient clairement perçus par le grand public et, plus tard, ancrés dans la loi, et ce, que ce soit pour l'initiative visant à la reconnaissance légale de la responsabilité des soins infirmiers ou pour le futur ancrage de l'experte en soins APN. En d'autres termes, après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les professions de la santé, il faudra s'attaquer à sa prochaine révision!

*Ursula Wiesli,
membre du comité de l'APSI*

Advanced Practice Nurse (APN) in Onkologie

Sandy Decosterd, Infirmière spécialiste clinique en oncologie, MScSI. Direction des soins, HUG sandy.decosterd@hcuge.ch

Contexte

Aux HUG les postes d'infirmières spécialistes cliniques (ISC) sont des postes transverses, rattachés hiérarchiquement à la Direction des soins. Dans la pratique, les trois sphères d'influence des ISC sont les patients et proches, les équipes soignantes et l'institution (Lewandowski & Adamle, 2009). La définition des compétences clés des infirmières spécialistes cliniques aux HUG a été construite sur les cinq dimensions du modèle proposé par Diane Morin (Morin D., 2013) et fait l'objet d'un document permettant de communiquer sur le rôle d'expert et les savoirs qui lui sont liés (HUG, 2013). La possibilité déployée en Suisse romande par l'IUFERS (Institut Universitaire de Formation et de recherche en Soins) d'accomplir un master en sciences infirmières a permis de compléter ce profil de compétences par un souhaitable degré académique, pour soutenir le développement de la science infirmière dans l'institution et étoffer les rôles cadres d'un ancrage plus fort dans la discipline infirmière.

Développements professionnels

Le domaine de l'oncologie, par l'évolution exponentielle des thérapies ces dernières années, l'incidence de la maladie qui augmente, la chronicisation des parcours de soins (NICER, 2016) et la double expertise technique et relationnelle nécessaire, est un terrain particulièrement fertile au développement d'interventions pour une infirmière de pratique avancée.



Le rôle premier est celui d'expert clinique déployé lors des soins directs aux patients. D'autres rôles moins visibles sont néanmoins essentiels, dont voici quelques exemples. Le rôle de veille de l'évolution des soins est important et multifocal. Il consiste à repérer les développements de nouvelles technologies, les nouveaux traitements, l'évolution des besoins en soins de la population concernée par le cancer, ainsi que d'être attentive à l'expression de ces problématiques par les patients et les soignants. L'ISC analyse ensuite l'impact de ces changements pour les soins infirmiers et évalue par anticipation le développement ou l'ajustement de nouveaux modèles de soins. Elle participe à l'élaboration de procédures de soins en interprofessionnalité et définit le cadre de la pratique avec l'ensemble des partenaires impliqués dans les soins aux patients. Elle développe la formation nécessaire au niveau institutionnel, départemental ou d'un service de soins. Ainsi, récemment une formation sur les interventions de soins attendues auprès des patients sous immunothérapies a été proposée aux infirmières des services d'oncologie. Les modalités d'actions de ces médicaments ciblent des processus de l'immunité et la gestion de leurs effets secondaires est primordiale. Les soins et

surveillances sont différents de ceux connus jusqu'ici pour les chimiothérapies et thérapies ciblées.

Un autre exemple de ces ajustements concerne l'utilisation fréquente des approches complémentaires par les patients oncologiques, puisque selon une étude suisse, 40–80% des patients y auraient recours (Schlaeppli, 2012). Comment ajuster les interventions de soins lorsque le patient fait face au pluralisme médical (Durisch Gauthier, Rossi, Stolz, 2007)? La nécessité de sensibiliser les infirmières en oncologie a mené à la mise en place d'un atelier-formation dans chaque équipe, durant lequel des fondements théoriques, données probantes, recommandations pour la pratique, outils à disposition des équipes ont été abordés. Des exemples de demandes de patients et proches ont été partagés. De plus, les approches complémentaires ont été introduites dans le document destiné aux patients Mieux vivre les traitements contre le cancer : informations et conseils pratiques (HUG, 2015).

La collaboration et l'interprofessionnalité sont également un des enjeux importants de la pratique avancée. L'ancien modèle de travail en silos des multiples professionnels gravitant autour du patient ne répond plus aux besoins en soins complexes ni à l'intensité des besoins en soins lors de séjours raccourcis des patients (Mick, 2008). Pour exemple, depuis 2014, une ISC en oncologie a donné l'impulsion à la formation d'un groupe de physiothérapeutes référents pour l'oncologie et s'associe à leurs travaux. Les physiothérapeutes ont mis en évidence leur besoin de connaître les données probantes et de s'approprier ces savoirs pour proposer des interventions de soins en accord avec les recommandations de bonne pratique. Le document Activité

physique et cancer : recommandations pour la pratique des physiothérapeutes, interne à l'institution a été créé. Dans ce document sont décrits les bénéfices d'une activité physique maintenue à tous les stades de la maladie, de l'annonce diagnostique aux soins palliatifs ou à la réadaptation, ainsi qu'auprès de toutes les populations de patients cancéreux. Il présente également les contre-indications au maintien d'une activité physique ou les facteurs motivationnels nécessaires lors du conseil. Ce document produit un conseil adapté, cohérent en interdisciplinarité et basé sur les données probantes. Il soutient également le développement d'une offre de cours d'activité physique adaptée pour les patients oncologiques au sein des HUG dès le 1^{er} septembre 2016.

Coaching des soignants

L'un des aspects essentiels du développement professionnel en oncologie a trait à la possibilité de travailler sur les besoins personnels des collaborateurs pour répondre aux besoins en soins des patients. Si les évolutions technologiques et médicamenteuses trouvent un transfert relativement aisé au travers de cours ou ateliers d'échange sur la pratique, les compétences relationnelles et la posture professionnelle nécessitent un cadre différent, permettant à l'infirmière d'exprimer des ressentis et émotions qui ne peuvent toujours émerger en groupe. En ce sens, des rencontres individuelles sont proposées durant lesquelles l'infirmière choisit d'amener une/des situation/s de soins difficile/s. Ces rencontres ont permis de faire émerger des problématiques en lien avec les valeurs morales, la posture infirmière, les compétences relationnelles face à des sujets difficiles comme la mort ou le retrait thérapeutique. L'ISC

offre un moment de réflexion sur la pratique et amène des apports théoriques pour éclairer la situation, à l'aide d'une théorie de soins, de l'éthique clinique, de techniques de communication telle la relation d'aide ou l'entretien motivationnel par exemple. L'échange permet à l'infirmière de faire le lien avec ce qui guide sa pratique et acquiert des outils. Des articles en rapport peuvent compléter ce moment. C'est l'opportunité pour le professionnel de construire sa compétence avec une pratique réflexive accompagnée et appuyée sur des savoirs. En fin de rencontre, l'infirmière choisit d'engager un changement dans sa pratique selon sa sensibilité et ses objectifs personnels, en cohérence avec les soins infirmiers en oncologie. Lors de la rencontre suivante, les premières minutes sont consacrées à son autoévaluation. Cette forme de coaching s'adresse aussi aux aides-soignantes ou aides en soins et accompagnement.

Conclusion

Le rôle d'une ISC en oncologie dans un poste transversal associant soins directs, développement de projets et pratique de coaching aux collaborateurs apporte une cohérence dans l'offre en soins, les connaissances et les compétences des soignants.

Références

Durisch Gauthier, N., Rossi, I., Stolz, J. (2007). *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*. Genève: Labor et Fides.

HUG. (2013). Infirmière spécialiste clinique aux HUG: quelle vision en 2020 ? Retrieved July 21, 2016, from http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/images/isc2020_plaquette.pdf

HUG. (2015). Mieux vivre avec le cancer: Informations et conseils pratiques. Retrieved July 24th, 2016, from <http://www.hug-ge.ch/oncologie/fiches-pour-mieux-vivre-avec-cancer>

Lewandowski, W., Adamle, K. (2009). Substantive areas of clinical nurse specialist practice: a comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Spec*, 23(2), 73–90; quiz 91–72. doi: 10.1097/NUR.0b013e31819971do

Mick, J. (2008). Factors affecting the evolution of oncology nursing care. *Clin J Oncol Nurs*, 12(2), 307–313. doi: 10.1188/08.CJON.307–313

Morin D., Ramelet A.-S., Shaha M. (2013). Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée. *Rech Soins Infirm*, 115, 49–58.

NICER. (2016). Le cancer en Suisse, rapport 2015. Etat des lieux et évolutions. Neuchâtel: National Institution for Cancer Epidemiology and Registration.

Schlaeppli, M. (2012). Centre de médecine intégrative à l'hôpital de St-Gall. *Primary Care*, 16(12), 317–318.

Cybersanté et Advanced Practice Wound Care Nursing – une utopie?

Prof. Dr Sebastian Probst, Professeur spécialiste des plaies et de la cicatrisation, Responsable du pôle cicatrisation et plaie, Haute école de santé, HES-SO Genève, 47, Avenue de Champel, 1206 Genève



Les soins aux patients atteints de plaies chroniques sont aussi exigeants que complexes, et requièrent l'expertise d'une équipe soignante multidisciplinaire. Les Advanced Practice Wound Care Nurses (APWCN) ont bénéficié du développement

technique de ces dernières années pour élaborer des programmes de cybersanté. C'est ainsi qu'a été développé un programme de cybersanté «plaies», qui a le potentiel d'aider aussi bien les patients que le personnel soignant lors du traitement des plaies. L'Advanced Practice Wound Care Nurse (APWCN) a joué un rôle clé dans le cadre de ce programme. Sa tâche consiste à identifier la situation complexe du patient, à reconnaître en amont les éventuelles complications et à introduire et à coordonner des mesures préventives ou thérapeutiques ad hoc dans le cadre de la gestion des cas.

Les plaies chroniques représentent un problème pour les systèmes de soins de santé. On estime que 1,5% de la population des pays industrialisés développent une fois dans leur vie une ou plusieurs plaies chroniques (Posnett, Gottrup, Lundgren, & Saal, 2009). En Suisse, avec une population de 8,2 millions, ce sont donc environ 123'600 personnes qui en souffrent (Office fédéral de la statistique (OFS), 2014). Prodiger des soins aux patients souffrant de plaies chroniques est une tâche très complexe étant donné que 76% de ces derniers présentent une ou plusieurs comorbidités, comme le diabète ou l'hypertension (Probst et al., 2014).

Le traitement de ces patients est non seulement exigeant et complexe, mais également coûteux. En Europe, les coûts des soins des plaies chroniques sont estimés à 4% du budget de la santé (Posnett et al., 2009; Vowden, Vowden, & Posnett, 2009). En Suisse, dont le budget annuel de la santé se monte à 70 milliards de francs (OFS, 2015), ces coûts s'élèvent à environ 2,4 milliards de francs. Compte tenu de ces coûts élevés, les stratégies de soin des plaies et

les traitements doivent être revus, et examinés sous l'angle de leur efficacité/efficience ainsi que de leur rentabilité. Une des approches envisageables est la prévention des complications, respectivement leur détection précoce. Si les soignants prévoient en amont déjà les complications potentielles comme une récurrence et qu'ils introduisent sans tarder les mesures préventives et thérapeutiques qui s'imposent, on pourrait réduire d'une part la morbidité des patients et, d'autre part, les coûts (Moore et al., 2015). Ceci présuppose toutefois une communication efficace et rapide entre les patients et l'ensemble de l'équipe en charge du traitement. Les nouvelles technologies de l'information (TI) pourraient être utiles dans ce contexte, technologies qui sont par ailleurs déjà devenues une routine dans d'autres domaines du système de soins de santé (Moore et al., 2015; Saner, 2013).

Les APNs, qui sont spécialisées dans les soins des plaies, auront à disposition à l'avenir d'un certain nombre de solutions TI pour la cybersanté et l'échange sécurisé des données, qui seront développés pour des institutions sanitaires (Moore et al., 2015). La cybersanté en complément des soins de santé conventionnels, recèle le potentiel pour optimiser la qualité des soins des patients souffrant de plaies chroniques et est une option pour les patients et le personnel de santé en particulier, compte tenu du fait que la plupart des plaies sont soignées au domicile des patients (Probst et al., 2014).

La chaire des soins de plaies de la Haute Ecole de santé de Genève a, en collaboration avec des représentants de la pratique clinique des organisations partenaires, développé et examiné un programme de soins de plaies de type cybersanté. Cette colla-

laboration présuppose qu'il y ait consensus entre toutes les parties concernées des organisations de santé dans le canton de Genève. L'APWCN joue un rôle clé dans ce nouveau programme de cybersanté. Elle est d'une part active dans les soins directs, mais également en tant que coordinatrice, gestionnaire de cas et coach au sein de l'équipe interdisciplinaire. Les demandes et les consultations au sein de l'équipe sont traitées et gérées par l'APWCN. Pour la communication, on utilise un «Standardized Nursing Language» (SNL) pour les *outcomes* et les interventions qui en découlent, langage qui s'aligne sur les terminologies NIC, NOC et NANDA (Johnson et al, 2012). L'APWCN peut, grâce à ce programme de cybersanté transmettre dans l'équipe interdisciplinaire, rapidement et de manière ciblée, toutes les informations utiles concernant les plaies. Le grand avantage de cette transmission rapide d'informations comme les diagnostics infirmiers, les interventions infirmières, les résultats de laboratoire, les radiographies, les rapports médicaux ou encore les prescriptions réside dans le fait que l'on évite les doublons, les retards et les déficits d'informations. L'APWCN apporte ainsi une contribution déterminante pour éviter non seulement les complications mais également les erreurs possibles. De plus, les données enregistrées peuvent être utilisées à des fins d'évaluation, de recherche et de formation. Nous nous attendons à ce que les *outcomes* pour les patients soient améliorés grâce à l'utilisation de ce programme de cybersanté, ce qui ne peut qu'être bénéfique pour les patients et leurs proches, sans oublier pour le système de santé lui-même.

Le programme de cybersanté dans les soins de plaies est le premier programme en

Suisse francophone qui a été développé et testé par la pratique pour la pratique. Ce programme va maintenant être développé en permanence et testé en parallèle. L'engagement des APNs dans les soins de plaies et l'utilisation de SNL scientifiquement fondées représente l'une des nombreuses possibilités d'engagement des APNs.

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2012). *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions* (3 ed.). Maryland Heights: Elsevier Mosby.

Moore, Z., Angel, D., Bjerregaard, J., O'Connor, T., McGuinness, W., Kröger, K., Bonnet Yderstraede, K. (2015). eHealth in wound care – overview and key issues to consider before implementation. *J Wound Care*, 24(5), S1–S44.

Posnett, J., Gottrup, F., Lundgren, H., & Saal, G. (2009). The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care*, 18(4), 154–161. doi:10.12968/jowc.2009.18.4.41607

Probst, S., Seppänen, S., Gerber, V., Hopkins, A., Rimdeika, R., & Gethin, G. (2014). EWMA Document: Home Care-Wound Care: Overview, Challenges and Perspectives. *J Wound Care*, 23 Suppl 5a, S1-S41.

Saner, H. (2013). eHealth and telemedicine: current situation and future challenges. *Eur J Prev Cardiol*, 20(2 Suppl), 1–2. doi:10.1177/2047487313487483

Swiss Federal Statistical Office. (2014). Population – Key figures. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/01/01/key.html>

Bundesamt für Statistik. (2015). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2013. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=10461>

Vowden, K., Vowden, P., & Posnett, J. (2009). The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. *J Wound Care*, 18(3), 93–94, 96–98, 100 passim. doi:10.12968/jowc.2009.18.3.39814



Wissen schaf(f)t Zukunft

CAS Clinical Research Coordinator

Dieser und weitere zielorientierte CAS-, DAS- und MAS-Studiengänge und Fachkurse vermitteln neue Erkenntnisse und praxisnahes Wissen. Alle Weiterbildungsangebote der untenstehenden Studienrichtungen finden Sie auf unserer Website.

- Spezialisierte Pflege
- Management im Gesundheitswesen
- Psychische Gesundheit und Krankheit
- Wissenschaft im Praxisalltag

Telefon: +41 31 848 44 44
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch

gesundheits.bfh.ch/weiterbildung

Experte en soins APN dans le cabinet du médecin de famille

Corinne Steinbrüchel-Boesch (MscN, RN),
experte en soins APN
Hôpital universitaire de Zurich,
Rämistrasse 100, 8091 Zurich

La définition de son propre rôle est un défi aussi puissant que passionnant pour une APN, étant donné que l'Advanced Practice Nursing (APN) est un concept général et que chaque rôle doit d'abord être défini en détail [1]. La plupart des rôles APN se situent, selon les besoins de couverture sanitaire de leurs settings, dans le continuum entre les deux pôles que sont la Clinical Nurse Specialist (CNS) et la Nurse Practitioner (NP)[2]. Des modèles de développement de rôle, comme le modèle PEPPA proposé par Bryant-Lukosius & DiCenso offrent une aide précieuse dans ce contexte [3]. Un rôle APN ne saurait être efficace à long terme que s'il est défini en collaboration étroite avec les milieux impliqués et concernés au premier chef. Si l'on prend le cabinet du médecin de famille, il s'agira en premier lieu des médecins de famille eux-mêmes avec lesquels les tâches et les compétences doivent être réglées afin que la collaboration fonctionne et que le traitement commun du patient soit efficace (on renonce pour des raisons de lisibilité à mentionner à chaque fois les deux sexes). Ceci signifie que les médecins de famille puissent se faire une idée des compétences d'une APN. Des modèles internationaux efficaces, venus pour l'essentiel du monde anglo-saxon, offrent une certaine orientation, mais l'on tiendra compte du fait que notre système de santé se distingue sur de nombreux aspects des leurs et que les modèles proposés doivent donc être repris avec toutes les précautions requises [4-6].

Il n'existe que peu d'expériences faites avec des APN en Suisse, notamment dans la couverture de base comme par exemple les projets «Leben mit Langzeiterkrankung» (Leila) [7, 8] et Spitex Plus [9, 10] ou encore la description des rôles APN dans le centre médical Schüpfen [11]. Ceci montre que l'APN s'occupe d'un domaine qui se recoupe avec celui du médecin, mais elle assume également des tâches qui ne pouvaient jusqu'ici être accomplies que de manière insuffisante. Ceci concerne par exemple les effets d'une maladie sur le quotidien d'un patient, la mise en œuvre de thérapies prescrites ou encore les changements dans le comportement face à la santé. En Suisse, nous avons besoin d'intervenants courageux qui reconnaissent les avantages d'une APN et qui soutiennent son affectation malgré une réglementation lacunaire de leurs compétences et des possibilités de financement [12, 13].

J'ai suivi un stage dans le cabinet d'urgences mediX à Zurich dans le cadre de la filière de formation ANP-Plus de l'Institut pour les sciences infirmières de Bâle [14]. J'ai eu la chance de constater que le profil de l'APN n'y était pas inconnu et que l'on m'a proposé dans la foulée un poste d'APN dans le cabinet communautaire mediX qui venait de s'ouvrir à Zürich-Altstetten. Le rôle que j'y joue est encore au stade du développement, mais se compose d'ores et déjà de quatre domaines d'activités généraux, que je vais décrire ci-après. Ce rôle tend plutôt vers les NP si l'on se réfère au continuum mentionné plus haut.

Urgences/Tri/Suivi

Les patients se rendent souvent chez leur médecin pour de petits maux. Le défi est toutefois qu'il faut exclure une maladie sérieuse. Lorsqu'un patient arrive en urgence,

j'effectue une anamnèse ciblée de l'affection dont il souffre et l'enregistre dans ses grandes lignes. J'effectue ensuite un examen corporel et pose un diagnostic différencié. Au terme de mes examens, je discute avec le médecin de famille afin de savoir s'il est nécessaire de prendre d'autres mesures diagnostiques et définis avec lui la suite de la procédure. Nous disposons de beaucoup de lignes directrices dans notre cabinet, lignes sur lesquelles je peux me baser. Il est par exemple possible de traiter rapidement une infection urinaire, une gastroentérite ou encore une angine à streptocoque. Si le diagnostic n'est pas clair, le médecin ausculte le patient à son tour et définit d'autres mesures diagnostiques ou son renvoi chez un spécialiste et/ou à l'hôpital.

Chronic Care Management, auto-management

Jusqu'ici, j'ai surtout, dans le cadre du Chronic Care Management, traité des patients qui souffrent d'insuffisance cardiaque, de COPD ou de diabète. Un patient multimorbide est par exemple venu au cabinet avec une insuffisance cardiaque marquée suite à une infection. Le médecin a traité l'infection, augmenté provisoirement les diurétiques et adapté l'anticoagulant oral. Il me l'a confié ensuite afin que je contrôle l'évolution jusqu'à ce qu'il soit à nouveau stabilisé. Ma tâche était également l'examiner après l'anamnèse, d'interpréter les valeurs de laboratoire et de décider s'il fallait également adapter les médicaments. Etant donné que le patient prévoyait également de faire un voyage de loisirs, j'ai discuté avec lui de ce qu'il pouvait contrôler lui-même, quels étaient les signes d'alerte et quand il fallait envisager un traitement.

Chez une patiente avec un diabète de type II, de l'hypertension artérielle, de l'obésité et des douleurs dorsales diffuses, le médecin de famille vérifie les valeurs de la pression sanguine. Au cours de la première consultation, à laquelle participait la petite-fille de la patiente qui assurait la traduction, il s'est avéré que ce n'était pas seulement la langue qui était un problème, mais également que la patiente était analphabète. Cette femme qui vit seule n'était en effet pas en mesure de lire et donc de noter les valeurs de la pression sanguine. J'ai évalué avec elle son niveau de connaissance concernant le diabète, l'alimentation et la prise de médicament, et nous avons trouvé ensemble un moyen de contrôler régulièrement la pression et de pratiquer des activités physiques. Cette patiente, qui était au début plutôt méfiante, est revenue au cabinet avec un grand sourire et sa liste de valeurs de la pression nous disant qu'elle n'avait pratiquement plus de douleurs depuis qu'elle bougeait plus.

Coordination

Les patients souffrant de plusieurs maladies sont en général traités dans plusieurs sites différents. La tâche du cabinet du médecin de famille est également de coordonner les différentes thérapies appliquées. Une patiente multimorbide avec une légère tendance à développer une démence était récemment en traitement chez l'un de nos médecins de famille. La patiente ne savait plus décrire les différentes consultations médicales qu'elle avait suivies et ne pouvait pas indiquer avec précision avec qui elle avait convenu les prochains contrôles. Nous voulions clarifier en outre si elle courait un danger quelconque à continuer à vivre seule. Une visite à son domicile nous a permis d'y voir plus clair.

Son appartement ne présentait pas de grands risques de chutes, tandis qu'une voisine nous a certifié que la patiente avait des contacts sociaux. Nous avons effectivement trouvé dans son agenda les diverses dates des rendez-vous, ce qui nous a permis de demander aux instances concernées qu'elles nous fournissent tous les renseignements utiles.

Visites à domicile

Les visites à domicile représentent pour les médecins de famille une dépense importante en terme de temps, dépense qui ne peut être compensée à hauteur suffisante sur le plan financier. Or, il s'agit souvent de contrôles réguliers visant à vérifier l'évolution d'une affection, contrôles qui peuvent tout aussi bien être effectués par une APN. Les contrôles portent par exemple sur la situation cardiaque, l'anticoagulation orale, l'analgésie, l'évolution d'une plaie ou encore sur la question de savoir s'il faut envisager une physiothérapie. Une visite à domicile permet également de savoir si l'on devrait solliciter les soins extra-hospitaliers, voire même une autre forme d'habitat.

Mes visites à domicile se déroulent là où le patient est chez lui, à savoir à son domicile privé, dans un appartement d'un home pour personnes âgées ou encore dans un établissement médico-social. D'une part, le patient et son quotidien peuvent beaucoup mieux être évalués lors d'une visite à domicile et, d'autre part, se rendre à un cabinet est souvent très difficile pour certains d'entre eux, en particulier ceux qui sont très fragiles. Je collabore étroitement avec les soignants des soins extra-hospitaliers ou de l'établissement médico-social. Nous utilisons des tablets, ce qui permet notamment d'étudier en chemin l'histoire du

patient et de convenir avec le médecin par téléphone, par exemple, d'une adaptation du médicament. Une visite à domicile pourrait également être rendue nécessaire en cas d'urgence, par exemple suite à une chute. Mon mandat consisterait alors à clarifier les conséquences de la chute, à en rechercher les causes et à diminuer le risque d'une future chute.

Techniques de soins

Le quatrième domaine de mon activité est étroitement lié aux techniques de soins. En tant qu'APN, je suis chargée de traiter les plaies compliquées, comme par exemple lors d'un ulcus cruris et je transmets également mes connaissances à d'autres membres de l'équipe de soins. Selon la situation, j'implique le patient et/ou ses proches dans le traitement de la plaie. Un patient avait par exemple une sonde PEG qui était connectée par l'épouse et qui provoquait des douleurs; elle ne savait pas si l'endroit de la sonde était effectivement en ordre. Un changement de pansement et une rotation de la sonde ont permis de clarifier la situation. Le traitement de plaies mineures ou encore l'excision de petits abcès font également partie de mon domaine de tâches.

Références

- 1 Hamric AB, Spross JA, Hanson CM: Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach, 4th edn. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2009.
- 2 Dicenso A, Bryant-Lukosius D. Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A Decision Support Synthesis. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2010.
- 3 Bryant-Lukosius D, Di Censo A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. J Adv Nurs. 2004;48(5): 530-40.

- 4 Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2009; 65(2):391-401
- 5 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj.* 2002;324(7341):819-23.
- 6 Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *Bmj.* 2000; 320(7241):1043-8.
- 7 Bonsack S. Leila – Leben mit Langzeiterkrankung. Begleitung, Beratung und Schulung. Ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025. Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, 2010.
- 8 Muller-Staub M, Zigan N, Handler-Schuster D, Probst S, Monego R, Imhof L. [Being cared for and caring: living with multiple chronic diseases (Leila)-a qualitative study about APN contributions to integrated care]. *Pflege.* 2015;28(2): 79-91.
- 9 Imhof L, Naef R, Mahrer-Imhof R, Petry H. [SpitexPlus: assessment of and specialised nursing care for elderly and their families living in the community]. *Pflege.* 2011;24(1):43-56.
- 10 Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R. Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2223-31.
- 11 ANP-Profil in der Primärvorsorgung. Available from: <http://www.swiss-anp.ch/berufsrolle/anp-profil-primarversorgung.html>
- 12 De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R. Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly.* 2008;138(43-44):621-8.
- 13 Ketefian S, Redman RW, Hanucharurnkul S, Masterson A, Neves EP. The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. *Int Nurs Rev.* 2001;48(3):152-63.
- 14 DAS Advanced Nursing Practice-Plus 2016. Available from: <https://advancedstudies.unibas.ch/studienangebot/kurs/das-advanced-nursing-practiceplus-anpplus-19027>.

THÈSES DE DOCTORAT

L'importance des facteurs «personnel» et «environnement de travail» pour la qualité des soins ainsi que pour le recrutement et la fidélisation du personnel infirmier et du personnel d'encadrement. Perspectives tirées de l'étude Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP)
 Franziska Zúñiga, PhD, RN



La fourniture de soins de bonne qualité dans les institutions de soins s'apparente de plus en plus un véritable défi en raison de la complexité des situations de soins et de la difficulté de trouver du personnel qualifié. La recherche menée à ce jour dans des institutions de soins a permis de constater une tendance claire, à savoir qu'un effectif plus nombreux signifiait une meilleure qualité des soins. Ces résultats ne sont toutefois pas concluants et les facteurs relatifs à l'environnement de travail, comme par exemple la gestion ou le travail d'équipe ont été trop peu pris en considération dans les études réalisées à ce jour. Nous savons en outre peu de choses sur ce

qui se passe à l'interface entre le personnel et les résidents, lorsque le personnel doit renoncer à certaines activités pour des raisons de manque de temps. Ce rationnement des soins pourrait jouer un rôle important pour la qualité des soins offerte. Le principal but de la dissertation était donc d'analyser la relation entre les facteurs «personnel» et «qualité de l'environnement de travail» en supposant un rationnement implicite des soins et de la qualité de ces mêmes soins.

La dissertation a été présentée à l'Institut pour les sciences infirmières de l'Université de Bâle et était intégrée dans le Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP), une étude transversale réalisée dans les institutions de soins en Suisse, dont le but était une meilleure compréhension des différentes caractéristiques et rapports entre les facteurs organisationnels et environnement de travail en lien avec les résultats sur le plan du personnel et des résidents. Un choix représentatif de 163 institutions de soins réparties dans toute la Suisse et comprenant quelque 5323 professionnels des soins et de l'encadrement y ont participé (taux de réponses: 76%).

La dissertation comporte 6 articles, y compris le procès-verbal de l'étude SHURP [1]. Deux de ces articles portent sur le rationnement implicite des soins. Le premier article aborde la question de la fréquence du rationnement et le rapport entre les facteurs «personnel» et «environnement de travail» et le rationnement implicite [2]. Bien que, d'une manière générale, on rationne peu, il existe des différences au niveau de la fréquence: la plupart du temps, c'est la documentation qui passe en premier, suivie des activités dans les domaines *caring*, réhabilitation et surveillance, puis dans les activités sociales et, enfin, au ni-

veau du soutien dans les activités de la vie quotidienne. Il s'est avéré qu'un bon travail d'équipe et un climat de sécurité, la perception de meilleures ressources en personnel et des stresseurs liés au travail moins fréquents (p. ex. charge de travail élevée, conflit dans le cadre du travail) étaient étroitement liés à un rationnement moindre. Le deuxième article porte sur le rapport entre les facteurs «personnel» et «environnement de travail», le rationnement et la qualité des soins telle que perçue par le personnel soignant [3]. Ces derniers ont été considérés comme plutôt bons ou très bons par 93% des réponses. Les facteurs liés à l'environnement du travail (meilleur travail d'équipe/climat de sécurité, moins de charge de travail) et moins de rationnement implicite au niveau du *caring*, de la réhabilitation et de la surveillance ainsi que des activités sociales étaient d'importants facteurs prédictifs de la qualité des soins. Que ni la composition réelle de l'effectif, ni la fluctuation du personnel n'aient un lien avec le rationnement ou la qualité des soins, cela peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas de relation linéaire et qu'il existe un seuil minimal au-delà duquel il n'est pas possible de montrer l'existence d'un lien quelconque. Cette dissertation a permis de montrer pour la première fois l'importance des facteurs «environnement du travail» (p. ex. travail d'équipe, climat de sécurité), des stresseurs liés au travail (p. ex. charge de travail élevée) et du rationnement implicite pour la qualité des soins dans les institutions de soins en Suisse.

1. Schwendimann, R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S. and De Geest, S. (2014). Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): Protocol of an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 915–26.

2. Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S., Simon, M. and Schwendimann, R. (2015). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1463–74.
3. Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S., Simon, M. and Schwendimann, R. (2015). Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 860–6.

Autres articles:

Zúñiga, F., Schubert, M., Hamers, J. P. H., et al. (2016). Evidence on the validity and reliability of the German, French and Italian nursing home version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *J Adv Nurs*, 72(8), 1948–63.

Graf, E., Cignacco, E., Zimmermann, K., et al. (2015). Affective organizational commitment in Swiss nursing homes: A cross-sectional study. *Gerontologist*, (Advance online publication).

Leveraging shared governance through EBP councils in the Hospital of Valais, Switzerland

Dr. Mario Desmedt (DNP, RN), Chief Executive Nurse Officer, Hospital of Valais, General Direction
 86, Avenue de Grand-Champsec, 1951 Sion,
 mario.desmedt@duke.edu



Shared Governance (SG) in healthcare organizations is defined as a collaborative network for whole-systems effectiveness, providing a context for partnership, equity, accountability, and ownership [1–4]. The rationale for SG is to increase the organizational capacity to adapt to the rapid changing environment and reinforce human interactions in service of an efficient care continuum [5, 6].

The majority of health systems has implemented SG through unit councils linked to system councils. [3]. Evidence Based Practice (EBP) councils enhance the knowledge, skills and attitudes needed to deliver safe and reliable care [7–9]. Research supports that EBP councils promote high value health care, improve health outcomes, and reduce variations in care and costs [9]. However, difficulties to implement and sustain EBP as a standard for care practice are widely reported [9, 10]. Thus, a majority of nurses and healthcare professionals are not consistently implementing EBP [11, 12]. L’Hôpital du Valais (HVS) is a complex of 9 hospitals covering all of Valais. With 1160 beds, it includes acute care, rehabilitation and psychiatric care. A recent baseline measurement – including the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index and the Evidence Based Practice Scale – revealed that nurse expectations for more decisional involvement were high and that systematic EBP is not yet a standard [13–15]. Furthermore, our setting has the ambition to obtain the Pathway to excellence® accreditation. This program requires demonstration of SG and EBP.

The purpose of my project was to inform SG dissemination in Hôpital du Valais (HVS) by [1] measuring the organizational readiness for SG; [2] implementing a learning session designed to improve capacity for SG up-

take; [3] creating an EBP council structure; and [4] measuring the impact EBP councils on the quality of interactions.

I used a pre-post, quasi-experimental evaluation design. Organizational readiness for shared governance was measured via the Index of Professional Governance (IPG)[16]. We reported an 80% (n = 129) response rate for the IPG. The results for our setting (Mean 193.14; SD 40.40) ranked our perceived nursing governance mix in the early stage of shared governance, meaning governance primarily by management/administration with some staff nurse input. The learning session drew upon the CONNECT study [17, 18]. This study showed that Interventions enabling staff to accomplish (a) critical appraisal of their relationships with colleagues, both within and across disciplines, and set goals for improvement; (b) appropriate consideration of sharing patient information and viewing it from multiple perspectives; and (c) communication strategies that facilitate connection, information flow, and understanding; are proven to lead to an increased creativity in problem solving and a learning climate in which staff at all levels are empowered and motivated [17–19]. All members of the new EBP structure were invited for 45-minute learning session. Paired t-tests were used to assess for post-implementation change on quality of relationships, including the Relational Coordination Scale and Reciprocal Learning Scale (N = 32)[6, 20–22]. The overall quality of connections in the EBP council improved. We found a statistically significant increase in the reciprocal learning for the EBP councils (t = -2.452; p = .027). There was a trend towards significant increases in relational coordination, as well (t = -1.975; p = .068); relational coordination shifted from weak ties to moderate

ties. Post-implementation focus groups (N = 18) supplemented survey data. Focus group data converged with survey data; participants perceived added value for the peer effect and safe environment offered. Furthermore, the council configuration was an ideal way for encounter between young and experienced professionals. The balancing between independence and dependence, and opportunity for self-organization were highly appreciated.

A culture of teamwork is central to enact a learning organization [23–25]. To ensure a care continuum that yields better outcomes for patients ‘simple rules’ apply. These include the need for continuous healing relationships, customized care according to patient needs and values, shared knowledge and free flowing information, evidence based decision making, and cooperation among clinicians as a priority [26]. Our project showed that in a short period - through EBP councils – interactions and quality of relationships could improve significantly. Cross-functional learning, cross-role or cross-task shared knowledge occurred. These dynamics are essential for organizational thriving [23, 27, 28].

Changing the operating system of an organization is an arduous nusus. Where there are multiple professionals, there are multiple perspectives. Today this diversity often incurs power differentials and the potential for change – the power of integrating perspectives – dissolves [29]. The challenge for organizational design is to liberate the human capacity to sense and respond. Distribution of power – i.e., responsibility for sensing and responding autonomously and effectively to tensions – at the point of care allows self-organization and strengthens communication, coordination and learning. In that sense governance

is no longer the function of a single individual, status, or hierarchical function. Governance is shared and driven by those doing the work. EBP councils designed as a collaborative network – providing context for partnership, equity, accountability, and ownership – foster shared governance.

References

- 1 Barden AM, Griffin MT, Donahue M, Fitzpatrick JJ. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a hospital setting. *Nursing administration quarterly*. 2011;35(3):212–8. Epub 2011/06/10.
- 2 Hess RG, Jr. Slicing and dicing shared governance: in and around the numbers. *Nursing administration quarterly*. 2011;35(3):235–41. Epub 2011/06/10.
- 3 Porter-O’Grady T. Interdisciplinary shared governance: integrating practice, transforming health care. 2nd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers; 2009. xxiii, 352 p. p.
- 4 Wilson J, Speroni KG, Jones RA, Daniel MG. Exploring how nurses and managers perceive shared governance. *Nursing*. 2014;44(7):19–22. Epub 2014/06/18.
- 5 Curry LA, Spatz E, Cherlin E, Thompson JW, Berg D, Ting HH, et al. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? A qualitative study. *Annals of internal medicine*. 2011;154(6):384–90. Epub 2011/03/16.
- 6 Noel PH, Lanham HJ, Palmer RF, Leykum LK, Parchman ML. The importance of relational coordination and reciprocal learning for chronic illness care within primary care teams. *Health care management review*. 2013;38(1):20–8. Epub 2012/02/09.
- 7 Cronenwett L, Sherwood G, Pohl J, Barnsteiner J, Moore S, Sullivan DT, et al. Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nursing outlook*. 2009;57(6):338–48. Epub 2009/11/28.
- 8 Odell E. Teaching quality improvement to the next generation of nurses: what nurse managers can do to help. *The Journal of nursing administration*. 2011;41(12):553–7. Epub 2011/11/19.
- 9 Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2014;11(1):5–15. Epub 2014/01/23.
- 10 Martin SC, Greenhouse PK, Kowinsky AM, McElheny RL, Petras CR, Sharbaugh DT. Rapid improvement event: an alternative approach to improving care delivery and the patient experience. *Journal of nursing care quality*. 2009;24(1):17–24; quiz 5–6. Epub 2008/12/19.
- 11 Melnyk BM, Buck J, Gallagher-Ford L. Transforming Quality Improvement Into Evidence-Based Quality Improvement: A Key Solution to Improve Healthcare Outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2015;12(5):251–2. Epub 2015/10/01.
- 12 Melnyk BM, Gallagher-Ford L. Implementing the new essential evidence-based practice competencies in real-world clinical and academic settings: moving from evidence to action in improving healthcare quality and patient outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2015;12(2):67–9. Epub 2015/03/27.
- 13 Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2008;5(4):208–16. Epub 2008/12/17.
- 14 Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*. 2002;25(3):176–88. Epub 2002/05/17.
- 15 Melnyk BM, Gallagher-Ford L. Evidence-based practice as mission critical for healthcare quality and safety: a disconnect for many nurse executives. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2014;11(3):145–6. Epub 2014/05/21.

- 16 Hess R. Index of professional nursing governance. *Nursing economic\$*. 1998;16(2):102. Epub 1998/05/21.
- 17 Anderson RA, Toles MP, Corazzini K, McDaniel RR, Colon-Emeric C. Local interaction strategies and capacity for better care in nursing homes: a multiple case study. *BMC health services research*. 2014;14:244. Epub 2014/06/07.
- 18 Colon-Emeric CS, Pinheiro SO, Anderson RA, Porter K, McConnell E, Corazzini K, et al. Connecting the learners: improving uptake of a nursing home educational program by focusing on staff interactions. *The Gerontologist*. 2014;54(3):446–59. Epub 2013/05/25.
- 19 Anderson RA, Corazzini K, Porter K, Daily K, McDaniel RR, Jr., Colon-Emeric C. CONNECT for quality: protocol of a cluster randomized controlled trial to improve fall prevention in nursing homes. *Implementation science* : IS. 2012;7:11. Epub 2012/03/02.
- 20 Gittell JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. *Journal of interprofessional care*. 2013;27(3):210–3. Epub 2012/10/23.
- 21 Havens DS, Vasey J, Gittell JH, Lin WT. Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of nursing management*. 2010;18(8):926–37. Epub 2010/11/16.
- 22 Leykum LK, Palmer R, Lanham H, Jordan M, McDaniel RR, Noel PH, et al. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a new scale of learning in primary care. *BMC health services research*. 2011;11:44. Epub 2011/02/25.
- 23 Gittell JH, Beswick J, Goldmann D, Wallack SS. Teamwork methods for accountable care: relational coordination and TeamSTEPS(R). *Health care management review*. 2015;40(2):116–25. Epub 2014/05/16.
- 24 Smith MD, Institute of Medicine (U.S.). Committee on the Learning Health Care System in America. *Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012. xix, 416 p. p.
- 25 Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. 1st ed. New York: Doubleday/Currency; 1990. viii, 424 p. p.
- 26 Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001. xx, 337 p. p.
- 27 Ancona DG, Bresman H. *X-teams: how to build teams that lead, innovate, and succeed*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press; 2007. xi, 260 p. p.
- 28 Edmondson AC. *Teaming: how organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2012. xiii, 334 p. p.
- 29 Robertson BJ. *Holacracy: the new management system for a rapidly changing world*. First edition. ed. xi, 223 pages p.

Call for Abstracts

Nous remercions Dr Franziska Zúñiga et Dr Mario Desmedt pour les passionnants et enrichissants résumés de leurs thèses qu'ils ont rédigés pour cette édition du VFP / APSI Update et nous les félicitons vivement pour leurs doctorats réussis. Nous imprimons également volontiers un résumé de votre propre dissertation dans la prochaine édition. Veuillez vous adresser le cas échéant à dalit.jaeckel@vfp-apsi.ch.



Details zu den Studiengängen der BFH finden Sie auf der Website gesundheit.bfh.ch

Bachelor in Pflege (berufsbegleitend)

Der berufsbegleitende Bachelorstudiengang für diplomierte Pflegefachpersonen an der BFH ist in der Schweiz einzigartig. Er bietet die Voraussetzungen für eine akademische Pflegelaufbahn und die Möglichkeit, ein weiterführendes Studium Master of Science in Pflege zu absolvieren.

AUS DEN AFGs

La parole à la société scientifique Soins de réhabilitation

*Le difficile chemin vers un **Swiss Research Agenda for Rehabilitation Nursing (SRARN)***
Susanne Suter-Riederer, Myrta Kohler, Brigitte Seliner

Pour les nouveaux membres (mise à jour)

La société scientifique Soins de réhabilitation, qui comptait huit membres à ses débuts, a été fondée en 2013 à Bâle. La première année a été consacrée à la consolidation, à l'orientation et à la recherche de membres. Nous nous rencontrons depuis 4 fois par année et notre effectif se monte actuellement à 20 membres issus de la pratique, de l'enseignement et de la recherche. En 2015, nous avons pu organiser le premier symposium sur les soins de réhabilitation en Suisse centrale afin de célébrer le 20^e anniversaire de la communauté d'intérêt Soins de réhabilitation (IGRP). Notre société scientifique est dirigée et représentée par les co-présidentes Brigitte Seliner et Myrta Kohler.

Pour toutes les lectrices et les lecteurs intéressés

En décembre 2014, nous avons décidé de poursuivre notre réflexion avec des thèses sur la réhabilitation et de développer un agenda de la recherche. Une première analyse a été menée en avril 2015, analyse qui a débouché sur un calendrier portant sur deux années. Nous nous orientons en fonction du *Swiss Research Agenda for Nursing – SRAN 2007–2017 (Pflege, 2008)* et recherchons également dans les pays voisins des agendas de la recherche en soins de réha-

bilitation. Nous avons d'ores et déjà franchi les obstacles ci-après:

Mai 2015: Décision est prise d'élaborer un SRARN, à savoir un agenda de la recherche pour les soins de réhabilitation / «Constitution de groupes (Suisse orientale et Zurich) et répartition des tâches»

Août 2015: Présentation des premiers résultats de nos recherches – discussion et décision: les deux groupes font une recherche de la littérature (non exhaustive). Chaque groupe s'organise lui-même

Nov. 2015: Discussion sur la recherche de littérature des deux groupes; la recherche a commencé mais n'a pas pu être achevée en raison des faibles ressources disponibles. Proposition est faite de rechercher également des agendas de la recherche existants et que les deux groupes limitent leur recherche. Décision de tenir une séance d'une journée en 2016 afin de travailler de manière intensive sur le SRARN.

Février 2016: Journée de travail SRARN. Définition des mots clés, de la recherche et synthèse des résultats.

Juin 2016: Etat des travaux: nous avons élaboré deux papiers importants:

1. Recherche de littérature selon les agendas de la recherche / Reviews.
2. Une synthèse des priorités SRAN, des thèses relatives à la réhabilitation et de l'agenda international de la recherche «The Rehabilitation Nursing Research Agenda» (2014).

Ces divers travaux étant achevés, nous devons maintenant décider de la voie que nous allons emprunter et discutons de trois possibilités:

1. Nous attendons le SRAN 2017 – 2027 et nous nous orienterons ensuite en fonction de ce dernier
2. Nous lançons un sondage Delphi, demandons aux expertes des soins de réhabilitation leur avis concernant notre document de synthèse et publions
3. Nous mettons le thème sur la table

Compte tenu des ressources limitées sur le plan des finances et du personnel, nous avons décidé de continuer à développer le SRARN de manière pragmatique. La synthèse se poursuivra, nous continuerons de définir les priorités des différents champs de recherche, d'approfondir les thèmes et de les discuter. En 2017, nous présenterons les résultats (et les discuterons) aux expertes du domaine et à toutes les autres personnes intéressées l'occasion du prochain symposium sur les soins de réhabilitation à Lucerne (14.3.2017)

Ce que nous avons appris dans ce contexte:

- l'élaboration d'un SRARN ne se fait pas «en passant»
- 4 séances de 3 heures par année suffisent largement pour traiter sérieusement un tel thème
- les discussions affinent notre profil et nous permettent de mener une réflexion sur le contenu des soins de réhabilitation ainsi que de faire une comparaison dans le contexte international
- une journée de travail bien organisée peut être très efficace
- l'élaboration encourage l'identification et la collégialité

- nous sommes également fières de la persévérance dont nous avons fait preuve et du processus de développement

Le développement du SRARN n'était pas la seule tâche à laquelle la société scientifique a dû s'atteler l'an passé: il a en effet également fallu préparer diverses prises de position, renforcer notre mise en réseau, introduire de nouveaux membres, mettre à jour notre site web et préparer notre prochain symposium ...

Groupe Romandie

Lors de la dernière assemblée du «Groupe Romandie», en février, nous avons échangé autour de notre projet d'une collaboration avec les sociétés alémaniques et la création de «sociétés-antennes» en Suisse romande. Nous souhaitions offrir l'opportunité aux infirmières ou infirmiers, spécialistes en gérontologie ou en psychiatrie, de se mettre en lien avec des homologues germanophones de l'APSI. L'idée était de favoriser la mise en réseau de professionnels spécialisés, intéressés par la recherche et les échanges sur les bonnes pratiques dans un même domaine des soins infirmiers au niveau romand et suisse.

Le 3 juin dernier, une quinzaine d'infirmières spécialisées et/ou intéressées par le sujet, principalement issues du CHUV, ont participé à une réunion de mise en réseau avec les sociétés scientifiques alémaniques.

Joëlle Tischhauser a accueilli les participants et leur a souhaité la bienvenue, puis Annie Oulevey a fait une présentation de

l'APSI aux personnes présentes en expliquant l'origine de l'association, ses buts, ses travaux. Les personnes du comité ont été aussi nommées et présentées ainsi que les différentes sociétés scientifiques.

Corinne Steinbrüchel, représentante de la société scientifique «Soins en gérontologie» a ensuite présenté dans les détails sa société scientifique en français (merci beaucoup Corinne!) en insistant sur l'ouverture des Suisses-allemands envers les romands. Elle a décrit le fonctionnement très interactif de leur société et leurs rencontres plusieurs fois par année dans un lieu situé à mi-chemin entre Bâle, Zurich et Berne: Olten.

Peter Wolfensberger, président de la société «Soins en Psychiatrie» a ensuite fait une présentation détaillée en anglais de cette société scientifique. Il a aussi fortement souligné l'intérêt de cette société à s'ouvrir au niveau national et a proposé de partager ses ressources avec les personnes intéressées de Romandie. Il a également souligné que les alémaniques étaient disposés à se déplacer en Romandie pour rencontrer leurs homologues romands et que la langue ne devait pas être un obstacle car, dans la société, de nombreuses personnes pratiquaient le français.

Une discussion libre a suivi dans les 2 groupes représentés: psychiatrie et gérontologie. Chacun a pu aborder les questions qui lui tenaient à cœur et les représentants de chaque société ont pu donner des réponses précises et détaillées à leurs interlocuteurs, tous très intéressés.

Nos deux intervenants ont également montré leur intérêt et leur curiosité envers les

différentes problématiques rencontrées par les experts présents en Romandie. Ils ont affirmé que certaines problématiques étaient communes et qu'en travaillant sur les mêmes thématiques, les résultats seraient considérés comme plus représentatifs au niveau national.

Annie et Joëlle sont restées chacune dans un groupe thématique afin d'offrir une aide éventuelle à la communication/traduction (peu nécessaire au final).

La création d'une «succursale romande» des sociétés «Soins en psychiatrie» et «Soins en gérontologie» a été évoquée lors de ces discussions. Cela serait l'occasion, par exemple de construire des projets innovants ou des partenariats pour développer des pratiques, de dialoguer selon les besoins et les envies à l'échelon romand, tout en étant connectés avec des collègues expérimentés, actifs dans les soins et la recherche au niveau suisse.

Les participants se sont quittés en sachant qu'ils pourront disposer du soutien des représentants des sociétés présentes, ainsi que celui d'Annie Oulevey et de Joëlle Tischhauser, au besoin, pour poursuivre leurs réflexions et, peut-être, mettre sur pied un réseau romand partenaire des sociétés suisses-allemandes.

La saison estivale a suivi et nous aurons certainement des nouvelles d'ici la fin de l'année des éventuels projets qui se concrétisent...

Nous en profitons pour remercier chaleureusement tous les participants et nous formons le vœu que le «réseautage» commencé se poursuive avec succès!

3^e atelier APN – Développement, implémentation et défis

Peter Ullmann, président du Réseau allemand APN & ANP g.e.V.

Le 3^e atelier d'experts APN 2016 a été organisé à Vienne (Haute école spécialisée Krems et Haus der Barmherzigkeit) par les sociétés académiques du Réseau allemand APN & ANP g.e.V. ainsi que les partenaires de coopération autrichiens.

Cet atelier a porté d'une part sur les derniers développements constatés dans l'espace germanophone et, d'autre part, sur la poursuite du développement du profil de l'Advanced Practice Nurse dans le contexte de l'APN Critical Care, de l'APN Mental Health Care et de l'APN Paediatric Nursing and Caring. Après que les visions en matière d'APN, d'ANP et d'APNs ont été publiées sous la forme d'un document spécifique en 2011, on s'est attaché dans un deuxième temps à mettre en œuvre, à publier et à discuter les deux recherches de littérature effectuées dans les domaines APN Critical Care et APN Mental Health Care. Les résultats montrent que les champs d'action de l'ANP peuvent être très différents et que les compétences nécessaires varient donc en conséquence. Un article décrit et explique la prescription de médicaments par des APNs dans le domaine Mental Health Care. Ces dernières avaient acquis auparavant la compétence de prescrire des médicaments dans le cadre d'un module de formation continue, mais n'étaient toutefois pas tout-à-fait prêtes, pour différentes raisons, à l'exercer dans leur cabinet. Autrement dit, le débat sur l'application des compétences ANP existantes doit se poursuivre et non pas seulement se baser sur ce qui est institu-

tionnellement ou légalement autorisé, mais également sur ce qui est souhaité par une Advanced Practice Nurse. La troisième étape de l'évolution des APN résidera probablement dans le développement d'un plan d'étude qui servira à déterminer le développement futur des APN, ANP et APNs dans un horizon de temps d'environ 10 à 15 ans.

Un autre point abordé dans le cadre de cet atelier APN fut celui de la description de poste. Divers APNs ont annoncé qu'elles avaient été chargées par leurs employeurs d'établir leur propre descriptif de poste. Ce qui parut séduisant dans un premier temps s'avéra, après analyse fouillée, un défi particulièrement complexe. La société académique APN Mental Health Care a réalisé, en collaboration avec Mme Dr Daniela Lehwaldt (DCU, Dublin), une traduction de la réglementation irlandaise concernant les postes d'APNs. Il s'est avéré ici que les descriptions de postes ne sont pas élaborées seulement par une Advanced Practice Nurse, mais que plusieurs domaines de la gestion des soins, du service du médecin et de l'administration étaient impliqués. Il est intéressant de noter que les APNs ont besoin d'une approbation du Board of Nursing (Pflegekammer) pour travailler à leurs postes. Sur la base du descriptif du poste irlandais traduit et modifié, cette description a été travaillée par trois groupes, qui en ont fait un champ d'action spécifique. Les participantes ont constaté que différentes connaissances et/ou compétences organisationnelles, juridiques et techniques étaient requises pour élaborer un tel descriptif de poste. Il est prévu de publier la description du poste d'APN ainsi qu'une présentation différenciée dans le magazine APN 2016.

Nous serions heureux si vous pouviez publier dans le magazine APN qui paraît une

fois par année des projets intéressants, des travaux, des études et des expériences spécifiques. Vous pouvez envoyer vos coordonnées et textes par courriel: apnmagazin@dnappn.de.

Les abréviations suivantes ont été utilisées dans le texte ci-dessus:

APN – Advanced Practice Nursing (niveau modèle)

APNs – Advanced Practice Nurses (niveau rôles)

ANP – Advanced Practice Nursing (niveau action)

Actualités du secrétariat

Dalit Jäckel et Yoshija Walter

Le secrétariat de l'APSI a aménagé dans ses nouveaux locaux il y a une année déjà, à savoir la Maison des Académies, à Berne. Nous nous y sommes fort bien adaptés et nous nous sentons, à la Laupenstrasse, comme à la maison. Les contacts que nous avons pu nouer lors des pauses café ainsi que, de manière formelle, avec d'autres organisations qui ont également leurs bureaux dans l'immeuble, sont aussi divers qu'intéressants pour l'APSI. En outre, le Comité utilise non seulement régulièrement les salles de séances modernes à disposition, mais les sociétés scientifiques organisent toujours plus leurs séances à cette adresse, de sorte que les contacts avec le secrétariat de l'APSI se sont intensifiés.

Depuis le début 2016, M. Yoshija Walter, assistant du secrétariat, a repris la comptabilité et utilise pour ce faire le logiciel Webling disponible en ligne, logiciel avec lequel il peut aussi bien gérer les adresses des membres que faire la comptabilité de

manière simple et efficace. La homepage conserve certes pour l'instant son ancien graphisme, mais nous avons mis à jour tous les contenus. Par ailleurs, nous avons pu profiter d'une collaboration avec la ZHAW, puisque les étudiants en linguistique qui y suivent leur formation se sont chargés – dans le cadre d'un travail de séminaire – de traduire en anglais des parties importantes du site web de l'APSI. Ces traductions sont disponibles depuis peu et nous permettent donc de franchir une étape importante dans le sens de l'orientation internationale voulue par l'association. En juillet, nous avons en outre changé de nom de domaine. Nous sommes en effet passé de l'adresse www.pflegforschung-vfp.ch plutôt compliquée pour les utilisateurs non germanophones et avons opté pour la nouvelle adresse www.vfp-apsi.ch, qui s'applique donc également pour la terminaison des adresses courriel de l'APSI. Le comité a choisi ce nom de domaine sur la base de plusieurs propositions et souhaite ainsi également souligner le caractère bilingue de l'association. En juin 2016, nous avons, comme le veut la tradition, présenté l'APSI avec un stand lors du congrès de l'ASI à Davos. De nombreux visiteurs intéressés cherchent des informations sur l'APSI ainsi que sur les sociétés scientifiques; nous avons ainsi pu nouer de nombreux contacts et recruter de nouveaux membres. Outre notre matériel publicitaire usuel, nous avons également bénéficié d'une meilleure visibilité auprès des participants du congrès grâce au concours organisé.

Nous avons par ailleurs été très occupés par les travaux préparatoires et le suivi de l'assemblée générale (procès-verbal disponible sur notre site web), la coordination de diverses prises de position et collaborations (également sur notre site web) ainsi

que par le recrutement de nouveaux membres. Nous envoyons en moyenne une newsletter électronique par mois à tous nos membres. Le secrétariat participe également activement à la mise en place du SRAN III et à la recherche de sponsors pour ce dernier. Enfin, nous travaillons d'arrache-pied pour préparer la manifestation de jubilé du mois d'avril 2017, notamment trouver des sponsors.

Nous souhaitons la bienvenue à nos nouveaux membres collectifs suivants:

- Alterszentrum Platten
- Bildungszentrum Gesundheit und Soziales
- HES-SO Valais-Wallis Haute Ecole de Santé
- Institut et Haute Ecole de la Santé La Source
- Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd
- Spital Männedorf / Bereichsleitung Pflege
- Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz
- Universitätsklinik Balgrist
- Wohnheim Riggisberg

Impressum

Association Suisse pour les sciences infirmières, Secrétariat

Secrétaire générale: Dr. Dalit Jäckel
Assistant: Yoshija Walter

Haus der Akademien
Laupenstrasse 7 / Postfach
3001 Berne

031 306 93 90
www.vfp-apsi.ch
info@vfp-apsi.ch

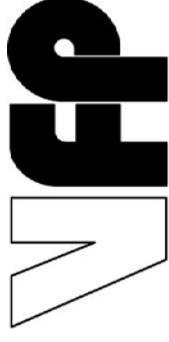
Présidente: Prof. Dr. Maria Müller Staub
Obere Hofbergstrasse 10
9500 Wil
muellerstaub@me.com
<http://www.pflege-pbs.ch>
P: 032 641 02 54
Portable: 079 397 44 99

Traduction: Stéphane Gillioz
Impression: Schwabe AG, Muttenz
Tirage: 575 exemplaires

IMPRESSIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2016



Manifestation de jubilé Nursing on the Top



Le 27 avril 2017, nous fêterons notre 20^e anniversaire ainsi que nos réalisations et succès. Ce sera également l'occasion de porter notre regard vers l'avenir, avec la motivation nécessaire et les idées indispensables, pour notre association et pour les sciences infirmières.

Lieu: Restaurant Stella, Hôpital de l'île, Berne

Date & heure: 27 avril 2017, dès 17h30 (à la suite de l'assemblée générale)

Programme: Apéritif

Repas de fête

Présentation de la publication du jubilé de l'APSI

Exposé de Mme Dr Yvonne Gilli (ancienne conseillère nationale)

Table ronde avec les anciennes présidentes de l'APSI

Nomination des membres d'honneur

Inscription: www.vfp-apsi.ch (nombre de places restreint, participation gratuite)

A series of horizontal lines in various colors (purple, blue, green, yellow, red) running across the page.

20 Jahre VFP