

Comment éviter la disparition des infirmières cliniciennes spécialisées?

Clémence Dallaire ^a, inf., Ph.D., Martine Dallaire ^b, inf., M.Sc.,
Lucille Juneau ^c inf., M.Sc., et Karine Labarre ^d, inf., M.Sc.

^a Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

^b Coordonnatrice du programme des sciences neurologique, CH *affilié* universitaire de Québec

^c Adjointe à la direction générale adjointe aux affaires cliniques, CH *affilié* universitaire de Québec

^d Conseillère-cadre intérim du programme-clientèle, Centre d'Excellence sur le Vieillessement de Québec

La profession infirmière tente d'ajuster son offre de service aux besoins de la population et aux modifications du système de santé. Parmi les rôles proposés, les rôles propres aux infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) offrent les meilleures garanties d'autonomie professionnelle et une avenue intéressante de progression dans le cheminement d'une carrière infirmière. Toutefois, pour différentes raisons, ce rôle est actuellement en voie d'extinction et des efforts sont nécessaires pour assurer que les ICS continuent de contribuer à l'offre de soins infirmiers avancés. Dans cet article, nous aborderons trois actions en mesure d'influencer la possibilité pour les ICS de donner des soins directs et ainsi accroître l'attraction de ces rôles: 1) distinguer infirmière et soins infirmiers, 2) différencier la pratique expérimentée de la pratique avancée et enfin 3) expliciter la notion d'évaluation avancée en soins infirmiers. Ensuite, nous présenterons deux éléments expliquant comment la pratique de soins directs par les infirmières de pratique avancée, en plus d'augmenter son attractivité, pourrait être en mesure de permettre aux ICS de contribuer véritablement et de façon plus accentuée au développement de la pratique infirmière.

Mots-clés : infirmières cliniciennes spécialisées, évaluation clinique avancée, expertise, expérience

La profession infirmière tente d'ajuster son offre de service aux besoins de la population et aux modifications des systèmes de santé. Différents processus sont utiles à ces modifications, certains porteurs d'éléments davantage ancrés dans le champ du savoir infirmier disciplinaire, par exemple ceux conduisant aux rôles d'infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et d'autres davantage issus d'emprunts aux champs de la médecine ou de demandes externes, en particulier l'ajout du rôle des infirmières praticiennes (IP). Si les rôles d'ICS offrent les meilleures garanties d'autonomie professionnelle et une avenue intéressante de progression dans le cheminement d'une carrière infirmière, les postes sont actuellement en voie d'extinction (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). Selon les données statistiques de l'Association

canadienne des infirmières du Canada (2010), entre 2004 et 2008, 525 postes d'ICS ont disparu au Canada, passant de 2 747 postes d'ICS en 2004 à 2 222 en 2008. Plusieurs raisons expliquent cette situation, en particulier des pressions financières, mais surtout, dans le contexte québécois francophone, l'absence d'une caractéristique inhérente à la pratique avancée en mesure d'attirer et de retenir les infirmières dans leur milieu de soins, soit la possibilité de donner des soins directs dans une proportion compétitive du temps de pratique des ICS (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Killpatrick, 2009; Holmes & Perron, 2008; MacKay, 2009; Rousseau, 2008). Suite à une définition de la pratique avancée, trois actions en mesure d'influencer la possibilité de

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Clémence Dallaire, faculté des sciences infirmières, Pavillon Ferdinand-Vandry, Université Laval, Québec (Québec), G1K 7P4. Tél. : 418-656-2131 poste 6895, clemence.dallaire@fsi.ulaval.ca

donner des soins directs et ainsi d'accroître l'attraction des rôles d'ICS seront abordées soit distinguer infirmière et soins infirmiers, différencier la pratique expérimentée de la pratique clinique avancée d'une ICS et expliciter la notion d'évaluation avancée de soins infirmiers dans une pratique clinique directe d'ICS. Ensuite, nous expliquerons que la pratique directe exécutée par des ICS permet une meilleure influence sur la pratique clinique. En conclusion, le maintien de la présence des ICS dans les milieux cliniques et dans la pratique directe des soins semble incontournable au développement de la pratique clinique en soins infirmiers.

La pratique avancée : définir sans semer la confusion

L'expression « pratique avancée » regroupe un ensemble de rôles infirmiers et les définitions internationales et nationales convergent dans ce sens. Toutefois, on retrouve une confusion entre le sens plus général du terme « pratique avancée » et le titre d'infirmière praticienne : souvent, les deux termes sont utilisés indifféremment l'un de l'autre (Ruel & Motyka, 2009). Pour clarifier, nous allons présenter successivement les définitions internationale, canadienne et québécoise de la pratique avancée. D'abord, le Conseil international des infirmières (CII) propose, suite à une enquête auprès des pays membres, la définition suivante :

« L'infirmière de pratique avancée, ou infirmière spécialiste/experte est une infirmière diplômée qui a acquis, des connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de niveau maîtrise est recommandée » (CII, 2008, p. 7).

Au Canada, le cadre national de la pratique infirmière avancée, révisé récemment, suggère que :

« La pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service

des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. » (AIIIC, 2008, p. 10)

Au Québec, selon l'OIIQ :

« Qu'elle porte le titre d'infirmière praticienne ou d'infirmière clinicienne spécialisée, la personne qui assume ce rôle doit acquérir une expertise dans un domaine particulier, étendre ses connaissances cliniques afin d'exercer avec une grande autonomie et intégrer la théorie issue de la recherche dans sa pratique. Elle doit en outre posséder un jugement clinique sûr, faire preuve d'un leadership clinique, maîtriser des concepts tels que l'adaptation à la maladie, l'intervention en approche systémique familiale et la gestion de la douleur, et avoir des connaissances approfondies en anatomie, en physiopathologie, en pharmacologie et en organisation des milieux. » (OIIQ, 2002)

Au-delà de ces définitions générales laissant voir la diversité des rôles, un consensus se dégage de la littérature au sujet de la nécessité pour une ICS de prodiguer des soins directs à un niveau correspondant à celui de la pratique infirmière avancée (Hamric, Spross & Hansen, 2009; Spross & Heaney, 2000; Calkin, 1984). Une pratique directe consiste à être en contact avec les personnes malades et leurs proches, un groupe ou une communauté, et lorsqu'en contact, à leur prodiguer directement des soins infirmiers (Upenieks, Akhavan, & Kotlerman, 2008). Ainsi, l'obligation de pratique clinique directe fait en sorte d'exclure les infirmières détentrices d'une maîtrise dont la pratique ne comprend pas une portion de soins directs. L'exclusion repose sur le fait que ces dernières n'ont pas une pratique qui corresponde aux exigences requises pour acquérir, maintenir et développer des compétences d'ICS soit parce qu'elles se concentrent exclusivement sur la formation des infirmières, le transfert de connaissances à la pratique et le soutien à la pratique des infirmières généralistes ou à l'administration des services infirmiers. On retrouve dans cette exigence le modèle de pratique avancée adopté par l'ensemble des autres professions de la santé, en particulier la médecine, modèle dans lequel la spécialisation professionnelle se fait en approfondissant une portion définie de la pratique de généraliste, c'est-à-dire en ajoutant de la formation de niveau deuxième cycle et des habiletés cliniques plus spécialisées (Glouberman, 2002; MacKay, 2009). Ce modèle exige qu'une proportion minimale de 25 % du temps des cliniciens soit consacrée à la

pratique directe dans la perspective du maintien et du développement des habiletés cliniques acquises (MacKay, 2009). Actuellement, d'après Roschkov et al. (2004), l'ICS ne consacrerait pas plus de 10 % à 20 % de son temps à la pratique clinique directe. En général, ces professionnels de pratique avancée dans le domaine de la santé s'impliquent également dans la formation universitaire des généralistes et occupent des postes dans les facultés correspondantes, en plus de collaborer à des projets de recherche.

Or, dans le cas spécifique des soins infirmiers québécois, en particulier dans les milieux francophones, le modèle de développement de la pratique clinique avancée adopté par les autres professions et par nos collègues des milieux anglophones n'a pas été retenu puisque la pratique directe par des ICS ne s'est pas concrétisée. Certes, ce choix répond à des besoins réels du système de santé, mais il constitue une menace directe à l'attraction exercée par la pratique avancée sur les infirmières généralistes et les étudiantes infirmières. En effet, les jeunes infirmières et celles ressentant le besoin de se spécialiser pour mieux répondre aux besoins de la clientèle sont dans la position inconfortable et contradictoire d'investir dans un retour aux études qui paradoxalement les éloignera des soins directs. Rappelons que l'intérêt pour les êtres humains et le désir de les soulager concrètement constituent les motivations principales pour entreprendre une formation et une carrière en soins infirmiers. Comme chez les autres professionnels de la santé, une pratique incluant le maintien d'activités cliniques est très valorisée par les infirmières, tout autant que la possibilité d'améliorer leurs connaissances et leurs habiletés pour mieux répondre à des besoins complexes (Upenieks, Needleman, Soban, Pearson, Paekerton & Yee, 2008). Actuellement, les milieux de formation sont probablement mieux placés pour ressentir les effets de cette contradiction en constatant l'attrait exercé par le rôle d'infirmière praticienne. Selon les infirmières ou étudiantes, il est le seul programme à offrir une garantie ferme de pratique clinique directe.

De plus, les programmes universitaires actuels en sciences infirmières offrent peu de possibilités de spécialisation dans un domaine particulier des soins infirmiers. Une spécialité infirmière peut être définie de différentes façons selon Sparacino & Cartwright (2009) soit par une population (ex. : ICS auprès des femmes, des enfants), par un type de service (ex. : ICS en soins critiques), une maladie ou une sous spécialité médicale (ex. : ICS en oncologie, en neurochirurgie), un type de soins (ex. : ICS en réadaptation, en soins psychiatriques) ou un type de problèmes (ex. : ICS en soins de plaies, en traitement de la douleur). Dans un

contexte où la spécialisation est peu présente, il apparaît souvent difficile de préciser une pratique clinique avancée en soins infirmiers.

Les rôles d'ICS sont importants pour l'avenir des soins, car ils garantissent l'autonomie alors que, paradoxalement, la pratique avancée d'IP ne garantit pas les mêmes possibilités d'autonomie (Dallaire & Dallaire, 2009a; 2009b; Rousseau, 2008; Holmes & Perron, 2008). En effet, seules les ICS peuvent aspirer à une autonomie parce que leur rôle est basé sur le savoir et les habiletés propres aux soins infirmiers et découle de la formation et des connaissances de leur discipline, conditions requises pour décider des problèmes sur lesquels les professionnels ont la capacité d'intervenir (Goulet, 1999; Labarre & Dallaire, 2008). Le rôle d'IP en raison des emprunts à la médecine et du fait que la médecine détermine les conditions de l'application des emprunts ne garantit pas l'acquisition de l'autonomie sur les éléments empruntés (Nancarrow & Borthwick, 2005). Le manque d'attrait du rôle d'ICS et l'absence de pratique directe par ces dernières sont très préoccupants pour le bien-être des personnes malades puisque le rôle d'ICS représente une réponse à des besoins non comblés dans le système de santé actuel, en particulier pour des personnes nécessitant des suivis cliniques postérieurs à l'étape incontournable du diagnostic médical, notamment le suivi de personnes ayant des maladies chroniques, en attente de traitements médicaux ou de transplantation, en processus de guérison suite à des maladies graves ou en phase terminale.

L'attrait d'une pratique avancée réside avant tout dans sa capacité d'expliquer comment elle se démarque de la pratique des généralistes, y compris de celle des généralistes expertes et constitue ainsi une voie de progression et de spécialisation dans une carrière de soignante. Toutefois, les éléments suivants rendent difficile l'établissement de cette démarcation : 1) l'absence de distinction entre l'infirmière qui prodigue les soins et les soins infirmiers comme tels, 2) l'absence de distinction entre une pratique expérimentée et une pratique avancée, et 3) le manque de recours à un modèle d'expertise pour soutenir les distinctions.

Distinction entre l'infirmière qui donne des soins et les soins infirmiers

L'attrait pour une pratique avancée débute par une distinction fondamentale entre les soins et la personne qui les donne. Toutefois, on retrouve une confusion courante entre « infirmière » et « soins infirmiers » (Dallaire & Dallaire, 2008; Mason, 2006). Mason (2006) suggère qu'une conception des soins centrée trop exclusivement sur l'utilisation thérapeutique du soi n'aide pas à

distinguer l'infirmière et les soins infirmiers. Or, même si l'un des outils de l'infirmière, et donc des soins, est « l'utilisation de soi » dans les interactions avec les patients et les familles, toute remise en question des soins ne constitue pas une critique personnelle de l'infirmière qui les donne ou une attaque personnelle contre cette dernière (Mason, 2006). Ainsi, l'ajout du rôle des ICS est souvent perçu, par les infirmières généralistes expertes dans un domaine, comme une critique injustifiée de leurs compétences dans un contexte où les soins et l'infirmière sont confondus. Comme plusieurs infirmières soignantes l'affirment, « on a toujours donné ces soins, sans ICS et ça allait bien ». Or, si les soins sont confondus avec l'infirmière qui les donne, cela ne permet pas d'ouvrir des opportunités de spécialisation et d'offre de soins avancés en réponse aux besoins, dans une pratique « enfermée dans l'émotif et le subjectif » (Mason, 2006; Gordon & Nelson, 2006). Pour cette raison, nous partageons la crainte de Mason (2006) lorsqu'elle affirme qu'en dépit de l'estime de la population pour les infirmières, cette estime pourrait rapidement s'éroder si les infirmières sont incapables de se remettre en question, de faire preuve de courage pour amorcer des discussions rationnelles et articulées au sujet des soins.

Distinguer pratique expérimentée et pratique avancée

Le manque d'attrait pour la pratique avancée découle également du manque de distinction, dans les milieux cliniques, entre une pratique expérimentée et une pratique avancée. Si l'ajout d'un rôle se fait dans un domaine particulier d'une profession et s'inspire de son champ de connaissance, les professionnels qui le proposent auraient avantage à amorcer des discussions à ce sujet au sein de leur profession (Nancarrow & Borthwick, 2005; Kitzpatrick, 2009; Lloyd Jones, 2005). Ainsi, des progrès notables pourraient être accomplis si les infirmières s'accordaient du temps pour discuter de l'ouverture de nouvelles pratiques spécialisées, de la délimitation des conditions pour recourir à des infirmières spécialistes et des résultats attendus de la pratique avancée. Il est aussi nécessaire de discuter des moyens de faciliter la transition vers la pratique avancée puisque les infirmières expérimentées de formation initiale occupent encore souvent cet espace (Scott & Cleary, 2007).

Plus spécifiquement, la discussion de problèmes cliniques, tenant compte de l'avancement des connaissances et de l'apparition de nouveaux problèmes de santé, pourrait souligner quels soins seraient offerts par les ICS afin d'influencer positivement l'expérience de santé et de maladie des personnes. Ces discussions

pourraient jouer un rôle décisif dans l'affirmation renouvelée de l'apport des soins et dans l'offre de service infirmier à la population québécoise. Puisque l'adoption de rôles de pratique avancée concerne l'ensemble des membres de la profession, des discussions intra-professionnelles rationnelles devraient avoir lieu pour définir et ajuster de façon fructueuse et satisfaisante la place de l'ICS. De telles discussions pourraient jouer un rôle dans l'attraction de la pratique avancée.

Le manque de recours à un modèle d'expertise pour soutenir les distinctions

La distinction entre une pratique expérimentée et une pratique avancée de type spécialiste peut être grandement facilitée par le recours à un modèle d'expertise en mesure de fournir des repères. Benner (1982) affirme que l'expertise repose sur une capacité d'appréhender globalement la situation par des infirmières ayant une pratique basée sur une connaissance approfondie et cumulative acquise à partir de leur pratique et de l'ajout du savoir existant (Dallaire & Dallaire, 2008). Même si Benner met l'importance, notamment sur la constitution d'un répertoire de cas à partir de la pratique (*repertoire of context specific paradigm cases*) (Benner, Hooper-Kyeiakidis & Stannared, 1999), comme élément de l'expertise, elle affirme aussi la nécessité d'ajouter des connaissances pour aider à intégrer cette expérience. Selon Dreyfus et Dreyfus (2009), c'est seulement lorsque la théorie se joint à la pratique de façon continue que l'expertise peut se développer. Or, dans le cas particulier de l'expertise de la pratique avancée, lorsque cette expertise s'apprend uniquement dans les milieux de soins, les connaissances des infirmières se développent souvent à partir d'un modèle médical en l'absence de modèles infirmiers de pratique avancée et donc des façons de recourir aux connaissances avancées dans les soins infirmiers. Dans la perspective du modèle de Benner, la pratique avancée ne devient possible que par un retour aux études et la réussite d'un programme de maîtrise afin d'acquérir de nouvelles connaissances en sciences infirmières et de développer leur intégration dans une pratique pour qu'elle devienne de niveau avancé. Par conséquent, la distinction entre le jugement clinique d'une infirmière expérimentée et celui d'une infirmière de pratique avancée spécialisée pourra être discutée largement par les infirmières des milieux cliniques infirmiers québécois. Plus spécifiquement, cette discussion doit porter sur la distinction entre l'expertise d'une infirmière généraliste acquise par le cumul de l'expérience dans une spécialité médicale et celle d'une infirmière formée à un niveau avancé et exerçant

avec expertise à un niveau avancé (Dallaire & Dallaire, 2009a). Une telle pratique avancée exige de s'appuyer sur des théories scientifiques qui relèvent à la fois de la discipline infirmière et d'autres disciplines ainsi que sur les résultats des recherches récentes afin de déterminer les interventions infirmières appropriées, anticiper la réponse du patient et expliquer son choix d'interventions (AIIIC, 1997; Davies & Hugues, 2002). Selon Hamric (2009), une formation aux études supérieures de 2^e ou 3^e cycle universitaire est fondamentale, mais celle-ci à elle seule n'est pas suffisante pour habilitier à une pratique avancée. La conjugaison des études supérieures et de l'expérience clinique permet aux infirmières d'acquérir les compétences nécessaires à la pratique infirmière avancée dont la compétence centrale est une pratique clinique centrée sur des soins directs à la clientèle. En raison de leur formation aux études supérieures, les infirmières de pratique avancée ont des connaissances cliniques et thérapeutiques du domaine infirmier plus vastes et plus approfondies que les infirmières généralistes (Dallaire & Dallaire, 2009a). Comme nous l'avons mentionné dans les paragraphes précédents, Mason (2006) suggère de faire preuve de retenue dans ces discussions, en mettant à l'arrière-plan les émotions des infirmières de façon à créer un climat favorable pour amorcer une discussion rationnelle des problèmes cliniques et des distinctions à établir sur le plan de l'expertise clinique. Toutefois, Mason (2006) estime que cette capacité n'est probablement accessible qu'à celles qui ont atteint une certaine maîtrise de leur pratique professionnelle et qui ont déjà atteint le stade de l'expertise. On pourrait comprendre cette suggestion de Mason (2006) dans le sens d'aborder les discussions avec des infirmières expertes de niveau généraliste et celles de niveau spécialiste afin de bien cerner les différences. Le moment est bien choisi pour amorcer ce type de discussion intra-professionnelle avec les infirmières puisque nous avons maintenant un nombre assez important d'ICS en mesure d'amorcer une critique intellectuelle des soins.

La possibilité pour les ICS de faire reconnaître leur place dans les milieux cliniques par les infirmières généralistes est la condition préalable pour qu'elles puissent prodiguer des soins infirmiers spécialisés à des populations déterminées. Les ICS sont en mesure de jouer un rôle de premier plan dans une pratique spécialisée directe, dans l'élaboration de guides et de protocoles cliniques, l'utilisation de résultats probants, l'appui à la pratique des généralistes et la capacité de fournir des conseils d'experts de même que de faciliter le changement dans les organisations (AIIIC, 2008). Il est temps que le dialogue s'amorce à l'intérieur de la profession, un

dialogue qui pourrait même contribuer à remettre en question les réorganisations de soins qui éloignent du chevet les infirmières généralistes et font en sorte qu'elles sont amenées à faire moins de soins directs. En d'autres termes, il pourrait s'avérer avantageux que les infirmières soient en mesure de discuter et d'arriver à une conception d'un continuum de soins infirmiers qui va de généralistes à spécialistes et qui établit les distinctions appropriées quant à la valeur de l'expérience et celle d'une pratique clinique concrète dans le développement d'une expertise de niveau généraliste et d'une autre de niveau spécialisé ou avancé.

L'évaluation avancée en soins infirmiers

Au Québec, l'observation des milieux cliniques montre que l'infirmière clinicienne spécialisée soigne presque uniquement par personne interposée. Même lorsque les soins sont complexes : l'ICS enseigne et d'autres donnent les soins. Ainsi, les éléments utiles lors de situations complexes, en particulier les connaissances de pratique avancée détenues par les ICS ne sont pas disponibles directement pour les personnes qui pourraient en bénéficier. Paradoxalement, les effets négatifs de cette absence sont encore plus importants pour les ICS elles-mêmes, car elles sont ainsi privées de la principale possibilité de se développer cliniquement n'étant pas impliquées directement dans la pratique, une condition essentielle au maintien et au développement de l'expertise selon plusieurs (Benner et al., 2009; Benner et al., 1999; Gobet & Chassy, 2008). Néanmoins, la description conventionnelle et convenue des ICS consiste à affirmer qu'elles peuvent évaluer des problèmes complexes de soins infirmiers et intervenir selon leur spécialité. On ajoute aussi qu'elles ciblent l'évaluation d'éléments qui concernent la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des symptômes axées sur la collaboration avec le patient/famille. Or, il nous semble important d'approfondir et d'explicitier ces affirmations de façon à pouvoir dégager des caractéristiques distinctives de l'évaluation effectuée par une infirmière de pratique avancée et spécialisée.

L'évaluation avancée s'effectue généralement dans des situations de soins complexes et pour des personnes aux prises avec des expériences de santé et de maladies complexes (Dallaire & Dallaire, 2009a, 2009b). Parallèlement aux soins généralistes, les soins avancés spécialisés débutent par une évaluation même si souvent, la situation de la personne exige que l'évaluation soit accompagnée d'une intervention concomitante. C'est grâce à l'évaluation clinique qu'une ICS reconnaît les particularités d'une situation, suggère

des interventions pour gérer la condition instable d'une personne, articule la perspective de soins infirmiers pertinente à cette situation de soins, laisse entrevoir des possibilités réalistes d'amélioration ou de développement chez la personne malade et établit des distinctions qualitatives fines dans des zones critiques de la pratique (Dallaire & Dallaire, 2008). Actuellement, l'examen physique, un outil d'évaluation, est celui sur lequel on met davantage l'importance au point que plusieurs sont convaincus qu'examen clinique et évaluation clinique sont équivalents (Lesa & Dixon, 2007). Même si l'examen physique est un outil très intéressant, il demeure toutefois un outil parmi ceux utilisés pour effectuer une évaluation (Lemelin & Dallaire, 2010). Dans cette perspective, l'évaluation de l'ICS déborde largement le seul examen physique et par conséquent, l'acquisition d'habiletés pour effectuer des examens physiques ne peut résumer les habiletés et la formation utiles à une évaluation de pratique avancée.

En effet, l'évaluation d'une ICS est beaucoup plus large puisqu'elle s'ancre dans la vision générale en soins infirmiers qui affirme une préoccupation pour la santé humaine globale en ciblant les expériences de santé et de maladie de façon à pouvoir y évaluer les processus de la vie et du bien-être ainsi que les perturbations susceptibles d'amélioration sous l'influence des soins. Puisque la capacité de fonctionner dans la vie quotidienne et dans les relations avec les autres est importante dans toute vie humaine et qu'elle est particulièrement menacée par la maladie, elle sera un point central de l'évaluation effectuée par l'infirmière de pratique avancée. Ainsi, l'évaluation d'une ICS a été qualifiée d'évaluation fonctionnelle (Dallaire & Dallaire, 2009a; 2009b; Hamric et al., 2009).

« Une évaluation fonctionnelle cible ainsi l'évaluation de la perception de la santé et de la qualité de vie, celle de la performance des activités quotidiennes, l'évaluation des facteurs sociaux, physiques, financiers et environnementaux et la façon dont ils facilitent ou font obstacle au fonctionnement. L'évaluation porte finalement sur les stratégies utilisées par la personne et son entourage pour composer avec le stress et les problèmes occasionnés par le problème de santé (Hamric et al., 2009). Cette évaluation conduit à identifier, en partenariat avec la personne, des problèmes dans les réactions et l'expérience des personnes aux prises avec diverses situations de santé et de maladie, étant entendu que la pratique avancée est requise lorsque la situation est plus instable ou plus complexe que celles où les généralistes

sont mises à contribution ». (Dallaire & Dallaire, 2009a, p. 282)

L'évaluation d'une ICS se fait ainsi dans un contexte où le degré d'incertitude est plus grand (Cranley et al., 2009). De plus, le travail au quotidien de l'ICS auprès des infirmières généralistes lui permet de détecter des problématiques récurrentes chez une clientèle particulière. Par exemple, une ICS qui travaille régulièrement avec des infirmières pivots en oncologie neurologique se rend compte d'une problématique récurrente de douleur post craniotomie suite au retour à domicile. Afin de pouvoir faire une évaluation fonctionnelle, elle rencontre quelques patients. Une recherche de résultats probants permet de trouver une intervention pouvant améliorer cette situation. Suite à quelques essais de cette intervention auprès de la clientèle afin de voir si celle-ci apporte les résultats escomptés, elle informe les infirmières pivots et agit comme mentor pour les supporter dans leur recours à cette nouvelle intervention. Elle soutient ainsi les patients et les infirmières et améliore les soins dans notre le système de santé québécois.

L'évaluation fonctionnelle en pratique avancée a besoin d'être complétée par des interventions qui nécessitent une explicitation supplémentaire afin d'être qualifiées d'intervention de pratique avancée. Dans cette perspective le concept de « dose » est utile. On retrouve ce concept parmi ceux utilisés dans les recherches récentes sur les interventions infirmières (Brooten, 2006). Une dose de soins infirmiers est conceptualisée avec trois composantes essentielles : les précisions concernant les soins à donner, les caractéristiques de l'infirmière et la réponse de l'hôte (personne soignée). Les éléments à préciser pour déterminer les soins infirmiers peuvent être macroscopiques (par exemple, le ratio infirmière/patient ou la composition de l'équipe sur le plan du ratio généraliste/spécialiste) ou microscopiques (par exemple, la quantité de temps infirmier et le nombre de contacts auprès de la clientèle) (Brooten, 2006, citée par Dallaire & Dallaire, 2008, p. 255). Au Québec, un centre de recherche sur les interventions infirmières, le Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ), définit une intervention de soins infirmiers comme étant une action planifiée, implantée ou pouvant être implantée par une infirmière et susceptible de produire un changement dans la façon dont la personne se comporte, un changement au niveau de sa compréhension de son état de santé et de sa gestion, un changement mesuré du fonctionnement corporel de la personne ou un changement dans la manière dont la personne est

en relation avec elle-même ou avec les autres (GRIISIQ, 2010). Pour le GRIISIQ, l'intervention peut être un type de thérapie, une stratégie éducative, un programme de soutien ou un mode de coordination de soins.

Dans la perspective où l'ICS doit prodiguer des soins directs suite à l'évaluation d'une personne ayant une problématique complexe ou récurrente, préciser la dose de soins directs « avancés » ou spécialisés devient souhaitable. Dans ce sens, les éléments suivants sont utiles afin de préciser la dose de soins avancés :

« Les soins directs incluent la surveillance des personnes malades, les interventions ou protocoles infirmiers thérapeutiques et la surveillance de leurs effets, l'aide aux personnes et à leurs familles au cours de crises ou de conditions instables, l'enseignement et le soutien pour la modification des réactions en vue d'exercer une influence positive sur la situation, donner des soins de confort et utiliser de façon sécuritaire l'équipement technologique. Les infirmières cliniciennes spécialisées prodiguent des soins lors de transitions et de planifications de départ complexes, nécessitant une compréhension approfondie des exigences des soins, de la continuité des soins et des stratégies d'adhésion aux soins centrés sur la personne » (Hamric et al. (2009) cité dans Dallaire & Dallaire, 2009a, p. 282).

Ces éléments, en particulier la surveillance, l'enseignement, le soutien, les soins de confort et la planification du départ doivent être spécifiés tel que proposé dans le concept de dose. Par ailleurs, alors que les infirmières généralistes procurent des soins à un moment dans le continuum de soins de la personne malade, les ICS assurent des suivis thérapeutiques infirmiers qui peuvent porter sur tout le continuum de santé-maladie, des soins primaires aux soins à domicile, en particulier ceux à des personnes vivant avec une maladie chronique ou en phase terminale et nécessitant des soins palliatifs. Les infirmières de pratique avancée sont également en mesure d'adapter les principes de soins infirmiers fondamentaux dans les soins de la peau, de la mobilité, du contrôle de la douleur et de l'environnement immédiat de la personne lors de situations complexes de soins. Tous ces éléments sont utiles pour préciser le type de soins, la quantité, la fréquence, le moment où ils seront utilisés dans l'épisode de soin, bref la dose de soins infirmiers.

Ainsi, l'évaluation fonctionnelle d'une ICS se concrétiserait lorsque des interventions et des approches spécifient les composantes de la dose

requis. À cet égard, l'ICS bénéficiera de la recherche sur les interventions cliniques à condition que ces recherches fassent appel aux fondements théoriques des soins infirmiers et qu'elles soient ainsi en mesure de contribuer à l'avancement du savoir infirmier clinique (Forbes, 2009). Cette dernière suggère que la recherche sur les interventions cliniques constitue un sous-ensemble dans la recherche infirmière, qui se potentialise lorsqu'elle est incorporée dans des recherches sur les services de santé de façon à ce que les interventions puissent en arriver à constituer une réponse aux besoins de la population et des systèmes de santé. La recension des écrits qu'elle a effectuée montre certains thèmes sur lesquels a porté la recherche sur les interventions cliniques, notamment des approches combinant des interventions d'éducation et de soutien psychologique, des approches de contrôle de symptômes ou des approches en soins de plaies. Aussi, selon Polit et Beck (2009), la littérature montre que les recherches centrées sur les patients sont plus répandues dans les pays asiatiques et aux États-Unis. Au Canada, on pourrait référer à l'article publié par Porr (2008) sur l'apport théorique de Janice Morse. L'article expose la série de concepts infirmiers sur lesquels les travaux de Morse ont porté, notamment sur la douleur et l'impression de désincarnation des patients victimes de brûlures, l'utilisation du toucher dans les unités de soins intensifs, l'adaptation suite à un infarctus du myocarde, le processus d'action de tamponnage (buffering) des conjoints de femmes recevant de la chimiothérapie, et enfin, la communication entre les patients sur des unités de soins prolongés. Ces exemples des progrès accomplis vers une meilleure compréhension des phénomènes qui intéressent les infirmières et dans la vérification de façons de prodiguer des soins à des personnes vivant des expériences de santé et de maladie diversifiées sont en mesure de soutenir les évaluations fonctionnelles des ICS et de servir d'inspiration pour des approches de soins de niveau pratique avancée situées dans le domaine des soins infirmiers.

En somme, au cœur de la pratique avancée, l'évaluation fonctionnelle se déroule dans un contexte où on retrouve essentiellement un ou plusieurs des éléments suivants : un grand degré d'imprévisibilité, la présence de nouvelles conditions, la présence d'une nouvelle population de patients, un nouvel ensemble de problèmes et finalement, la présence de plusieurs problèmes différents demandant des interventions. De telles évaluations conduiront à des interventions qui sont de niveau avancé.

La pratique directe comme mécanisme pour influencer la pratique infirmière

Dans cette dernière partie, nous abordons la nécessité d'une pratique avancée mais à partir des différentes définitions de la pratique avancée qui mettent toutes de l'avant l'apport, par les ICS, d'un soutien visant le maintien et l'amélioration de la qualité des soins. L'ICS conseille le personnel infirmier, les gestionnaires, les médecins et d'autres membres de l'équipe sur les questions concernant la pratique clinique et professionnelle. Elles contribuent à l'établissement d'une culture de recherche dans les milieux de soins, participent à des projets de recherche en soins infirmiers et elles utilisent, entre autres, la recherche pour trouver des solutions aux problèmes cliniques et évaluer les programmes de soins et d'enseignement, les règles de soins, les interventions, bref elles font preuve de leadership clinique (Dallaire & Dallaire, 2009a, 2009b).

On ne peut pas « être contre la vertu », comme il est courant de le mentionner face aux propositions ou aux excellentes visées du paragraphe précédent pour la pratique avancée. Or, si les cibles semblent claires, l'explicitation de la façon dont les ICS vont s'y prendre pour y arriver est souvent peu convaincante ou idéologique, si elle est abordée. Afin de compenser, nous aurons recours à deux perspectives différentes, et néanmoins complémentaires, afin d'affirmer la prépondérance d'une pratique directe comme moyen par lequel les ICS seraient en mesure d'atteindre les objectifs de leadership clinique qu'on leur attribue.

Le premier élément vient d'une proposition quant à la façon de s'y prendre pour que les résultats de recherche soient transférés dans la pratique, en particulier en soulignant le rôle indispensable d'une personne jouant un rôle de « facilitation » (Harvey et al. 2002; Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone, 2004). Selon Kitson et al. (1998) et Rycroft-Malone (2004), une implantation réussie des résultats de la recherche dans la pratique dépend d'une compréhension claire de la nature des évidences utilisées, une qualité du contexte en termes de la capacité à composer avec les changements et la présence du type de facilitation requise pour assurer un processus de changement fructueux. La facilitation est en fait le rôle joué par une personne qui fournit du soutien pour aider les personnes à effectuer les changements de façon à incorporer des résultats probants dans la pratique. La définition plus récente de Stetler et al. (2006) souligne l'importance de la relation entre les personnes et le fait de travailler ensemble pour faciliter le transfert.

En outre, Estabrooks et al. (2005) soulignent la prépondérance chez les infirmières de la consultation des collègues dans la pratique comme source de connaissances. Il apparaît ainsi que la présence d'ICS dans les équipes de soins infirmiers, des ICS donnant elles-mêmes des soins, les positionnerait dans l'environnement immédiat des infirmières, au sein des équipes soignantes, correspondant ainsi aux conditions que nous venons d'énoncer pour influencer la pratique. Les ICS seraient en place, en mesure de jouer un rôle de facilitation, tel que proposé par les résultats des travaux sur les meilleures pratiques à adopter pour promouvoir l'utilisation et le transfert de connaissances. D'ailleurs, les résultats des travaux de recherche récents de Chagnon (2009) soulignent que le contexte actuel des soins infirmiers francophones n'a pas réussi cette transition et nous permet de suggérer que les ICS sont un élément clé vers une telle réussite si elles travaillent dans les équipes de soins. En vertu de ce premier élément, une pratique clinique directe par les ICS doit être mise en place afin qu'elles soient en mesure de jouer un rôle de facilitateur et de contribuer à une meilleure utilisation des résultats de recherche.

Par ailleurs, le deuxième élément du modèle de Kitson et al. (1998) et Rycroft-Malone (2004) mentionné au paragraphe précédent est celui d'un contexte capable d'absorber des changements. Cette réceptivité du contexte est le corollaire des attentes à l'endroit des ICS lorsqu'on s'attend à ce qu'elles fassent preuve de créativité, qu'elles innovent et qu'elles soient perçues comme des leaders cliniques. Comme nous l'avons déjà mentionné, le leadership clinique de l'infirmière de pratique avancée se voit lorsqu'elle est en mesure d'influencer les décisions concernant les soins et services aux personnes, qu'elle explique les décisions cliniques en fonction des besoins de la personne et d'une vision des soins infirmiers et finalement qu'elle propose des approches ou des stratégies pour améliorer et organiser les soins et services offerts (Dallaire & Dallaire, 2008). Le leadership des ICS apporte une différence : elles améliorent l'accès à des soins de santé efficaces, intégrés et coordonnés dans tout le continuum des soins (Brooten et al., 2003; Jarman et al., 2002; Naylor et al., 1994; York et al., 1997). Les ICS participent à mettre en place des innovations cliniques, ce qui exige parfois une nouvelle organisation des soins infirmiers ou de nouvelles modalités pour que les soins soient donnés à des clientèles nouvelles ou selon des modalités différentes. Ce leadership s'ancre dans les informations et l'expérience des soins directs qu'elles prodiguent. Bref, la capacité des ICS nécessite un contexte réceptif à des changements et c'est pourquoi la deuxième perspective

soutenant la nécessité d'une pratique directe pour les ICS vient d'un article publié au milieu des années 1980 par Van de Ven et qui avait pour thème l'examen des problèmes principaux rencontrés dans la gestion des innovations.

Cette perspective a été mentionnée par Estabrooks (2010) lors d'une présentation dans le cadre des conférences du Centre de formation et d'expertise en recherche appliquée en administration des services infirmiers (FERASI), qui propose, à partir des travaux de son équipe de recherche que l'utilisation des connaissances est un processus social, soit un processus qui se produit entre des êtres humains. À partir de Van de Ven (1986), deux éléments ressortent pour obtenir un milieu réceptif aux innovations, soit le problème inhérent à la gestion de l'attention dans les organisations et la non moins problématique gestion des nouvelles idées par ces dernières. Selon Van de Ven (1986), les humains et les organisations sont conçus pour se concentrer, amasser et protéger les pratiques existantes plutôt que pour porter attention à de nouvelles pratiques. Ainsi, plus une organisation a de succès avec ses pratiques actuelles, plus il sera difficile d'atteindre le seuil requis pour attirer l'attention sur des besoins, des idées ou de nouvelles opportunités. Par exemple, l'idée que les soins infirmiers dépendent de connaissances propres ou encore celle que la pratique avancée de type ICS comprend une pratique directe de soins infirmiers qui s'appuie sur une évaluation fonctionnelle avancée pour proposer des approches de soins avancés constitue l'exemple d'une innovation qui peine à dépasser le seuil pour attirer l'attention, puisque c'est une idée complètement nouvelle pour plusieurs. Selon Van de Ven (1986), une innovation se transforme par des processus sociaux et politiques qui lui donnent un sens pour les autres et pour l'organisation. Grâce à ces processus, une innovation devient perçue positivement dans une organisation et les personnes s'attachent à cette idée. Ainsi, l'idée sert de point de ralliement pour mobiliser les efforts, elle devient la cible réunissant ce qui autrement serait demeuré isolé, déconnecté ou fractionné. De tels processus sociaux et politiques permettent à des personnes en compétition de se rallier autour d'une idée.

Toutefois, une fois la cible ou l'innovation bien visible, une autre condition est nécessaire pour soutenir son adoption. Selon Van de Ven (1986), l'énergie et l'engagement requis pour porter attention à des questions non routinières ou à une innovation de façon soutenue pendant une longue période se bute aux limites physiologiques des êtres humains et à l'inertie correspondante dans les organisations. Il affirme que la majorité des personnes n'ont ni le goût ni les capacités pour

s'occuper d'idées complexes, car la majorité des personnes ont une capacité d'attention de très courte durée et recourent à des stéréotypes pour diminuer la complexité au quotidien. Il semble que des ICS impliquées dans une pratique directe seraient en mesure de potentialiser l'énergie requise pour cibler l'attention sur de nouvelles façons de donner les soins. Les ICS pourraient réussir en étant insérées dans les pratiques, en modelant ces dernières au quotidien et par conséquent, en diminuant la complexité et la durée de l'attention requise des collègues pour implanter une pratique avancée et améliorer la pertinence et la qualité des soins. Les ICS seraient présentes pour collaborer avec les infirmières soignantes afin de planifier, mettre en œuvre et évaluer des interventions cliniques dans les cas complexes et résoudre des questions de pratique clinique (DeGrasse & Nicklin, 2001, AIIC, 2003). En somme, conserver un contact direct avec les patients et améliorer la pratique des soins sont des caractéristiques vitales de la pratique avancée. Elles seront en mesure de la faire si elles arrivent à gérer l'attention de façon à faire cheminer ces idées nouvelles.

Conclusion

Contrairement à ceux des infirmières praticiennes, les rôles de l'infirmière clinicienne spécialisée sont menacés. Lorsque la pratique des ICS les éloigne complètement des soins directs à la clientèle, elles ne peuvent plus développer leur expertise particulière et une dévalorisation de ces activités en découle (Sparacino & Cartwright, 2009). Les effets positifs de la pratique avancée sont perceptibles dans les organisations où on leur permet de travailler au niveau des unités de soins. Dans ces milieux, elles contribuent à une meilleure qualité des soins aux personnes soignées en prodiguant elles-mêmes certains soins et elles influencent souvent de façon directe le personnel et le système organisationnel. Au Québec, dans les milieux francophones, les infirmières cliniciennes spécialisées interviennent très peu directement auprès de la clientèle (Dallaire, 2002). Pour maintenir et bonifier l'expertise clinique, une certaine dose de soins infirmiers avancés doit être donnée par les ICS. Les infirmières généralistes pourraient ainsi solliciter leurs collègues ICS pour optimiser leurs connaissances. En d'autres termes, le contact journalier des infirmières cliniciennes spécialisées auprès des patients et de l'équipe de soins pourrait sûrement faire une différence notable pour une nouvelle offre de services aux clientèles ayant une complexité de soins toujours grandissante.

Références

- Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC) (1997). La pratique infirmière de niveau avancée au premier plan. *Zoom sur les soins infirmiers*, Janvier, numéro deux.
- Association des infirmiers et infirmières du Canada (2003). L'infirmière clinicienne spécialisée. Énoncé de position. Récupéré de http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS65_Clinical_Nurse_Specialist_March_2003_f.pdf
- Association des infirmiers et infirmières du Canada (2008). La pratique infirmière avancée : Un cadre national. AIIC: Ottawa. Récupéré de http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_Framework_f.pdf ..
- Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC), (2010). Profil 2008 des effectifs infirmières et infirmiers autorisés du Canada. p. 8, AIIC: Ottawa. Récupéré de http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/2008_RN_Snapshot_f.pdf.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care*. Philadelphie : Saunders.
- Benner, P. A., Tanner C. A., & Chesla, C. A. (Eds.) (2009). *Expertise in nursing practice – Caring, clinical judgment, and ethics*. NewYork: Springer publishing company, 1-23.
- Brooten D. (2006) Nurse dose as a concept, *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 94-99.
- Brooten D. Youngblut, J. M., Deatrck, J., Naylor, M., York, R. (2003) Patient Problems, Advanced Practice Nurse (APN) Interventions, Time and Contacts Among Five Patient Groups. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 73-79.
- Calkin, J.D. (1984). A model for advanced nursing practice. *Journal of Nursing Administration*. 14 (1). 24-30.
- Conseil international des infirmières (CII) (2008) Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée. Série du CII sur la réglementation. p.7.
- Cranley, L., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk A. & Nagle, L. (2009). Nurses' Uncertainty in Decision-Making: A Literature Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. (6)1, 3-15.
- Chagnon, V. (2009). Résultats probants et pratiques d'infirmières en milieu hospitalier. Thèse de doctorat inédite. Faculté des sciences de l'administration. Université laval.
- Dallaire, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique. dans Goulet, O. & Dallaire, C. (éds). *Soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives*. Gaëtan Morin: Boucherville.
- Dallaire, C. & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Ch. 11 Dans Dallaire. C. (ed). *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession infirmière*. Boucherville: Gaëtan Morin, 265-312.
- Dallaire, C. & Dallaire, M. (2009a). Proposer de nouvelles perspectives de carrière : comment choisir? Ch. 16 Dans Delmas, P., Sliwka, C.. *Profession Infirmière : Quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre
- Dallaire, C & Dallaire, M. (2009b). Pratique infirmière avancée : où en est-on ? *Santé mentale*, #141. Octobre Récupéré de http://www.santementale.fr/images/stories/pdf/chercheurs_savoir/sm%20141%20chercheurs.pdf
- Davies, B. & Hugues, A-M (2002) Clarification of Advanced Nursing Practice: Characteristics and Competencies. *Clinical Nurse Specialist*, 16(3), 147-152.
- DeGrasse, C. & Nicklin, W. (2001) Advanced nursing practice: old hat, new design. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 14(4) , p. 7-12.
- DiCenso, A. & Bryant-Lukosius, D. (2010) *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : Synthèse d'aide à la décision*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Extrait du site web le 17 décembre 2010 : http://www.chsrf.ca/final_research/ClinicalNurseSpecialistsAndNursePractitionersInCanada_f.php
- Dreyfus, H.L. & Dreyfus, S.E. (2009). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. Dans P. A. Benner, C.A. Tanner & C. A. Chesla, (Eds.) *Expertise in nursing practice – Caring, clinical judgment, and ethics*. NewYork, Springer, 1-23.
- Estabrooks, C.A (2010). Does Leadership Have a Role in Knowledge Translation? Presentation scientifique, Centre FERASI, Montréal, 18 janvier 2010, récupéré de http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/activites/index-4.shtml.
- Estabrooks, C.A., Rutakumwa,W.,O'Leary, K. A.,Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M.J. & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health Research*, (4) :460-476
- Forbes, A. (2009). Clinical intervention research in nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 46. 557–568
- Glouberman, S., (2002). Structures, power and respect: The Nurse's Dilemma. Extrait du site web le 26 septembre 2010 : http://www.healthandeverything.org/files/Nursing_Paper.pdf.

- Gobet, F. & Chassy, P. (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (1), 129-139.
- Gordon, S., Nelson, S., (2006). Moving beyond the virtue script in nursing : creating a knowledge-based identity for nurses. Ch 1, dans Nelson, S., Gordon, S. The complexities of care. Collection. The culture and Politics of Health Care Work, Ithaca : Cornell University Press., 13-29
- Goulet, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. Ch. 7. Dans Goulet, O. & Dallaire, C. Soins infirmiers et Société. Boucherville : Gaëtan Morin
- Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (2010). Thématique de recherche : interventions en sciences infirmières et résultats cliniques. Extrait du site web le 30 mai 2010 : http://www.griisq.ca/index.php?id=thematique_recherche (consulté le 30 mai 2010)
- Hamric, A.B. (2009) A definition of advanced practice nursing. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson, *Advanced practice nursing – An integrative approach* (4e éd.). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (eds.) (2009). *Advanced practice nursing – An integrative approach* (4e éd.), Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Harvey G., Loftus-Hills A., Rycroft-Malone J., Titchen A., Kitson A., McCormack B. & Seers K. (2002). Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 577–588.
- Holmes, D. & Perron, A. (2008). L'infirmière praticienne en soins de première ligne: entre colonisation et affranchissement. Dans C. Dallaire (Éd). *Le savoir infirmier: au cœur de la discipline et de la profession infirmière*, (pp. 403-414). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Jarman, B., Hurwitz, B., Cook, A., Bajekal, M. & Lee, A. (2002) Effects of community based nurses specialising in Parkinson's disease on health outcome and costs: randomised controlled trial *BMJ* ;324:1072-1075.
- Kilpatrick, K. (2009) Infirmières cliniciennes spécialistes et infirmières praticiennes : les rôles au Québec. Présentation faite dans le cadre du congrès de l'OIIQ, 2009. Récupéré de : http://www.oiiq.org/congres2009/pdf/a25_infirmier_clinicien_specialise_infirmier_praticien_roles_quebec.pdf.
- Kitson A, Harvey G. & McCormack B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*. (7) ,149-158.
- Labarre, K. & Dallaire, C. (2008). L'exercice infirmier et le système professionnel. *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Boucherville : Gaëtan Morin, p.341-349.
- Lemelin, L. & Dallaire, C. (2010). Mettre en œuvre la démarche de soins. Dans C. Dallaire, P.A. Potter, A.G. Perry, S. Lemay, Y. Brassard, C. Lemire & S. Poulin (Éds) *Les soins infirmiers – fondements généraux, chap. 9* (3e éd.). Montréal : Chenelière éducation. (Adaptation de P.A. Potter & A.G. Perry (Éds) *Fundamentals of Nursing* (7e éd). St-Louis : Mosby Elsevier).
- Lesar, R. & Dixon, A. (2007). Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review*. 54, 166 - 172.
- Lloyd Jones, M. (2005). Role development and effective practice in specialist and Advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*. 49(2), 191–209.
- MacKay, M. (2009). Why nursing has not embraced the clinician–scientist rôle. *Nursing Philosophy*, 10, 287–296.
- Mason, D. J. (2006). Pride and prejudice: nurses' struggle with reasoned debate. Ch. 3., in Nelson, S., S. Gordon. (eds). The complexities of care. Collection The culture and Politics of Health Care Work. Ithaca: Cornell University Press. 44-49.
- Nancarrow, S. A. & Borthwick, A. M. (2005). Dynamique professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*. 897-919.
- Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994) Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: A randomized clinical trial. *Annals of internal medicine*, 120, 999-1006.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2002). Émergence de nouveaux rôles. Symposium sur la pratique infirmière avancée au Québec, Le Journal, 9 (3), Extrait du site web de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : Récupéré de : <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol9no3/ap11.htm>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009). International Differences in Nursing Research, 2005–2006. *Journal of Nursing Scholarship*; 41(1), 44–53.
- Porr, C. (2008). The scholarly work of Janice Morse: Synthesis and reflection. *International Journal of Nursing Practice*; 14, 265–272
- Roschkov, S., Urquhart, G., Rebeyka, D., & Scherr, K. (2004). Clinical nurse specialist or nurse practitioner? *Infirmière canadienne*, 100, 19-22.

- Rousseau, N. (2008). Sacrifier l'autonomie pour obtenir la « profession » : les choix des élites infirmières à travers l'histoire et leurs conséquences. Ch. 15 Dans Dallaire, C. *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Boucherville : Gaëtan Morin. 383-401.
- Ruel, J. & Motyka, C. (2009) Advanced practice nursing: a principle-based concept analysis. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 21, 384-392.
- Rycroft-Malone J. (2004). The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297–304.
- Scott, E. S. & Cleary, B.L. (2007). Professional polarities in nursing. *Nursing Outlook*. 55, 250-256.
- Sparacino, P. S.A. & Cartwright C. C. (2009) The clinical nurse specialist. Ch. 12 Dans Hamric, A. B., Spross, J.A., Hanson, C. M. *Advanced Nursing Practice*, 4th ed. Philadelphia: Saunders, 349-379.
- Spross, J.A. & Heaney, C.A. (2000) Shaping advanced nursing practice in the new millennium, *Seminars in oncology nursing*. 16 (1), 12-24.
- Stetler C.B., Legro M.W., Rycroft-Malone J., Bowman, C., Curran G., Guihan M., Hagedorn H., Pineros S. & Wallace C.M. (2006). Role of “external facilitation” in implementation of research findings: A qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration. *Implementation Science*, 1(23).
- Upenieks, V.V., Akhavan. J. & Kotlerman, J. (2008). Value-Added Care: A Paradigm Shift in Patient Care Delivery. *NURSING ECONOMIC*. 26 (5). 294-300.
- Upenieks, V.V . Needleman, J., Soban, L, Pearson, M.L. Paekerton, O. & Yee, T. (2008). The relationship between the volume and type of transforming care at the bedside innovations and changes in nurse vitality. *JONA*, 38 (9), 386-394.
- Van de Ven, A.H. (1986). Central Problems in the Management of Innovation. *Management Science*, 32 (5), 590-607
- York, R., Brown, L.P., Samuels, P., Finkler, S.A., Jacobsen, B., Persely, C.A., Swank, A. & Robbins, D. (1997) A randomized trial of early discharge and nurse specialist transitional follow-up care of high risk childbearing women. *Nursing research*, 46 (5), 254-261.