

Soucieuse de soutenir le développement de la clinique infirmière, **Santé Mentale**, vous propose chaque trimestre une rubrique intitulée « Chercheurs de savoirs » afin de diffuser des articles intéressants la clinique et la recherche. Certains feront débat et susciteront des critiques que nous espérons nombreuses et argumentées pour alimenter une clinique infirmière plurielle et vivante.

## ■ Exclusivité de publication

Les manuscrits soumis à la revue ne doivent pas avoir fait l'objet d'une publication antérieure. Ils ne doivent pas non plus avoir été proposés ou acceptés pour publication dans une autre revue ou ailleurs. Cependant, exceptionnellement, **Santé Mentale** acceptera de publier un texte déjà publié dans une autre revue ; par exemple : si cette revue est peu accessible et que le sujet est très pertinent pour les sciences infirmières. Dans cette situation, l'auteur devra avoir les autorisations requises de publier à nouveau le texte par le titulaire du droit d'auteur.

## ■ Arbitrage des textes

Lorsqu'un manuscrit est confié à **Santé Mentale** aux fins de publication, il est soumis à l'approbation du Comité de lecture mis en place spécifiquement pour la rubrique « Chercheurs de savoirs » et qui accueille des infirmiers cliniciens et chercheurs :

- Philippe Delmas, inf. Ph.D, Professeur associé à l'UQAR, cadre expert Mission Recherche et Développement, Hôtel-Dieu (AP-HP) Paris ;
- Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique, Centre de santé mentale Hélène Chaigneau, Gap (05) ;
- Dave Holmes, inf, Ph.D, Professeur agrégé, école des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Canada ;
- Sylvie Noiseux, inf, Ph.D, Professeur adjoint, faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec ;
- Nicole Ouellet, inf, Ph.D, Professeur agrégé, campus de Rimouski, Québec, directrice de publication de la revue en ligne *L'infirmière clinicienne* ;
- Anne-Marie Pronost, inf, Ph.D, Professeur d'université associé, présidente de l'UFRSI, DSI-DRH, Clinique pasteur, Toulouse (31).

Les membres du comité de lecture doivent fournir leur compte-rendu et recommandations (acceptation, acceptation avec certaines conditions ou rejet du manuscrit) dans un délai de quatre semaines. La rédactrice en chef informe l'auteur des évaluations. Ce processus peut nécessiter plusieurs semaines. Si la décision est favorable, le comité peut proposer des corrections que l'auteur effectuera dans des délais raisonnables. Au moment de l'envoi de la dernière version du manuscrit, l'auteur doit inclure une déclaration de propriété et de cession de droits d'auteurs.

## ■ Cinq types de manuscrits peuvent être présentés à Santé Mentale

### 1- L'article de recherche

Ce type d'article fait état des résultats d'une recherche en sciences infirmières. L'article n'a pas fait l'objet d'une publication dans une autre revue. Il doit présenter une réflexion suffisamment poussée et appuyée par une problématique clairement définie ainsi que par une argumentation solide. Il doit présenter la méthodologie utilisée, les résultats obtenus ainsi qu'une discussion de ceux-ci. Il doit mettre en évidence l'incidence des résultats sur la pratique et la recherche.

### 2- La revue critique des écrits

La revue critique des écrits fait état des connaissances dans un domaine particulier en sciences infirmières. Elle apporte des éléments nouveaux ou traite d'un sujet sous un nouveau jour ou réalise une critique sur l'état des connaissances et donne des pistes d'orientation sur le développement de ces connaissances.

### 3- L'article clinique

L'article clinique est un texte de fond traitant de la pratique et des nouveautés cliniques en sciences infirmières. Cet article est issu de la pratique et doit mettre en évidence des projets, interventions infirmières, technologies récentes ou autre en tenant compte des développements scientifiques et technologiques.

### 4- L'article de réflexion

Ce type d'article présente une réflexion de fond sur une situation, un problème, une idée ou un concept ou une théorie. Il peut traiter aussi d'une question d'ordre philosophique ou épistémologique en lien avec la discipline infirmière.

### 5- L'article méthodologique

Ce type d'article traite de problématiques d'ordre méthodologique rencontrées dans la recherche en sciences infirmières. Elle apporte un regard nouveau sur une méthode, un devis de recherche, une analyse statistique...

Les articles ne doivent pas excéder 25 000 caractères (espaces et bibliographie compris).

Ces recommandations sont empruntées à *L'infirmière clinicienne* ; en savoir plus sur : <http://revue-inf.uqar.ca>



De par sa mission de diffusion des savoirs et le partage des pratiques infirmières en français, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (Sidiief) est fier de parrainer la rubrique « Chercheurs de savoirs » ; [www.sidiief.org](http://www.sidiief.org)



## Pratique infirmière avancée : où en est-on ?

*Le discours ambiant fait  
la promotion de la notion  
de pratique avancée pour les  
infirmières, sans toutefois  
mettre en avant certains  
enjeux et défis que  
son développement  
suscite.*

*Éclairages...*

### ■ Clémence Dallaire

infirmière, Ph.D, Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières  
de l'université Laval, Québec, Canada.

### ■ Martine Dallaire

infirmière, maîtrise en Sciences infirmières,  
université Laval, Québec, Canada.

### ■ Avant-propos

Les professions de santé entament en France un redécoupage de leur champ de compétences et d'actions. Ce phénomène n'est certes pas nouveau d'un point de vue international puisque, sous des pressions budgétaires et de pénurie en personnels, les infirmières américaines ont dû, elles aussi, examiner les extensions de pratiques nécessaires à la prise en charge optimale des patients. C'est ainsi que les universités en Sciences infirmières américaines, puis canadiennes, ont proposé des cursus de formation de 2<sup>e</sup> cycle permettant l'acquisition de connaissances et de compétences nouvelles. Dans ce cadre, la notion de « pratique avancée » restait dans le domaine des soins infirmiers et si des extensions médicales s'avéraient nécessaires, une négociation avait lieu entre l'Ordre des médecins et celui des infirmières ainsi qu'entre leurs universités respectives.

En France, le problème est tout autre. C'est la notion de « transfert de compétences », essentiellement basé sur la substitution verticale, qui prime et introduit la pratique infirmière avancée. On voit d'ailleurs apparaître des masters de « pratiques avancées » élaborés en grande partie par le corps médical et qui ne répondent pas aux nomenclatures internationales des soins infirmiers. Dans ce contexte confus, l'article à suivre précise le concept de pratique avancée.

Philippe Delmas, inf. Ph.D, Professeur associé à l'UQAR  
cadre expert Mission Recherche et Développement,  
Hôtel-Dieu (AP-HP) Paris.

La pratique avancée (*advanced practice*) n'intéresse probablement pas toutes les infirmières puisque la majorité d'entre elles sont des généralistes des soins infirmiers, soit le niveau correspondant au développement de connaissances et d'habiletés professionnelles que doivent maîtriser toutes les infirmières disposant d'une formation initiale (Dallaire et Dallaire, 2008). Les infirmières généralistes développent un jugement clinique qui leur permet de composer avec de multiples situations (des plus simples aux plus complexes). Historiquement, toutes les infirmières étaient des généralistes puisqu'il n'existait pas de spécialisation formelle (sauf pour les infirmiers de soins psychiatriques jusqu'en 1992). À l'heure actuelle, on entend de plus en plus fréquemment parler de « pratique avancée en soins infirmiers » même si le sens de cette expression n'est pas univoque. Discuter de la pratique avancée en soins infirmiers nous ramène donc au thème plus général de l'évolution d'un service offert par une profession afin de répondre aux besoins de la société et, par conséquent, évoluer avec elle. En outre, la somme de connaissances disponibles évolue également, constituant un autre facteur influençant la dynamique des professions. Selon Friedson (1986), l'évolution des professions résulte de la négociation effectuée dans un contexte de réglementation et de contrôles explicites et implicites où l'évolution d'une profession est liée à celle des autres.

### ■ Vers une définition de la pratique avancée

Faire avancer la pratique des soins infirmiers et proposer de véritables plans de carrière met à contribution des mécanismes formels, notamment celui d'enchâsser le champ de la pratique avancée dans celui de la législation et dans un programme de formation offert au niveau gradué. Nancarrow et Borthwick (2005) suggèrent quatre façons permettant à une profession de modifier son champ d'exercice : la diversification, la spécialisation, la substitution horizontale et la substitution verticale.

- **La diversification** consiste à ajouter une nouvelle approche entraînant un élargissement du champ de pratique. La diversification peut, par exemple, admettre de nouvelles tâches ou une autre façon d'offrir des services à de nouvelles

clientèles, recourir à de nouvelles technologies ou proposer une nouvelle conception du service.

- **La spécialisation** est la façon la plus courante de faire avancer une pratique professionnelle bien que ce concept soit mal défini et très peu discuté dans la littérature (Nancarrow et Borthwick, 2005). La spécialisation peut être définie comme l'atteinte par un groupe restreint d'infirmières, suite à une formation, d'un niveau supérieur d'expertise dans un domaine spécifique des soins infirmiers et légitimé par l'obtention d'un titre (Nancarrow et Borthwick, 2005). Une spécialisation typiquement infirmière, remontant à l'origine des soins infirmiers tels que décrit par Collière (1996), serait par exemple celle regroupant les soins autour de la grossesse et de l'accouchement qui donne lieu à une spécialisation de sage-femme pour les infirmières de plusieurs pays (aux États-Unis, *Certified Nurse Midwife* - CNM).

- **La substitution horizontale ou verticale** fait référence à l'agrandissement d'un champ professionnel par emprunt à d'autres professions. Le qualificatif vertical ou horizontal distingue le niveau de formation, d'expertise ou de statut entre les professions qui pratiquent la substitution. L'ajout du privilège de la prescription de médicaments au champ d'exercice de certaines infirmières constitue un exemple de substitution puisque celle-ci est du domaine médical.

- La substitution est dans ce cas verticale parce que les médecins sont plus formés que les infirmières dans ce domaine. Les infirmières qui acquièrent la possibilité de prescrire n'obtiennent pas l'autonomie complète sur la prescription. Elles demeurent donc dans une relation de « subordination technique » (Nancarrow et Borthwick, 2005) sans atteindre l'autonomie de la profession plus formée, plus prestigieuse et mieux rémunérée. En France, les propositions formulées par le Pr Yvon Berland (Berland, 2003) de « transfert de compétences » constituent en majorité des exemples de substitution verticale.

- La substitution est horizontale lorsqu'elle se produit entre des professions de même niveau de formation et d'expertise qui échangent des activités sans mettre en jeu leur autonomie comme dans la substitution verticale. La pratique inter-

professionnelle souhaitée dans les systèmes de santé contemporains donne lieu à de nombreuses substitutions horizontales. Au Québec, les infirmières peuvent conseiller une personne sur son alimentation, même si ces activités sont réservées aux nutritionnistes, mais sans exclusivité. De cette façon, les infirmières peuvent, en toute légitimité, pratiquer les activités d'un groupe spécifique de professionnels de la santé autre que les médecins.

En somme, la diversification et la spécialisation impliquent l'expansion de la profession à l'intérieur de ses frontières. La substitution horizontale ou verticale implique des emprunts à l'extérieur du champ d'exercice d'une profession. Elles sont ainsi interprofessionnelles ou interdisciplinaires sur le plan des connaissances utilisées. Finalement, la diversification est accessible à tous les membres d'une profession, la substitution est accessible de façon variable - et parfois circonstancielle - alors que la spécialisation n'est accessible qu'à un groupe limité. Ainsi, la diversification modifie le champ d'exercice des infirmières généralistes et doit y être introduite avant de donner lieu à une spécialisation. Dans cette perspective, la pratique infirmière avancée pourrait découler seulement d'une spécialisation dans un domaine des soins infirmiers pour lequel on dispose du savoir infirmier et qui fait déjà partie de la pratique des soins (Schober et Affara, 2006). À l'inverse, la substitution par l'emprunt à la médecine de certaines de ses activités est au cœur des discussions au sujet de la pratique avancée. Plus spécifiquement, ce qui précède montre qu'en France, le rapport du Pr Berland (Berland 2003) semble s'inspirer exclusivement de la substitution pour modifier le champ d'exercice infirmier et introduire la pratique avancée.

### ■ La pratique avancée

Certains voient le concept de Pratique Infirmière Avancée (PIA) comme un terme générique ou parapluie (Mantzoukas et Watkinson, 2006). Une PIA est ainsi un titre générique incorporant différents rôles infirmiers désignés par un ensemble de titres (Schober et Affara, 2006). La définition proposée par le Conseil International des Infirmières (CII) suite à une enquête internationale en 2005 est la suivante : « Une infirmière de pratique avancée (ou infirmière praticienne) est une infirmière qui a acquis des connaissances de

niveau expert, des habiletés complexes de prise de décision et de compétences cliniques pour une pratique étendue, dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte ou le pays dans lequel elle obtient sa formation. Une formation de niveau maîtrise est recommandée ». L'exigence minimale de formation pour la pratique avancée est celle d'un grade d'études supérieures en sciences infirmières ou d'une maîtrise en sciences infirmières (rappelons que les étudiants en soins infirmiers français viennent d'obtenir à la rentrée 2009, la reconnaissance de leur Diplôme d'État au grade de licence...). En outre, les infirmières doivent démontrer leurs compétences à prodiguer des soins directs à un niveau correspondant à celui de la pratique infirmière avancée (Hamric et al, 2000 ; Calkin, 1984). Dans cette perspective, les infirmières dont la pratique se concentre sur la formation de leurs pairs, la recherche ou l'administration des services infirmiers ne se qualifieraient pas pour porter le titre de praticienne avancée même lorsqu'elles auraient une formation de deuxième cycle. Ainsi, le fait de prodiguer des soins est un élément essentiel au développement des compétences d'une pratique infirmière avancée puisqu'il permet de combiner les connaissances acquises au cours des études supérieures à celles issues de l'expérience clinique (Oberle et al., 2001). En somme, une infirmière de pratique avancée possède une formation de deuxième cycle lui permettant de donner des soins infirmiers s'inspirant de ses connaissances, de son expérience et d'une vision des soins infirmiers.

### ■ Pratique avancée versus spécialisation

Au-delà de cette définition de la pratique infirmière avancée, nous allons distinguer la pratique d'une généraliste des soins infirmiers de celle d'une spécialiste parce qu'une partie de la littérature semble entretenir une certaine confusion sur le sujet. D'abord, que ce soit pour une infirmière généraliste ou avancée, les fondements de la pratique en soins infirmiers sont les mêmes. Ces éléments ne peuvent donc pas servir de base à une distinction entre les deux niveaux de pratique. Au cœur de toute pratique infirmière, une conception commune met en avant une vision globale, centrée sur les personnes, leurs proches et l'environnement, promeut leurs

intérêts et mise sur un partenariat avec les autres professionnels dont les infirmières coordonnent souvent les interventions (Dallaire et Dallaire, 2008). Ces éléments des soins ne sont pas distinctifs d'une pratique avancée bien qu'ils soient régulièrement mentionnés dans sa description.

En empruntant les caractéristiques génériques proposées par Mantzoukas et Watkinson (2006), formulées suite à une synthèse de la littérature, la pratique avancée peut être distinguée comme suit : « Une pratique avancée se caractérise par l'utilisation des connaissances dans la pratique, les habiletés critiques et analytiques, le jugement clinique et les habiletés de prises de décision, le leadership professionnel et la quête clinique, les habiletés de coaching et de mentorat et les habiletés de recherche ». Penchons-nous sur chaque caractéristique.

• **L'utilisation des connaissances dans la pratique** est la première caractéristique générique (Alic, 2008 ; Hamric et al, 2000 ; Oberle, et al, 2001). Comme nous l'avons expliqué ailleurs, (Dallaire et Dallaire, 2008), les infirmières de pratique avancée ont des connaissances cliniques et thérapeutiques

plus vastes et plus approfondies que les généralistes. Selon Donaldson et Crowley (1978), une discipline professionnelle a besoin de trois sortes de connaissances : fondamentales, cliniques et thérapeutiques. Le savoir clinique est celui qui produit une nouvelle compréhension de phénomènes observés (par exemple la fatigue, la douleur, le confort) alors que le savoir thérapeutique est celui qui suggère des interventions. Selon Calkin (1988), une pratique avancée dénote une précision de la pensée et de l'agir qui découle de deux types de « savoir » :

- le premier type de savoir proposé par Calkin correspondrait aux savoirs fondamentaux, cliniques et thérapeutiques de Donaldson et Crowley (1978) acquis majoritairement par la formation ;
- le deuxième type de savoir, celui dénotant une familiarité avec un phénomène, se construit à partir du premier et d'une pratique des soins infirmiers. Le savoir de la pratique permet d'apprendre la trajectoire particulière d'un problème de santé et des réactions qu'il suscite chez une personne (Benner, 1984).

La pratique avancée est ainsi au carrefour

### ● Et en France ?

(...) En France, les pratiques dites avancées telles qu'entendues dans le sens anglo-saxons existent, mais ne sont pas repérées comme telles. Elles se développent néanmoins depuis une vingtaine d'années sans aucune reconnaissance, sinon celle, implicite, du médecin chef de service. Elles se pratiquent donc dans une illégalité concertée. C'est le cas notamment en psychiatrie où la pénurie médicale conduit les infirmiers à prendre en charge l'accueil et l'orientation des personnes se présentant en secteur psychiatrique. Ou encore dans le cadre de consultations infirmières « avancées » en éducation thérapeutique, en diabétologue ou oncologie notamment, au plus près du patient. À ce propos, il est à noter que seul le rapport Berland (\*) aborde très succinctement l'exercice en psychiatrie par une proposition de « transfert des compétences » médicales sur la fonction de psychologue dans le cadre de la pénurie de psychiatres. Aucun état des lieux n'est cependant envisagé, ce qui permettrait d'identifier les nombreuses pratiques infirmières existantes tant autour de l'accès aux soins que du suivi pro-actif des pathologies mentales à long terme. D'autres pratiques, les pratiques de réseau (de santé et de soins) et de coordination qui se développent aujourd'hui autour du patient ou d'une population se situent dans des prises en charge en amont et en aval de l'intervention médicale et seraient à étudier sous l'angle de « pratiques avancées » dans la mesure où elles préparent et assurent un suivi pro-actif au long cours et ce, en complémentarité avec d'autres professionnels de santé. (...)

Guy Isambart

(\*) Berland Y. (octobre 2003), « La coopération des professions de santé : le transfert des tâches et de compétence ».

• Extrait de « Pratiques avancées, de quoi parlons-nous », article de G. Isambart, juin 2006, issu d'un travail de réflexion mené avec des étudiants en exercice (infirmiers et cadres infirmiers) lors de leur formation en Master « Audit Expertise Soins » (2005-2006, Institut Montsouris, Paris) ; [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com)

d'une somme de connaissances théoriques et scientifiques acquises d'abord par une formation comprenant des études de maîtrise (dossier à suivre en France) et maintenues à jour par la suite, connaissances intégrées à celles se construisant à partir de l'expérience clinique, d'où l'impératif de soins directs. L'utilisation de connaissances dans la pratique, et non seulement la quantité ou la qualité des connaissances, est la première caractéristique générique de la pratique avancée.

En outre, les connaissances doivent appartenir au domaine de la discipline infirmière afin de conduire à une compréhension et à des interventions qui s'inspirent du champ disciplinaire infirmier. Cette deuxième caractéristique est surtout importante si l'on veut faire avancer la pratique en la spécialisant puisqu'elle garantit l'autonomie. En général, le concept de connaissances infirmières (fondamentales, cliniques et thérapeutiques) est difficile à appréhender surtout si l'on n'est pas un familier de la littérature sur le sujet. Les connaissances en soins infirmiers avancés s'inspirent d'une vision globale de la personne et écologique de la santé humaine (Dallaire et Aubin, 2008). Ils apportent des connaissances pour comprendre les réactions humaines lors de problèmes de santé particuliers et renseignent sur leur évolution possible. Ils ajoutent une compréhension des complications et des périodes d'instabilité éventuelles et offrent des explications de l'expérience humaine découlant de ces mêmes problèmes de santé et de l'évolution des réponses humaines dans ces circonstances. Le savoir avancé explique les interventions et les variations à faire dans ces interventions pour remédier aux problèmes dans des situations complexes de l'expérience de santé ou de maladie vécue par des personnes ou des populations diversifiées. Les connaissances avancées portent également sur les principes scientifiques sous-jacents aux interventions, aux habiletés techniques et à leurs applications dans différents contextes du système de distribution de soins ainsi qu'une connaissance plus large d'un éventail d'interventions que celui dont dispose une infirmière généraliste. C'est donc en raison de la complexité des réactions humaines dans des situations de santé/maladie et de l'instabilité des conditions qu'elles peuvent susciter que les soins prodigués par des infirmières de pratique avancée nécessitent des connaissances plus approfondies.



Photo: iStockphoto

“En France, Le rapport du Pr Berland sur Le transfert de compétences semble s'inspirer exclusivement de La substitution pour modifier Le champ d'exercice français et introduire La pratique avancée.”

• **Les habiletés critiques et analytiques** constituent le deuxième élément caractéristique d'une pratique avancée. Dans le contexte de la pratique avancée, on mise davantage sur ces habiletés en raison de la

complexité ou de l'instabilité des réponses humaines. De nombreux travaux de recherche ont montré que les situations complexes font davantage appel à l'analyse et au raisonnement conscients qu'à l'intuition, plus adaptée à la pratique routinière (Benner et al, 1999 ; Calkin, 1984 ; Gobet et Chassy, 2008).

• **Le jugement clinique et les habiletés de prise de décision de la pratique avancée** s'affirment lorsque les connaissances théoriques s'imbriquent avec l'expérience grâce aux soins prodigués directement (Smith, 2003 ; Benner et al, 1997 ; Gobet et Chassy, 2008) et des options d'interventions plus nombreuses ou plus efficaces peuvent ainsi être générées.

• **Le leadership professionnel et la quête d'une meilleure pratique (clinical inquiry)** se manifestent lorsqu'une infirmière influence 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 les soins et services offerts (Dallaire et Dallaire, 2008).



En fait, les infirmières de pratique avancée seraient en mesure de jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration de guides et de protocoles cliniques, préconisant l'utilisation des résultats de recherches récentes, et facilitant le changement dans le système (AIIIC, 2008).

- **Les habiletés de coaching et de mentoring** constituent la cinquième caractéristique générique de la pratique avancée. Pour le moment, convenons que le « mentorat » désigne une aide apportée sur une longue période à une personne pour apprendre et développer ses compétences alors que le coaching consiste en un accompagnement individuel visant à développer et à améliorer des compétences à court ou à moyen terme (*Le Grand Dictionnaire terminologique*, 2008). Puisqu'elles prodiguent des soins directs et sont ainsi dans les milieux de soins, les infirmières de pratique avancée sont en mesure d'être consultées par des collègues aux prises avec des situations complexes en leur fournissant de l'appui et des conseils d'experts, tout en soutenant le développement de leurs habiletés. Par ailleurs, Hamric et al. (2000) expliquent que ces habiletés visent également les

personnes malades et leurs familles, notamment lorsqu'elles s'assurent de la continuité des soins et des suivis thérapeutiques.

- **Le développement des habiletés de recherche** constitue la dernière caractéristique évoquée par Mantzoukas et Watkinson (2006). Dans la perspective des programmes de deuxième cycle universitaire, la formation à la recherche consiste à préparer une infirmière à lire la recherche, l'évaluer et l'intégrer dans sa pratique. Sur le plan de la conduite de projets de recherche, une maîtrise prépare à collaborer à des projets de recherche, mais ne vise pas à la préparation de chercheurs autonomes qui s'effectue en général au niveau du doctorat.

### ■ Enjeux, défis et perspectives

Un discours ambiant qui fait une promotion vigoureuse de la pratique avancée ne met pas toujours en avant certains enjeux et défis que son développement suscite pour la profession infirmière. Les enjeux concernent ce que l'on peut gagner ou perdre avec, au premier plan, la possibilité d'entrevoir des cheminements de carrière améliorés et une meilleure reconnaissance de la contribution des soins infirmiers avec une autonomie accrue dans la pratique. Les défis sont des incitations à réaliser des choses difficiles, notamment, un consensus sur le niveau de la formation initiale demandée, la mise en place des conditions d'implantations et d'exercice favorables, la délimitation des rôles de la pratique avancée et l'arbitrage des conflits interprofessionnels qui en découlent. Les défis pourront s'exprimer dans les luttes qui devront être menées ou dans les efforts de dépassement qu'exigera à la profession l'ajout d'une pratique avancée spécialisée. ✨

*Cet article est une version condensée du chapitre : Dallaire C., Dallaire M. (2009) : « Proposer de nouvelles perspectives de carrières : comment choisir ? » chapitre 16 in Delmas P. (ed.) « Profession d'infirmière : quelle place et quelles pratiques à l'avenir ? », Paris, Éditions Lamarre 2009, pp. 265-290.*

Rubrique en accès libre sur  
[santementale.fr](http://santementale.fr)

## ● Bibliographie

- ▶ Adams P. L. (1990). Prejudice and Exclusion
- ▶ AIIIC (2008). La pratique infirmière avancée: Un cadre national. AIIIC: Ottawa. [www.cnaaiic.ca](http://www.cnaaiic.ca) (téléchargé le 2 août 2008).
- ▶ Benner, P. (1995). De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. InterÉditions: Paris.
- ▶ Benner, Hooper-Kyeiakidis Et Stannared (1999). Clinical Wisdom and interventions in critical care. Philadelphia: Saunders.
- ▶ Berland Y. (octobre 2003), « La coopération des professions de santé : le transfert des tâches et de compétence ».
- ▶ Calkin, J.D. (1984). A model for advanced nursing practice. Journal of Nursing Administration. 14 (1). 24-30
- ▶ Calkin, J.D. Specialization in nursing practice. (1988) dans Baumgart, A., Et Larsen, J. (1988). Canadian Nursing Faces the Future: Development and Change. (19-37). Toronto: Mosby.
- ▶ Collière. M.F. (1996). Soigner, Le premier art de la vie. Paris: InterÉditions.
- ▶ 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., Aubin, K, (2008). Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière.ch. 1, Dans Dallaire, C. (ed), Le savoir infirmier: au cœur de la discipline et de la profession infirmière. Gaëtan Morin: Boucherville 3-26 pp.
- ▶ Dallaire, C., Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Ch. 11 Dans Dallaire, C. (ed). Le savoir infirmier: au cœur de la discipline et de la profession infirmière. Boucherville: Gaëtan Morin, 265-312.
- ▶ Donaldson, S.K, Crowley, D.M (1978). The discipline of nursing. Ch. 18 dans Nicoll. L.H., (ed). Perspectives on nursing theory. New York: J.B. Lippincott. 204-215.
- ▶ Friedson, E. (1986). «Professional dominance and the ordering of health services: Some consequences», dans P. Conrad et R. Kern (sous la dir. de), The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives, 2<sup>e</sup> éd., New York, St. Martin's Press.
- ▶ Gobet, F., P. Chassy (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: a discussion paper. International Journal of Nursing Studies 45. 129-139.
- ▶ Hanson, C.M., Hamric, A.B. (2003). Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. Nursing Outlook. 51, 203-211.
- ▶ Mantzoukas, S. Watkinson, S. (2006). Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. Journal of Clinical Nursing. 16, 28-37
- ▶ Nancarrow, S.A., Borthwick, A.M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. Sociology of Health et Illness, 897-919.
- ▶ Oberle, K, Allen, M., (2001). The nature of advanced practice nursing. Nursing Outlook, 49, 48-53.
- ▶ Schober, M., Affara, F. (2006) . International Council of Nurses. Advanced Nursing Practice. Oxford: Blackwell Publishers.