



LA

Discipline infirmière

UNE CONTRIBUTION DÉCISIVE AUX ENJEUX DE SANTÉ

Étude réalisée pour le SIDIIEF par le
Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Jacinthe Pepin, infirmière, Ph. D. Professeure titulaire
Caroline Larue, infirmière, Ph. D. Professeure agrégée
Émilie Allard, infirmière, M.Sc. étudiante au doctorat
Laurence Ha, infirmière, M.Sc. candidate au Ph. D.



LA
**Discipline
infirmière**

UNE CONTRIBUTION DÉCISIVE AUX ENJEUX DE SANTÉ

Étude réalisée pour le SIDIIEF par le
Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Jacinthe Pepin, infirmière, Ph. D. Professeure titulaire
Caroline Larue, infirmière, Ph. D. Professeure agrégée
Émilie Allard, infirmière, M.Sc. étudiante au doctorat
Laurence Ha, infirmière, M.Sc. candidate au Ph. D.

© Droits d'auteur, 2015
Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Canada
www.cifi.umontreal.ca

DISTRIBUTION

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIIEF)
4200, rue Molson, bureau 142, Montréal (Québec) H1Y 4V4 Canada
Téléphone : (++) 1 514 849-6060
Télécopieur : (++) 1 514 849-7870
info@sidiiief.org
www.sidiiief.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
ISBN 978-2-9808341-8-9
ISBN 978-2-9808341-9-6 (PDF)

**Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger
le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.**



SIDIIEF

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Organisation internationale non gouvernementale sans but lucratif, dont le siège social est à Montréal (Québec, Canada). Le SIDIIEF est doté du statut consultatif auprès des instances de l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF). Le SIDIIEF anime un réseau francophone d'infirmières et d'infirmiers d'une trentaine de pays de la francophonie.

MISSION

Le SIDIIEF a pour mission de faciliter la mise en réseau de la communauté infirmière dans tout le monde francophone, de mettre en valeur le leadership infirmier et de promouvoir la contribution de la profession infirmière à la santé des populations.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	iv
RÉSUMÉ.....	vi
OBJET DE L'ÉTUDE	viii
MANDAT	ix
MÉTHODE	x
REMERCIEMENTS.....	xii

VOLET 1

LES FACTEURS FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE.....	15
Le concept de discipline.....	16
Le cadre de référence	19
Vers une compréhension des facteurs	19
L'ontosystème	20
Le microsystème	20
Le mésosystème	20
L'exosystème.....	20
Le macrosystème	20
Le chronosystème	20
L'ontosystème : la discipline infirmière.....	21
Le microsystème : les membres et la communauté.....	22
Conscience des membres.....	23
Interaction entre les membres.....	24
Identité disciplinaire	24
Le mésosystème : la formation et la recherche.....	27
Formation universitaire.....	27
Recherche disciplinaire.....	29
Intégration des savoirs dans la pratique.....	31
L'exosystème : les facteurs politiques, économiques et sociétaux.....	32
Soutien politique.....	33
Conjoncture économique.....	35
Positionnement de la discipline dans le paradigme social contemporain.....	36
Le macrosystème : la culture.....	37
Accès aux savoirs récents.....	38
Partage international de valeurs.....	39
Participation de la discipline infirmière aux changements mondiaux en santé.....	40

PRÉAMBULE

iv

Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIIEF) est fier de présenter les faits saillants d'une étude qui met en relief le développement de la discipline infirmière, une discipline professionnelle, scientifique et universitaire (*academic*) bien connue sous l'appellation de « sciences infirmières ».

Ce document de référence, sans équivalent en langue française, pose un regard attentif sur les facteurs qui président à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. Sous l'angle du modèle écologique, il appert que les tenants de cette discipline font preuve d'un engagement soutenu pour arriver à une production de savoirs porteurs de retombées significatives pour la santé des populations dans le monde.

Les infirmières et les infirmiers du réseau mondial du SIDIIIEF réclament depuis longtemps des orientations sur les concepts rassembleurs de la discipline en regard d'une trame des compétences à privilégier pour la filière universitaire de formation. C'est dans le contexte de cette demande que le mandat a été confié au Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de l'Université de Montréal. L'étude permet de saisir comment divers facteurs influent sur le positionnement des soins infirmiers comme discipline scientifique et universitaire. L'importance de la formation universitaire des 1^{er}, 2^e et 3^e cycles d'études en sciences infirmières et de la recherche ne fait donc aucun doute. De nature théorique, le contenu se veut adaptable aux milieux de pratique de tous les pays. Le volet 2 de l'étude propose un cheminement où tous se reconnaissent, et ce, même si la formation n'est pas encore offerte en filière disciplinaire universitaire dans leur pays ou région.

Le SIDIIEF souhaite non seulement que le document soit utile à l'ensemble de la communauté infirmière, mais qu'il soit à l'origine de débats constructifs avec tout autre acteur, tant des divers niveaux des systèmes de santé que de l'enseignement supérieur.

C'est la contribution qu'infirmières et infirmiers proposent en regard des grands défis de santé : une approche des soins ancrée dans la recherche comme mode de pensée, la formation universitaire comme préalable à la maîtrise de compétences spécifiques, à la production de savoirs et à une participation active à des percées scientifiques. Ces savoirs de haut niveau sont les points d'ancrage d'un apport à l'élaboration de stratégies et de politiques de santé qui conditionnent l'avenir dans un monde en constante transformation.

Au-delà de ces considérations, l'étude du CIFI nous rappelle l'importance de l'engagement à poursuivre le développement de la discipline et de la recherche, à partager les savoirs pour la santé des populations, d'où la nécessité d'être présent aux grands débats, de se concerter autour d'alliances prometteuses pour contribuer de manière tangible à des prises de décision éclairées pour la santé mondiale.

Hélène Salette, inf., M. Sc., ASC
Secrétaire générale du SIDIIEF

RÉSUMÉ

Plusieurs facteurs ont influé sur l'émergence et le développement de la discipline infirmière. Nous les avons regroupés en sphères systémiques interdépendantes, comme le propose le modèle écologique. De la revue des écrits, il appert que la discipline et la pratique professionnelle, intimement liées, doivent entretenir des relations de mutualité. Alors que **la principale activité de la discipline est la recherche, la principale activité de la profession est la pratique**. Il importe donc de mettre en œuvre des moyens qui favorisent l'arrimage de ces deux activités centrales et animent leur relation réciproque.

Selon l'analyse inspirée du modèle écologique, le caractère social du développement disciplinaire est également frappant. Au-delà du regroupement des différents membres de la discipline, il est nécessaire de construire une **identité disciplinaire forte** qui sera à valoriser auprès des acteurs et des instances internes et externes à la discipline. Pour ce faire, la **formation universitaire** ainsi que la **diffusion et l'utilisation des résultats de recherche** apparaissent comme des avenues porteuses, pourvu que ces activités participent de manière spécifique et complémentaire à **relever des défis de santé**.

Alors que les sciences infirmières représentent une **discipline professionnelle, scientifique et universitaire** (*academic*), dont la place est prépondérante dans le domaine de la santé, chaque infirmière doit intégrer ce qui est spécifique à sa discipline et parvenir à le refléter auprès des autres professionnels et de la population.

C'est ce dont témoignent les écrits qui ont été plus nombreux à aborder les questions liées à la **formation** et à la **recherche** (mésosystème) de même que les facteurs politiques, économiques et sociaux (exosystème). Pourtant, il importe que tous les membres (microsystème) soient non seulement **conscients** de ce regard, de cette **perspective infirmière** distincte, mais qu'ils **pratiquent à partir de cette perspective et posent des questions** qu'il faudra examiner dans un processus **de recherche**. De plus, le développement de la discipline se concrétisera nécessairement en interaction avec les facteurs liés aux **valeurs globales des sociétés**, telle l'importance accordée aux soins, aux savoirs et à la recherche (macrosystème). Il importe donc qu'une veille, quant aux grandes tendances mondiales en matière de savoirs et de santé, soit assurée individuellement et collectivement afin que l'avancement des connaissances soit en phase avec ces tendances.

Enfin, cette étude a permis de dégager, à partir d'un consensus d'experts internationaux, les caractéristiques et les composantes essentielles à la formation infirmière universitaire. Les divers cycles de cette formation préparent des infirmières autonomes qui exercent à la pleine étendue de leur champ de pratique, en collaboration avec des collègues de diverses disciplines. On l'a vu, **la formation universitaire est un facteur central et une pierre angulaire du développement de la discipline infirmière pour une contribution décisive aux enjeux de santé.**

OBJET DE L'ÉTUDE

Le SIDIIEF publiait en 2011 son mémoire *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*.

Il recommandait aux gouvernements des pays de la Francophonie :

- d'instaurer un système d'enseignement universitaire de 1^{er}, 2^e et 3^e cycles d'études en sciences infirmières;
- de statuer sur le niveau universitaire de bachelier/*bachelor* ou de licence en sciences infirmières comme condition d'entrée à la profession infirmière; et
- d'inviter l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) à soutenir prioritairement les pays d'Afrique par des mécanismes de coopération institutionnelle, nationale, intra- et interrégionale visant à mettre en place la formation universitaire en sciences infirmières.

Le SIDIIEF a adopté en assemblée générale, en mai 2012, la *Déclaration en faveur de la formation universitaire pour les infirmières et infirmiers de l'espace francophone*, lançant un appel formel aux gouvernements des pays de la Francophonie.

Dès lors, plusieurs membres du SIDIIEF ont demandé en assemblée générale certaines balises, voire un référentiel de compétences, pour la formation universitaire en sciences infirmières. D'autres avaient pour préoccupation de faire émerger la discipline infirmière dans leurs pays. Le présent rapport, qui fait état d'une étude en deux volets, se veut une réponse à ces demandes des membres, tout en respectant la définition du champ de pratique infirmière de chacun des pays de même que l'autonomie des diverses instances concernées par la formation universitaire en sciences infirmières. Des échanges entre la direction du SIDIIEF et celle du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) ont permis l'établissement du mandat décrit ci-dessous.

MANDAT

Le SIDIIEF a mandaté le CIFI pour réaliser une étude en deux volets :

- établir les conditions d'émergence de la discipline infirmière et illustrer la recherche disciplinaire à partir d'écrits centraux et de recherches infirmières marquantes dans différents secteurs cliniques;
- dégager les composantes de formation universitaire essentielles à la pratique infirmière aux différents paliers du cheminement de carrière (après le 1^{er}, le 2^e et le 3^e cycle de formation universitaire) à partir de référentiels et programmes existants et de la consultation d'acteurs clés dans la Francophonie.

MÉTHODE

Pour le premier volet, une recherche informatisée des écrits portant sur la discipline infirmière a été effectuée en utilisant les mots-clés « *Discipline* », « *Nurses* », « *Nursing* », « *Discipline of nursing* » et « *Research discipline* » dans les moteurs de recherche CINAHL, MEDLINE et Google Scholar. Les articles recueillis à partir de la combinaison de ces différents mots-clés et portant sur les sciences infirmières ont été conservés; puis des critères restrictifs de langue (français et anglais) et de date de publication (2000 à ce jour) ont été appliqués sur les résultats trouvés. De plus, seuls les articles dont le résumé était disponible pour lecture immédiate sur les moteurs de recherche ont été gardés. Après lecture du résumé de ces quelque 990 articles, seuls les écrits jugés les plus pertinents à l'établissement des facteurs favorisant l'émergence et le développement de la discipline furent retenus et utilisés dans cette recension. Au total, 22 articles, presque tous de nature théorique, ont été répertoriés pour ce volet. Des articles ou ouvrages souvent cités, certains publiés avant 2000, ont été systématiquement recherchés. Une attention particulière a été portée au repérage de textes en provenance des pays de l'espace francophone.

Pour le deuxième volet, qui visait à dégager les composantes essentielles à la pratique infirmière aux différents paliers du cheminement de carrière (après le 1^{er}, le 2^e et le 3^e cycle de formation universitaire), la collaboration d'acteurs clés dans la Francophonie a été demandée pour obtenir les profils de sortie ou les référentiels de compétences sur lesquels les programmes universitaires en sciences infirmières sont basés. Plusieurs documents disponibles en ligne ont été consultés. Des composantes ont d'abord été dégagées des documents reçus ou disponibles en ligne (Belgique,

Canada, Côte d'Ivoire, France, Liban, Roumanie, Suisse, Tunisie). Il s'agit de référentiels de compétences ou de descriptions d'orientation pour 39 programmes de huit pays. De plus, des écrits de référence sur la formation universitaire (Bourdoncle et Lessard, 2003; Canadian Association of Schools of Nursing [CASN], 2014; Conférence universitaire Suisse, 2007; Lessard et Bourdoncle, 2002; ORPHEUS/AMSE/WFME Task Force, 2014) ont été consultés. Présentées sous forme de tableau, les composantes dégagées par les chercheuses nord-américaines ont ensuite été validées auprès d'acteurs clés de l'Afrique, de l'Europe et du Moyen-Orient, lors d'une visioconférence (3 avril 2014), d'une téléconférence (22 avril 2014) et au moyen de commentaires écrits individuels.

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement toutes les personnes des diverses régions de la Francophonie, issues du réseau mondial du SIDIIEF, qui ont participé à l'étude et enrichi les composantes essentielles à la pratique infirmière par le partage de leurs expériences particulières. Ce sont :

AFRIQUE

Bertille Clarence LOOSLI-AVIMADJESSI,
infirmière, M. Sc., étudiante au doctorat

Enseignante à l'Institut national médico-sanitaire (INMeS) BÉNIN

Marie ABEMYIL, infirmière, M. Sc., sage-femme,

Directrice de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé

Université Adventiste Cosendai de Nanga-Eboko CAMEROUN

Faustin YOUNGONE, infirmier-enseignant, DES Soins infirmiers

Sous-directeur de l'École de Spécialités

Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) CÔTE D'IVOIRE

Majda BAROUDI, Ph. D. (biochimie)

Fondatrice et directrice

Institut Privé de Formation aux Professions de Santé (IPFOPS) MAROC

Mennioui ABDELALI, IDE spécialisé dans l'enseignement paramédical

Conseiller et responsable pédagogique

Institut Privé de Formation aux Professions de Santé (IPFOPS) MAROC

Rafia CHIDA

Directeur général

Unité Centrale de la Formation des Cadres

Ministère de la Santé TUNISIE

Rouï HAMOUDA

Directeur d'« Avenir Formation »

Institution privée de formation continue pour les personnels de santé

Inspecteur pédagogique des institutions de formation du ministère

de la Santé TUNISIE

EUROPE

Cathy DELANNOY, infirmière, L. Sc. (santé publique)

Directrice, Catégorie paramédicale

Parnasse — Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI) BELGIQUE

Chantal EYMARD, infirmière cadre de santé, Ph. D. (psychologie, sc. de l'éducation)

Maître de conférences, habilitée à diriger des recherches (MCF HDR)

Directeur adjoint de l'Unité mixte de formation continue en santé (UMFCS)
Université d'Aix-Marseille FRANCE

Monique ROTHAN-TONDEUR, infirmière cadre hygiéniste, Ph. D.

École des Hautes Études en Santé Publique FRANCE

Diane MORIN, infirmière, Ph. D.

Directrice

Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Lausanne (IUFRS)
SUISSE

MOYEN-ORIENT

Rima SASSINE, infirmière, Ph. D.

Doyenne

Faculté de sciences infirmières Université St-Joseph (Beyrouth) LIBAN

AMÉRIQUE DU NORD

Caroline LARUE, infirmière, Ph. D.

Professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
QUÉBEC, CANADA

Jacinthe PEPIN, infirmière, Ph. D.

Professeure titulaire

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
QUÉBEC, CANADA

Le premier volet du mandat porte sur la discipline infirmière ou des sciences infirmières¹; il a été réalisé en deux étapes. D'abord, les facteurs favorisant l'émergence et le développement de la discipline infirmière ont été dégagés en prenant appui sur les écrits analysés. Ensuite, la recherche constituant une des pierres angulaires du développement d'une discipline, des travaux de recherche menés dans la discipline infirmière et les connaissances qui en sont issues sont illustrés. Ainsi, après avoir défini le concept de discipline et présenté le cadre de référence pour ce volet de l'étude, les facteurs qui se dégagent des écrits comme favorisant le développement de la discipline infirmière sont regroupés selon les diverses dimensions du cadre de référence.

LE CONCEPT DE DISCIPLINE

Le concept de discipline est défini ici comme « **un domaine d'investigation et de pratique ayant une perspective unique** ou une façon distincte d'examiner des phénomènes » (Pepin, Kerouac et Ducharme, 2010, p. 3). Cette définition est inspirée du texte fondateur des auteures infirmières Donaldson et Crowley (1978), qui ont utilisé la structure d'une discipline proposée par Schwab (1962) en sciences de l'éducation pour articuler une structure de la discipline infirmière. Schwab soutient que **l'élaboration de programmes de formation dans une discipline doit tenir compte de la structure de cette discipline pour atteindre son but. Il n'est donc pas étonnant que la question sur la discipline infirmière surgisse alors que le point de discussion est celui de la formation universitaire.**

¹ Les expressions « discipline infirmière » et « discipline des sciences infirmières » sont utilisées de manière interchangeable pour nommer « the discipline of nursing »

Dans le monde universitaire, **une discipline est généralement définie comme l'une des diverses branches de la connaissance**; par exemple, l'anthropologie, la philosophie ou la physique. De son côté, le philosophe Risjord (2010) soutient que la connaissance humaine est un tout intégré auquel chacune des disciplines contribue à partir de sa perspective unique. Ce philosophe, qui s'est penché sur le savoir infirmier, soutient aussi que la contribution d'une discipline à la connaissance humaine se doit d'être en cohérence avec des contributions d'autres disciplines. Dans la préface du livre de Risjord, Donaldson (2010), qui avait proposé plus tôt une structure de la discipline infirmière, renforce les propos du philosophe : on s'attend à ce que **chacune des disciplines travaille à partir de sa perspective unique même si les savoirs produits devront être liés ou cohérents avec ceux d'autres disciplines**. Il s'agit, selon Donaldson, de reconnaître le potentiel de développement des savoirs à partir de la perspective infirmière, c'est-à-dire à partir de ses valeurs pour guider sa pratique professionnelle.

Donaldson (2010, p. xviii) ajoute que :

Dans l'optique d'une cohérence entre les contributions de diverses disciplines à la connaissance humaine, la discipline infirmière a le potentiel de développer des savoirs pour la communauté mondiale, tout autant que pour la pratique infirmière.

Des auteurs (Newman, Smith, Pharris et Jones, 2008; Risjord, 2010) soutiennent que la perspective infirmière distincte est celle de la relation de l'infirmière avec des personnes, familles ou groupes qui vivent des expériences de santé, et de ses interactions avec d'autres professionnels de la santé dans les divers environnements de pratique. C'est à partir de la pratique infirmière que des questions sans réponse surgissent et

que des projets de recherche en sciences infirmières sont conçus et menés. Les savoirs qui sont développés par ces projets servent alors à améliorer la sécurité des personnes, familles ou groupes et la qualité des soins. La recherche infirmière vise ainsi directement ou indirectement le soulagement de la souffrance humaine et l'amélioration de la qualité de vie (Lanara, 1996). De son côté, Donaldson (2000) maintient que **la perspective adoptée par les chercheuses de la discipline infirmière les amène à examiner des phénomènes intégraux de santé tels que des personnes en font l'expérience dans leurs environnements. Bien que le domaine d'investigation et de pratique infirmière soit dynamique et qu'il ne cesse d'évoluer, il porte des valeurs centrales, une perspective et une mission qui lui assurent une continuité dans le temps** (Meleis, 2012).

Il convient de mentionner que, depuis les écrits de Nightingale, à qui on attribue la définition du *nursing* moderne, diverses conceptions de cette perspective unique d'être en relation avec des personnes, familles ou groupes ont été proposées (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Dans le cadre de la présente étude, des différences ont été observées dans la définition de termes, du mot «paradigme», par exemple, ou soulevées concernant les conceptions. Ainsi, des écrits, dont celui de Lanara (1996), font référence à la conception européenne de la discipline en comparaison à la conception nord-américaine, en particulier. Ce point sera discuté avec les facteurs favorisant le développement de la discipline. Enfin, il importe de prendre en compte que les écrits ne situent pas tous l'avancement de la discipline infirmière au même point. En utilisant un regard régional, national ou continental, des auteures reflètent la prise de conscience et la reconnaissance de la discipline dans leur milieu et cela mène à une variété de positionnements quant à l'émergence et au développement de la discipline.

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence choisi pour ce volet de l'étude est le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979, 1994), utilisé dans de nombreux champs d'études. Ce modèle met en avant la relation entre des facteurs de diverses sphères systémiques que Bronfenbrenner a nommées ontosystème, microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème et chronosystème. Il met aussi en avant l'interaction entre ces sphères systémiques et l'objet de développement.

Le développement qui nous intéresse ici est celui de la discipline infirmière. Ainsi le modèle écologique permet de regrouper sous les diverses sphères systémiques les facteurs d'influence de l'émergence et du développement de la discipline infirmière, qui ont été tirés des écrits. Ce cadre de référence qui propose une analyse systémique globale permet de tendre vers une meilleure compréhension des facteurs d'influence.

VERS UNE COMPRÉHENSION DES FACTEURS

Les facteurs qui ont été tirés des écrits en regard de l'émergence et du développement de la discipline infirmière sont résumés au tableau 1 et présentés selon le modèle écologique, dans chacune des sphères systémiques. Ces facteurs sont décrits de manière plus détaillée par la suite.

Tableau 1. L'écologie du développement de la discipline infirmière

L'ontosystème comprend les trois volets caractéristiques de la discipline infirmière :

- professionnel;
- scientifique; et
- universitaire.

Le microsystème inclut les membres et la communauté qui contribuent au développement de la discipline :

- conscience des membres d'appartenir à une entité disciplinaire;
- interaction des membres au sein et entre des groupes d'appartenance (pratique, recherche, formation);
- identité disciplinaire partagée (mission sociale et rôles professionnels).

Le mésosystème, c'est la formation et la recherche liées à la pratique :

- formation universitaire pour l'élaboration et la diffusion de savoirs disciplinaires;
- recherche soutenue sur des phénomènes observés dans la pratique infirmière;
- impact des savoirs sur les pratiques transdisciplinaires et les politiques liées à la santé.

L'exosystème, c'est l'ensemble des environnements externes, tant politiques et économiques que sociétaux :

- soutien politique;
- conjoncture économique favorable;
- positionnement de la discipline dans le paradigme social contemporain (forces sociales du temps qui façonnent les orientations en matière de santé).

Le macrosystème inclut les croyances et les valeurs des sociétés et cultures dans lesquelles s'effectue le développement :

- accès aux savoirs récents par tous les membres;
- partage international des valeurs centrales communes;
- participation de la discipline aux changements mondiaux en santé.

Le chronosystème, c'est le cadre sociohistorique du développement :

- prise en compte de l'évolution sociohistorique.

L'ONTOSYSTÈME : LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE.

Une caractéristique reconnue de la discipline infirmière est qu'il s'agit d'une **discipline professionnelle**, en ce sens qu'elle entretient un lien étroit avec la pratique infirmière (Donaldson et Crowley, 1978; Litchfield et Jonsdottir, 2008) peu importe les milieux de pratique. Jovic (2008) présente la discipline infirmière comme une **discipline scientifique** et professionnelle, car le développement de connaissances (l'aspect scientifique) dans cette discipline sert à définir et à guider la pratique (l'aspect professionnel). De son côté, Hale (2001) décrit la discipline infirmière non seulement comme une discipline professionnelle, mais aussi comme une **discipline universitaire**. L'auteure rapporte les propos de Rafferty (1996) sur le fait que **l'avenir du nursing comme discipline pourrait dépendre de sa capacité à créer l'espace pour manœuvrer à la fois dans les environnements cliniques et universitaires**. Hale (2001) continue en mentionnant que le *nursing* est bien établi dans le monde universitaire, depuis les années 1960 au Royaume-Uni et depuis les années 1920 aux États-Unis (Debout, 2008). Cette implantation dans de nombreuses universités de divers pays depuis presque 100 ans est en soi une reconnaissance de la discipline infirmière par la plus large communauté universitaire.

La discipline infirmière est fondée sur des **valeurs humanistes**, comme l'holisme et l'unicité de chaque personne; ces valeurs regroupent en une même culture la grande communauté d'infirmières (Lanara, 1996). Cette auteure ajoute que la communauté d'infirmières est une des plus anciennes communautés, justement en raison de sa culture, bien que la discipline développée par cette communauté soit encore considérée comme étant jeune. Ce sont ces **valeurs humanistes** qui poussent des auteurs (Major, 2000; Nadot, 2009) à inscrire la discipline infirmière parmi les disciplines des sciences humaines. D'autres, dont Jovic (2008), réfèrent aux sciences humaines et sociales en opposition aux sciences de

la vie, et d'autres encore englobent la discipline dans les sciences de la santé tout en soulignant le caractère interprofessionnel de la pratique.

22

Ainsi, la discipline infirmière est à la fois **professionnelle** (lien étroit avec la pratique infirmière), **scientifique** (élaboration de savoirs pour la pratique) et **universitaire** (enseignement de ces savoirs dans des universités depuis presque 100 ans). Un facteur qui influe sur son développement est la capacité de créer des espaces pour manoeuvrer à la fois dans les environnements cliniques (pratique et gestion) et universitaires (formation et recherche).

Fondés sur des **valeurs humanistes** qui regroupent la grande communauté infirmière en une culture, les savoirs qui sont issus de la discipline infirmière sont cohérents avec ceux des disciplines des sciences humaines, sociales et de la santé.

« La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé. » (Pepin et coll., 2010, p. 15)

LE MICROSYSTÈME : LES MEMBRES ET LA COMMUNAUTÉ.

Trois facteurs favorisant le développement de la discipline ont été regroupés dans le microsystème : une **conscience des membres** d'appartenir à une entité disciplinaire, une **interaction** continue des membres au sein de groupes d'attache et entre ceux-ci (pratique, recherche, formation) et une **identité disciplinaire** (mission sociale et rôles professionnels) partagée entre les membres.

CONSCIENCE DES MEMBRES.

Outre qu'elles s'identifient comme infirmières ayant été admises dans la profession et travaillant dans un milieu donné, le fait que les membres de la discipline infirmière ont conscience d'appartenir à une entité qui dépasse leur rôle individuel est l'un des facteurs qui favorisent le développement de la discipline (Jolley, 2009; Warnet, 2013). Abordant le domaine des soins infirmiers pédiatriques, Jolley (2009) soutient qu'« une discipline existe quand ses membres deviennent conscients de leur responsabilité envers quelque chose de plus large que leur unité de soins et leur établissement de santé » (traduction libre, p. 10). S'ajoute à cela : quand ils participent à la formulation de questions de recherche, ainsi qu'au développement et à la diffusion de connaissances utiles aux pratiques de soins (Jovic, 2008).

Interviewé par Warnet (2013), l'infirmier cadre de santé et formateur Poisson explique comment, confronté à la nécessité d'humaniser les pratiques en services de gériatrie et, ailleurs, à des questionnements éthiques, il a développé ce qu'il appelle un « regard infirmier ». C'est l'expression qu'il utilise, « pour désigner une activité cognitive infirmière dépassant largement le rôle propre » ou encore « une approche des soins infirmiers comme discipline ». Poisson ajoute qu'il lui importe de « communiquer cette façon d'aborder les situations aux étudiants accueillis en stage » (p. 31). **La discipline infirmière, en tant que façon d'aborder les situations et qui intègre la recherche comme mode de pensée (Jovic, 2008; Lanara, 1996) est donc non seulement accessible à tous, mais est également indispensable à son développement et à la contribution des infirmières aux soins de qualité.**

INTERACTION ENTRE LES MEMBRES.

Plusieurs auteurs (Fansten, 2010; Hale, 2001; Juan, 2008; Vinck, 2009) soulignent la nécessaire interaction des membres de la communauté disciplinaire au sein et entre les divers groupes d'appartenance (pratique, recherche, formation). Adoptant une perspective sociologique, Fansten (2010) voit la discipline comme une articulation complexe des dimensions suivantes : une communauté de chercheurs et de praticiens, une dimension pédagogique pour la diffusion de savoirs et une spécialité par l'objet de ses savoirs et méthodes. Outre les dimensions pédagogique et scientifique, une discipline existe d'abord par son lieu de partage des croyances et des valeurs parmi les membres. L'auteure résume ainsi : « une discipline est une communauté de rattachement, productrice de normes, de valeurs, et surtout de lien et d'identité. C'est en quelque sorte la dimension intégratrice de la discipline » (Fansten, 2010, p. 16).

Les liens entre les infirmières des diverses sphères de pratique sont donc essentiels au développement de la discipline. Ils portent non seulement sur les valeurs partagées, mais aussi sur l'identité qui porte ces valeurs; certains ajouteraient sur la fierté des infirmières quant à leur identité. L'identité disciplinaire est liée à la mission sociale des infirmières et à leurs rôles professionnels. Elle est décrite dans le regard clinique infirmier proposé plus haut par Poisson (Warnet, 2013). Jovic et Poisson (2008) y ajoutent la notion d'utilité sociale de la pratique des infirmières pour la santé et la qualité de vie des personnes, familles et groupes.

IDENTITÉ DISCIPLINAIRE.

Dans les écrits recensés, l'identité disciplinaire est aussi discutée en regard du degré d'autonomie de pratique des infirmières. À l'instar d'autres professionnels, le rôle des infirmières dans les systèmes de santé reste souvent subordonné et marginal en comparaison du rôle des médecins, malgré le travail acharné pour faire reconnaître leur

contribution. Même si elles gagnent de l'autonomie dans les systèmes de santé, leurs responsabilités sont, la plupart du temps, liées aux traitements médicaux et restent invisibles. Pourtant, **« les infirmières créent l'environnement dans lequel les traitements médicaux peuvent être efficaces »** (Risjord, 2010, p. 72) **et qui favorise l'autonomie et la santé des personnes et des familles**, comme ces dernières les décrivent. Ainsi, les infirmières doivent produire et intégrer dans leur pratique des connaissances qui vont au-delà de celles qui sont partagées avec les médecins, et cela, pour répondre aux besoins de santé humaine dans des contextes de grande diversité. À l'instar des autres professionnels de la santé, les infirmières se forment en développant leurs compétences pour assurer la sécurité des personnes et une amélioration continue de la qualité des soins (Frenk, Chen, Buttah, Cohen et coll. 2010).

L'acquisition d'une identité disciplinaire dépend de la socialisation des nouveaux membres ainsi que des interactions au sein des groupes d'appartenance (pratique, recherche, formation). Pour l'intégration dans les milieux de santé d'infirmières qui ont une identité disciplinaire solide, il importe qu'il y ait concertation entre ces groupes qui partagent une même identité. Il importe aussi que les nouvelles diplômées se sentent accueillies (Naamat, 2013) et puissent pleinement déployer leurs compétences. De son côté, le sociologue Vinck (2009) soutient qu'à défaut d'impliquer, dans le processus de développement de la discipline, **les infirmières qui donnent des soins, il y a risque de créer un groupe de chercheurs en sciences infirmières qui n'arrivent pas à attirer l'attention sur la perspective infirmière et sur les bénéfices de cette perspective pour la société**. Leurs travaux ne pourraient pas non plus participer à « la revalorisation et [au] changement de statut social des professionnels du soin, notamment vis-à-vis des médecins » (Vinck, 2009, p. 11).

Ainsi, pour que l'ensemble des membres de la communauté d'infirmières participe au développement de la discipline et qu'ils multiplient leur impact sur la santé des personnes, familles et groupes, il importe de renforcer les interactions au sein et entre les groupes de cliniciens ou praticiens, formateurs, chercheurs et gestionnaires. Pour sa part, Hale (2001) suggère de redéfinir la communauté disciplinaire d'une profession. L'auteure propose que dans cette communauté, les chercheurs-penseurs (*scholars*) soient des praticiens et les praticiens, des chercheurs-penseurs afin que les débats théoriques et la rigueur intellectuelle soient partie intégrante des milieux de soin autant que des universités. Nous pourrions ajouter que dans cette communauté, **les nouvelles infirmières développent autant leurs interventions cliniques que leur capacité de réflexion et que les infirmières en fonction renforcent l'aspect réflexif de leur pratique.**

En somme, la **conscience des membres** d'appartenir à une entité plus large que leur milieu, qui les amène à porter un regard infirmier sur les situations de santé et à intégrer la recherche comme mode de pensée, constitue un facteur favorisant le développement de la discipline infirmière. Aussi, une **interaction continue** entre praticiens, chercheurs et formateurs comme membres de la communauté disciplinaire productrice de valeurs et d'identité disciplinaire potentialise le développement. Enfin, il importe que l'ensemble des membres participe à la socialisation des nouveaux membres à cette **identité disciplinaire** pour multiplier l'impact positif sur la santé des personnes, familles et groupes.

LE MÉSOSYSTÈME: LA FORMATION ET LA RECHERCHE.

La formation universitaire, particulièrement pour l'entrée à la profession, de même que la recherche menée à partir de questions soulevées dans la pratique sont présentées comme les pierres angulaires du développement de la discipline infirmière (Lanara, 1996). L'impact des savoirs infirmiers sur les changements de pratiques, non seulement chez les infirmières, mais aussi chez d'autres professionnels de la santé, de même que sur les politiques de santé, représente un autre facteur de développement dans ce système.

FORMATION UNIVERSITAIRE.

Il y a un large consensus dans les écrits recensés selon lequel **la formation universitaire est ce qui permet le développement d'une pensée critique active et d'une identité scientifique autant que professionnelle et sociale des infirmières, contribuant ainsi au développement de la discipline** (Fansten, 2010; Jovic, 2008; Naamat, 2013; Nadot, 2012). Depuis Nightingale, la discipline infirmière est présentée comme englobant non seulement un art, mais aussi une science, et cette idée perdure (Lanara, 1996). Ainsi, il est nécessaire que la formation des infirmières les prépare à participer à cette science comme un élément intégré à leur pratique de l'art infirmier. Le milieu de formation doit favoriser le développement de la pensée critique et scientifique (regard critique sur les pratiques, conscience des sources de savoirs sur lesquels sont fondées les pratiques, formulation de questions pour faciliter l'expérience de santé des personnes soignées, etc.), et diffuser des savoirs issus de la recherche, particulièrement de la recherche en sciences infirmières. Lanara (1996) soutient que « les étudiantes doivent cultiver une imagination critique et productive et [...] devenir capables d'appréhender n'importe quel sujet à partir d'une variété d'angles et de dimensions complexes. **C'est ainsi que la pensée critique, une caractéristique unique du scientifique sera**

développée, c'est le but central d'une formation universitaire»

(traduction libre, p. 95). Citant Styles (1990), cette auteure poursuit en disant que les praticiens de toutes disciplines sont mieux préparés à apprécier et intégrer les résultats de recherche dans leur pratique quand ils sont formés à l'université. Aussi, dans les pays qui ont hésité à introduire la formation infirmière à l'université, le développement de la science et conséquemment le développement de la discipline infirmière ont été retardés.

La possibilité d'enseigner une perspective disciplinaire et de diriger les travaux de recherche d'étudiants chercheurs en sciences infirmières est cruciale pour la survie de cette discipline (Cohen, Pepin, Lamontagne et Duquette, 2002; Nadot, 2012; Vinck, 2009). Ce sont les programmes universitaires de formation qui assurent l'enseignement disciplinaire à tous les cycles et qui préparent des candidats à des carrières de recherche dans la discipline. La solidité de cette formation à une perspective disciplinaire dans les programmes de tous les cycles universitaires est aussi soulevée comme étant un important facteur de développement. Karnick (2014) invite le milieu universitaire infirmier à assumer un rôle de chef de file, afin que la pratique infirmière continue d'être guidée par une perspective infirmière. L'auteure demande aux infirmières de se questionner sur leur façon de donner des soins aux personnes : est-elle guidée par leurs valeurs ? Est-elle éthique, morale et sans jugement ? Fondée sur des assises théoriques ? À défaut d'une articulation claire et d'une formation solide à la perspective infirmière, les infirmières ne pourront contribuer à la connaissance humaine ni participer à la transformation des systèmes de santé à partir de cette perspective.

Des auteurs (Nadot, 2012; Sassine, 2011) notent de plus l'importance de la formation universitaire de deuxième et de troisième cycles en sciences infirmières. Si le troisième cycle prépare des chercheuses à contribuer de

manière soutenue à l'avancement des connaissances et au développement disciplinaire, le deuxième cycle prépare des cliniciennes et praticiennes spécialisées de même que des formatrices et des gestionnaires à exercer leurs activités selon une perspective disciplinaire et à promouvoir cette perspective dans les milieux de soins pour la santé de la population. De plus, des activités collectives de développement des savoirs sont menées dans les universités, souvent avec des collègues des milieux de pratique ou avec des collègues d'autres disciplines, permettant l'établissement et la visibilité du domaine disciplinaire professionnel (Vinck, 2009), d'où la nécessité du développement de la discipline infirmière en milieu universitaire.

RECHERCHE DISCIPLINAIRE.

La recherche est sans contredit un autre facteur crucial dans l'émergence et le développement d'une discipline. En effet, « **sans recherche, le nursing ne peut pas être une discipline** » (Lanara, 1996, p. 91). Si la recherche en sciences infirmières semble encore à plusieurs un domaine émergent, ses débuts sont maintes fois attribués à Florence Nightingale, la première infirmière chercheuse de la santé (Lanara, 1996; Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Dès ce moment, la recherche est apparue comme une façon systématique et rigoureuse de penser, de chercher à comprendre les expériences globales de santé des personnes dans leur environnement et d'ajuster les soins (Lanara, 1996). La recherche en sciences infirmières permet d'élaborer des savoirs spécifiques et distincts de ceux qui sont élaborés par d'autres disciplines — ce qui confère à la communauté disciplinaire une autorité intellectuelle (Debout, 2008; Jovic, 2008; Lecordier, Remy-Largeau et Jovic, 2013; Major, 2000; Nadot, 2012; Vinck, 2009) —, mais qui se révèlent aussi complémentaires aux savoirs d'autres disciplines sur un même thème ou domaine, ce qui leur vaut une pertinence scientifique (Juan, 2008; Lecordier, Remy-Largeau et Jovic, 2013; Risjord, 2010). Il peut s'agir notamment de la création

de théories, concepts et méthodes de recherche spécifiques et innovantes (Debout, 2010; Hale, 2001).

30

Fansten (2010) rapporte les propos de Bourdoncle (1994) voulant que les savoirs d'une discipline professionnelle gagnent à être développés et transmis à l'université en raison « des capacités d'approfondissement, de progression et de cumulativité, notamment grâce à la recherche, procédure de construction des savoirs plus distante de la pratique, mais plus assurée et contrôlée que leur acquisition par expérience directe » (p. 20-21). Juan (2008) abonde dans ce sens, en notant l'importance du travail rigoureux de synthèse des savoirs expérimentiels qui permet de dépasser les particularités locales. Il note aussi qu'une recherche fondamentale sur des thèmes transversaux importants pour les soignants permet le développement de connaissances cumulatives qui constituent la science. Encore ici, la **collaboration entre les milieux universitaire et clinique** semble **nécessaire**, non seulement pour susciter des **problématiques de recherche pertinentes à la pratique**, mais aussi pour garantir la distance nécessaire à **l'approfondissement tout en assurant l'intégration des résultats dans la pratique** (Lecordier, Remy-Largeau et Jovic, 2013; Sassine, 2011). Cette intégration de savoirs développés par la recherche en sciences infirmières dans la pratique d'infirmières et d'autres professionnels pour la santé des populations est un signe de maturité de la discipline infirmière (Donaldson, 2000).

Le sociologue Juan (2008) propose ce qu'il nomme « les conditions de sédimentation d'une discipline » (p. 133) :

- 1) l'obligation de prendre en compte les connaissances antérieures à ses recherches, tant dans sa discipline qu'à l'extérieur de sa discipline;
- 2) la création de réseaux de chercheurs en sciences infirmières et l'intégration des étudiants chercheurs à ces réseaux;
- 3) l'attraction de nouvelles infirmières à la carrière de chercheuse;

- 4) le soutien à la recherche par la création de bourses, subventions et laboratoires;
- 5) la préparation à la maîtrise puis au doctorat des futurs professeurs d'université.

Il importe donc d'arrimer sa contribution de recherche infirmière à celle d'autres chercheurs de sa discipline ou d'autres disciplines. Il est aussi possible d'intéresser des chercheurs d'autres disciplines à participer au développement de savoirs utiles pour la pratique infirmière (Donaldson, 2000; Vinck, 2009). Une chose semble certaine : la responsabilité du développement de savoirs et de l'établissement d'un corpus de savoirs de plus en plus étendu et solide sur des questions formulées dans la pratique revient aux infirmières elles-mêmes, même si elles font appel à d'autres pour y arriver, et cela au prix d'efforts cumulatifs de recherche rigoureuse (Lanara, 1996; Lecordier, Remy-Largeau et Jovic, 2013).

INTÉGRATION DES SAVOIRS DANS LA PRATIQUE.

Les activités de recherche issues des questionnements et des problématiques transversales vécues dans différents contextes de santé et de soins doivent satisfaire aux exigences de toute discipline scientifique tout en établissant la pertinence de changements dans la pratique (Jovic, 2008; Juan, 2008; Lecordier, Remy-Largeau et Jovic, 2013; Vinck, 2009). La diffusion des résultats de la recherche auprès de divers scientifiques, de professionnels, de futurs professionnels et de la population en général constitue le moyen d'augmenter l'impact des savoirs sur les pratiques disciplinaires et transdisciplinaires de même que sur les politiques liées à la santé. **Quand la recherche infirmière ouvrira de nouveaux horizons en réponse à des défis scientifiques de santé humaine auxquels la société est confrontée, la discipline infirmière aura sa part de**

reconnaissance sociale, une position jamais acquise pour de bon, mais en fluctuation constante (Vinck, 2009).

En somme, **la formation aux trois cycles universitaires** dans la discipline infirmière de même que la **recherche soutenue** sur des phénomènes observés dans la pratique infirmière, à partir de cette perspective disciplinaire, sont les pierres angulaires du développement de la discipline infirmière.

La formation universitaire et la recherche disciplinaire influent l'une sur l'autre et entretiennent une relation d'interdépendance avec la pratique infirmière. Quand les savoirs issus des travaux de recherche en sciences infirmières amènent les infirmières et d'autres professionnels à changer leur façon de comprendre un phénomène de santé humaine et à changer leur façon de donner des soins dans ce contexte précis, il y a percée scientifique (Donaldson, 2000). Ces **savoirs peuvent aussi avoir un impact** sur la révision de politiques liées à la santé des personnes, familles ou groupes.

Ce n'est que grâce à des efforts constants de **formation** et de **recherche** que la perspective disciplinaire ouvrira de nouveaux horizons face aux défis de santé humaine et de transformation des systèmes de santé.

L'EXOSYSTÈME : LES FACTEURS POLITIQUES, ÉCONOMIQUES ET SOCIÉTAUX.

L'exosystème regroupe l'ensemble des facteurs liés aux environnements externes qui soutiennent ou peuvent soutenir le développement de la discipline infirmière, c'est-à-dire des facteurs d'ordre politique, économique et social. Les facteurs mentionnés dans les écrits recensés et regroupés dans l'exosystème portent sur le **soutien politique**, la **conjuncture économique** favorable et le **positionnement de la discipline** dans le paradigme social contemporain (forces sociales du temps qui façonnent les orientations en matière de santé).

SOUTIEN POLITIQUE.

L'un des facteurs liés aux environnements externes qui peuvent influencer significativement sur le développement des sciences infirmières est sans contredit le soutien politique. Il s'agit de l'appui tangible des divers acteurs des sphères décisionnelles et gouvernementales en regard de la contribution spécifique des sciences infirmières. Appuyer la promotion d'un corpus spécifique de connaissances a tout le potentiel de créer un mouvement vers une participation infirmière aux politiques de santé, aux prises de décisions et à l'engagement sociopolitique.

Des auteurs attirent l'attention de la communauté infirmière sur la capacité des acteurs de la sphère d'influence politique de contribuer, par leur appui sous diverses formes, à l'avancement de la recherche et à la reconnaissance des sciences infirmières en tant que discipline. C'est ainsi qu'ils font appel à un apport spécifique infirmier démontrant son efficacité, son efficacité tout comme sa valeur sociale.

Sur le plan politique, Jovic (2008) souligne **l'importance pour les infirmières de prendre conscience de leur rôle d'acteurs publics**. «La pérennisation, le développement, l'émergence de disciplines scientifiques sont également la résultante d'actions concertées et des capacités à influencer les prises de décision» (p. 71). Ces prises de décision visent, entre autres, à disposer de structures de production et de diffusion de savoirs infirmiers (Jolley, 2009; Jovic, 2008; Lecordier, Remy-Largeau et Jovic, 2013; Nadot, 2012; Vinck, 2009) qui permettent de rendre disponibles les connaissances spécifiques développées par les chercheuses infirmières. Jovic (2008) et d'autres (Sassine, 2011; Vinck, 2009) convient la communauté des infirmières à adopter une démarche collective, voire une concertation internationale, auprès des instances gouvernementales, et ce, tant sur le plan conceptuel que sur le plan stratégique.

Il importe que la concertation des membres assure la prise en compte du développement de la discipline dans le monde (Debout, 2008; Hale, 2001) afin qu'elle vise à soutenir « les conditions de sédimentation d'une discipline » (Juan, 2008) présentées plus haut, dont la création de structures de formation universitaire et de recherche en sciences infirmières (Lazarus, Wallace et Liljestrand, 2010). Cette concertation devrait appuyer les démarches de consolidation du soutien politique nécessaire à la création des capacités institutionnelles (ressources matérielles, financières ou humaines) dans les diverses régions.

« D'ailleurs, les grandes organisations internationales l'ont bien compris. C'est pourquoi, qu'il s'agisse du Conseil international des infirmières (CII) ou de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), elles interpellent les pays afin qu'ils investissent dans le rehaussement de la formation infirmière et soutiennent l'introduction de rôles infirmiers à large spectre de responsabilités. » (SIDIIIEF, 2011, p. X)

Les infirmières gestionnaires et celles qui participent aux actions politiques doivent avoir une vision claire de leur discipline afin d'en assumer le leadership. À défaut de cette vision claire, il y aurait lieu de questionner ce qui est promu ou défendu. Il s'agit également pour toutes les infirmières de valoriser l'impact des savoirs issus de la recherche infirmière auprès de la population, des collègues professionnels et des décideurs, notamment par la diffusion et l'utilisation de résultats scientifiques. À l'instar des autres professions de la santé, la communauté infirmière doit être animée par le projet de développer la discipline infirmière comme une des réponses aux défis de santé de la société (Debout, 2008).

CONJONCTURE ÉCONOMIQUE.

La discipline infirmière doit non seulement se positionner en adéquation de ses valeurs et de sa mission sociale, mais aussi prendre en compte les contraintes économiques sans cesse croissantes (Debout, 2008). Les infirmières doivent pouvoir faire une lecture politique et économique de leur environnement (Jovic, 2008) quand elles proposent des changements : quels sont les grands principes à la base des décisions économiques ? Quels sont les moteurs de l'économie de la santé, actuels et en devenir ? Les changements proposés sont-ils économiquement responsables ? Quand des pays ont misé sur la formation universitaire pour l'ensemble de leurs professionnels dans une optique de développement et d'économie du savoir, les infirmières se sont mobilisées pour poser les jalons du développement de leur discipline (CIFI, 2011). L'obtention de fonds réservés au soutien de la recherche en sciences infirmières et à la formation à l'université en ont été des résultantes. Il restera à démontrer la plus-value de ces divers investissements pour la santé de la population.

« Une analyse de l'évolution de la pratique avancée dans douze pays de l'OCDE (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République tchèque, Roumanie) vient d'en confirmer l'impact positif sur la qualité des soins et les coûts. Si le degré d'application des rôles avancés varie entre les pays, les évaluations effectuées dans les pays qui en ont une plus longue expérience, entre autres en soins de santé primaires (ex. : pays anglo-saxons, Finlande, Japon), démontrent l'amélioration de l'accès aux services et la réduction des temps d'attente. Un haut taux de satisfaction des patients est expliqué par le temps passé avec l'infirmière ou l'infirmier, la qualité des informations partagées, une meilleure compréhension de leur condition de santé ainsi qu'une capacité de participer au traitement et de se prendre en charge. » (SIDIIIEF, 2011, p. 24)

POSITIONNEMENT DE LA DISCIPLINE DANS LE PARADIGME SOCIAL CONTEMPORAIN.

36

Debout (2008) cite Fourez (2002) : « Pour qu'une discipline puisse naître, il faut que ses spécialistes parviennent à créer leur zone d'autonomie au carrefour de plusieurs groupes sociaux » (p. 72). Cet auteur ainsi que Poisson (2005) proposent que ce soit surtout « en cherchant à identifier l'adéquation du projet de la discipline des soins infirmiers avec les problématiques et les défis de santé publique actuels et à venir » (Debout, 2008, p. 82) que la discipline se développe. Les auteurs ajoutent que la zone d'autonomie de la discipline infirmière pourrait être créée à la faveur d'une exigence accrue de la qualité des soins des personnes, familles et groupes, selon le profil démographique, les problèmes de santé (maladies chroniques, épidémies, etc.) et les aspirations de qualité de vie dans les divers pays. Selon Wittwer-Corelli (2009), l'image que la société a de la discipline professionnelle se construit autant à partir des interactions avec les divers acteurs sociaux qu'à partir des rôles et responsabilités perçus. D'autres, dont Goulet (2002), ajoutent que **le développement de la discipline infirmière dépend de son impact sur la société dans laquelle elle évolue**. Il en va d'une question de reconnaissance sociale, de pertinence et de signification.

Enfin, il y a lieu d'assurer une veille quant aux occasions politiques, économiques et sociales pour la discipline infirmière de proposer des solutions aux défis de santé, à partir de sa mission, de ses valeurs centrales et de sa perspective. L'impact social de ces solutions marquera sa pertinence et favorisera son développement.

Le rapport de la Commission mondiale sur la formation des professionnels de la santé pour un renforcement des systèmes de santé, publié dans *The Lancet* (Frenk et coll., 2010), soulève de nombreuses occasions non seulement de développement de la discipline infirmière, mais aussi de

consolidation de son impact dans la société. Ce rapport a l'avantage d'avoir été préparé par un groupe interprofessionnel et intersectoriel et d'avoir adopté une vision prospective. L'appel pour un changement dans la formation des professionnels s'adresse autant à la discipline infirmière qu'aux autres et les invite à proposer des solutions aux défis de santé et de soins des sociétés dans une optique de transformation des systèmes de santé.

Le contexte de mondialisation et de mobilité professionnelle requiert une attention particulière concernant la protection du public. En effet, « dans une perspective de mondialisation, il est d'autant plus important de spécifier des indicateurs marquant la qualité de la formation des infirmières et infirmiers afin d'assurer, dans un contexte de mobilité [...] la protection de la population. » (SIDIEF, 2011, p. 32)

LE MACROSYSTÈME : LA CULTURE.

Le macrosystème, plus englobant que les autres systèmes, rassemble les facteurs liés aux valeurs globales de la ou des sociétés dans lesquelles se développe la discipline, donc au cadre de référence culturel. Puisque nous examinons la discipline infirmière, le macrosystème réfère au cadre global dans lequel la discipline évolue, par exemple à la place accordée par les sociétés au soin dans les systèmes de santé ou la valeur accordée à la formation universitaire et à la recherche. **L'accès aux savoirs récents par tous les membres de la communauté disciplinaire, le partage international des valeurs centrales communes à la discipline et la participation de la discipline infirmière aux changements mondiaux en santé** sont les principaux facteurs qui ressortent des écrits.

La culture du siècle dans lequel la discipline émerge et se développe joue un rôle important. Les écrits de Nightingale se situaient dans la foulée

d'une importante émergence scientifique et l'ouverture des premières facultés de sciences infirmières facilitée par un élargissement global de l'offre de formation universitaire. Qu'en est-il aujourd'hui ? Le monde est décrit comme étant de plus en plus interdépendant (Frenk et coll., 2010; Milot, 2003) et depuis le début des années 2000, l'époque est décrite, surtout par les pays de l'OCDE, comme celle de « l'économie du savoir » où les universités auront à participer à la compétitivité internationale en matière d'innovation (Milot, 2003). De leur côté, Frenk et coll. (2010) décrivent ainsi le monde : rythme accéléré de changements globaux, interdépendance des pays en matière de santé et omniprésence des technologies de l'information. Ces auteurs proposent une vision mondiale commune pour l'avenir de la formation des professionnels de la santé, qui devront être capables de réaliser les nécessaires réformes de santé :

Tous les professionnels de la santé de tous les pays seraient formés pour mobiliser des connaissances et s'engager dans un raisonnement critique et une conduite éthique, de sorte qu'ils soient compétents pour participer, comme membres d'équipes responsables localement et liés globalement, à des systèmes de santé centrés sur les patients et les populations [...] pour une équité en santé au sein des pays et entre eux (traduction, Frenk et coll. 2010, p. 1951).

ACCÈS AUX SAVOIRS RÉCENTS.

Ces auteurs insistent sur la centralité des connaissances et la nécessité d'ancrer les réformes de santé, comme toute autre activité humaine, dans la production et le partage de ces connaissances. Puisque Frenk et coll. (2010) ne distinguent pas la discipline infirmière des autres disciplines de la santé, **il restera au domaine infirmier de participer à la production et au partage de connaissances complémentaires, existantes ou innovantes, en réponse à de grandes questions de santé.** Mais surtout, dans le contexte d'interdépendance des systèmes de

santé des différents pays et d'interprofessionnalité, **l'accès de tous les membres de la communauté disciplinaire aux savoirs récents semble un facteur favorisant le développement de la discipline.**

Il est intéressant de noter le nombre grandissant de revues qui diffusent des connaissances en sciences infirmières. Pour cette discipline, on trouve entre 20 et 30 périodiques en français et entre 350 et 370 périodiques en anglais. La communauté infirmière francophone a graduellement augmenté sa capacité de produire et de diffuser de nouveaux savoirs en français. La prolifération des technologies de l'information devrait soutenir le partage de ces écrits au-delà des limites continentales. Pourtant, est-ce le cas des écrits en sciences infirmières ? Entre la recherche-innovation menée dans les universités et le partenariat avec les entreprises en matière de santé, le développement de la discipline pourrait passer, selon Milot (2003), par un accès accru aux savoirs récents pour tous les membres de la communauté de cette discipline, tant en milieu de santé qu'en milieu universitaires.

PARTAGE INTERNATIONAL DE VALEURS.

Dans le contexte d'interdépendance des systèmes de santé, Frenk et coll. (2010) proposent comme **valeurs communes aux professionnels de la santé le raisonnement critique et la conduite éthique dans une optique d'équité en santé.** Un facteur de développement de la discipline infirmière est en effet le partage international de ces valeurs communes à tous les professionnels de la santé et qui sont centrales à la discipline (Meleis, 2012) même s'il importe de « reconnaître les spécificités culturelles de chaque pays en tant que sources de richesses et d'évolution » (Sassine, 2011, p. 24). Il a été mentionné plus tôt que ce sont les valeurs partagées dans la pratique infirmière, telles les valeurs humanistes au cœur même des soins, qui ont permis au *nursing* de survivre (Lanara, 1996); il en serait de même pour la discipline infirmière.

La contribution de chacun sera influencée par la culture de la population qui crée cette contribution (Nadot, 2012), mais il serait inutile, voire nuisible de chercher à constituer une discipline spécifique ou un ensemble de valeurs spécifiques à un continent ou à une langue.

PARTICIPATION DE LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE AUX CHANGEMENTS MONDIAUX EN SANTÉ.

Frenk et coll. (2010) ajoutent que les professionnels doivent être formés pour participer à la transformation des systèmes de santé en mobilisant des connaissances. Ainsi, la perspective unique de la discipline infirmière pourra se développer dans la mesure où **elle participe, à la fois à la réponse aux questions de la pratique infirmière et à la transformation des systèmes de santé locaux, en interdépendance avec les systèmes internationaux.** Il importera donc que la perspective infirmière soit cultivée à l'intérieur et à l'extérieur du champ disciplinaire infirmier et que les travaux soient menés avec les personnes qui sont au premier plan inspirées par une discipline infirmière ayant pour objectif une plus grande équité. En effet, « les défis de la santé mondiale obligent tous les gouvernements à améliorer l'accès et l'efficacité des soins de santé s'ils veulent assurer la qualité à des coûts acceptables. Les systèmes de santé sont ainsi appelés à se transformer et ce sont ceux qui s'engageront dans un changement en profondeur qui en profiteront le plus. Compte tenu d'une volonté historique de collaborer à l'amélioration des soins et de la santé, les professionnels de la santé, notamment les infirmières et infirmiers, sont conviés à faire preuve de leadership et à démontrer leur capacité d'innover pour contribuer à une véritable transformation » (SIDIIIEF, 2011, p. 22).

En somme, l'analyse du macrosystème amène à entrevoir un monde interdépendant et en transformation rapide dans lequel les savoirs développés doivent changer les choses localement et participer à des changements mondiaux. Ces savoirs font partie de la nouvelle économie engendrée par des professionnels qui raisonnent de manière critique et qui ont une conduite éthique.

LE CHRONOSYSTÈME : LE CONTEXTE SOCIOHISTORIQUE.

Le chronosystème reflète le cadre sociohistorique dans lequel le développement de la discipline infirmière s'insère, donc le développement de la formation universitaire, de la recherche en sciences infirmières et de l'interrelation avec la pratique professionnelle. Les écrits informent sur le **rôle des femmes**, par la philanthropie et la religion, en faveur de **l'ouverture des premières écoles d'infirmières**. Ils décrivent le passage vers **la sécularisation et la législation** pour tendre vers une qualité de formation uniforme, et finalement, **l'« universitarisation » de la formation et la place taillée en recherche à force de détermination, d'autonomie et d'organisation des infirmières** (CASN, 2012; Cohen, Pepin, Lamontagne et Duquette, 2002; Francillon, 2005). L'évolution de la discipline infirmière a ainsi été intimement liée à l'évolution du statut de la femme dans le monde.

Ainsi, « la discipline se développe à des rythmes variés dans le monde entier pour mieux prendre soin de l'humain » (Nadot, 2012, p. 59). Les portraits historiques soulignent le dynamisme d'infirmières, d'institutions et d'associations pour une amélioration continue de la qualité des soins. Ils soulignent aussi les forces externes qui créent des tensions et des reculs, de même que les environnements complexes dans lesquels l'avancement de la discipline infirmière s'effectue. Les transformations économiques, politiques et socioculturelles confrontent les valeurs

humanistes et l'ouverture au monde de la perspective disciplinaire, tout lui en offrant des occasions uniques de contribuer aux défis de santé.

42

S'appuyant sur la sociologie des sciences, Debout (2008) rappelle que l'émergence et le développement d'une discipline relèvent « de la mobilisation, dans un environnement porteur, d'un groupe social animé par un projet » (p. 72). L'auteur décrit la conjoncture de facteurs socioéconomiques et politiques ayant soutenu l'avènement de la discipline des sciences infirmières aux États-Unis. D'une manière très succincte et au fil du temps, il présente la détermination et le sens de l'initiative de plusieurs infirmières qui ont profité de mouvements sociaux, tel le mouvement d'émancipation des femmes, pour organiser, dès le début, la formation sous la direction d'infirmières et qui ont acquis en même temps que d'autres groupes un statut professionnel. Elles se sont regroupées en association et ont développé leur conscience politique. Le contexte national d'élargissement de l'offre de formation universitaire de même que des rapports gouvernementaux ont permis l'ouverture d'écoles universitaires ou facultés sous la direction de doyennes infirmières. Des conflits mondiaux suivis de pénuries d'infirmières ont favorisé l'élaboration d'une carrière clinique, de la formation initiale de premier cycle universitaire à la formation de praticiennes aux cycles supérieurs, et l'obtention d'un soutien financier gouvernemental pour des bourses d'études et des subventions de recherche.

Une évolution semblable du développement de la discipline infirmière dans le contexte francophone du Québec est décrite par Cohen, Pepin, Lamontagne et Duquette (2002), suivant une perspective historique. La consolidation de la discipline infirmière a été précédée par des périodes résumées ici très succinctement : systématisation par les infirmières de leurs savoirs pratiques dans le but d'orienter la formation des nouvelles infirmières et concertation nord-américaine pour situer à l'université cette

formation dirigée par des infirmières; constitution d'une profession dans la foulée de lois régissant les professions et attribuant la responsabilité de protection du public aux ordres professionnels respectifs; multiplication d'activités de recherche et de représentation auprès d'organismes de subventions par des professeures formées aux cycles supérieurs en sciences infirmières aux États-Unis, ou dans des disciplines connexes, afin d'élaborer une science qui répond aux mêmes critères de rigueur que les autres sciences.

Nadot (2012) pose la question du statut international de la discipline. C'est par ailleurs la formalisation de savoirs pratiques qui, bien que réalisée tardivement, a favorisé l'émergence de la discipline infirmière. Les sources de savoirs en sciences infirmières se sont élargies et les recherches crédibles aux yeux des disciplines scientifiques ont été financées, d'abord de manière protégée puis de manière concurrentielle. Nadot plaide en faveur de la recherche historique sur les fondements de la discipline infirmière afin de tracer le parcours de ses membres vers le monde académique. Puisque l'histoire s'écrit chaque jour, chacun des membres a le potentiel de pratiquer selon la perspective infirmière, quelle que soit cette pratique (clinique, formation, gestion, recherche, politique).

En somme, le cadre sociohistorique dans lequel le développement de la discipline infirmière s'inscrit est constitué des environnements complexes qui ont eu cours et de ceux qui prévalent maintenant. Il est aussi marqué par les actions des pionnières et des contemporaines pour garder vivante et dynamique la perspective infirmière.

ILLUSTRATION DES FACTEURS FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE

La figure 1 schématise les facteurs qui favorisent le développement de la discipline infirmière et qui ont été décrits plus haut dans chacune des sphères systémiques suivantes : microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème et chronosystème. Puisqu'il s'agit d'une présentation de facteurs systémiques interreliés, il importe de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs pour influencer sur le développement de la discipline infirmière.

**FIGURE 1.
FACTEURS FAVORISANT
LE DÉVELOPPEMENT DE
LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE**

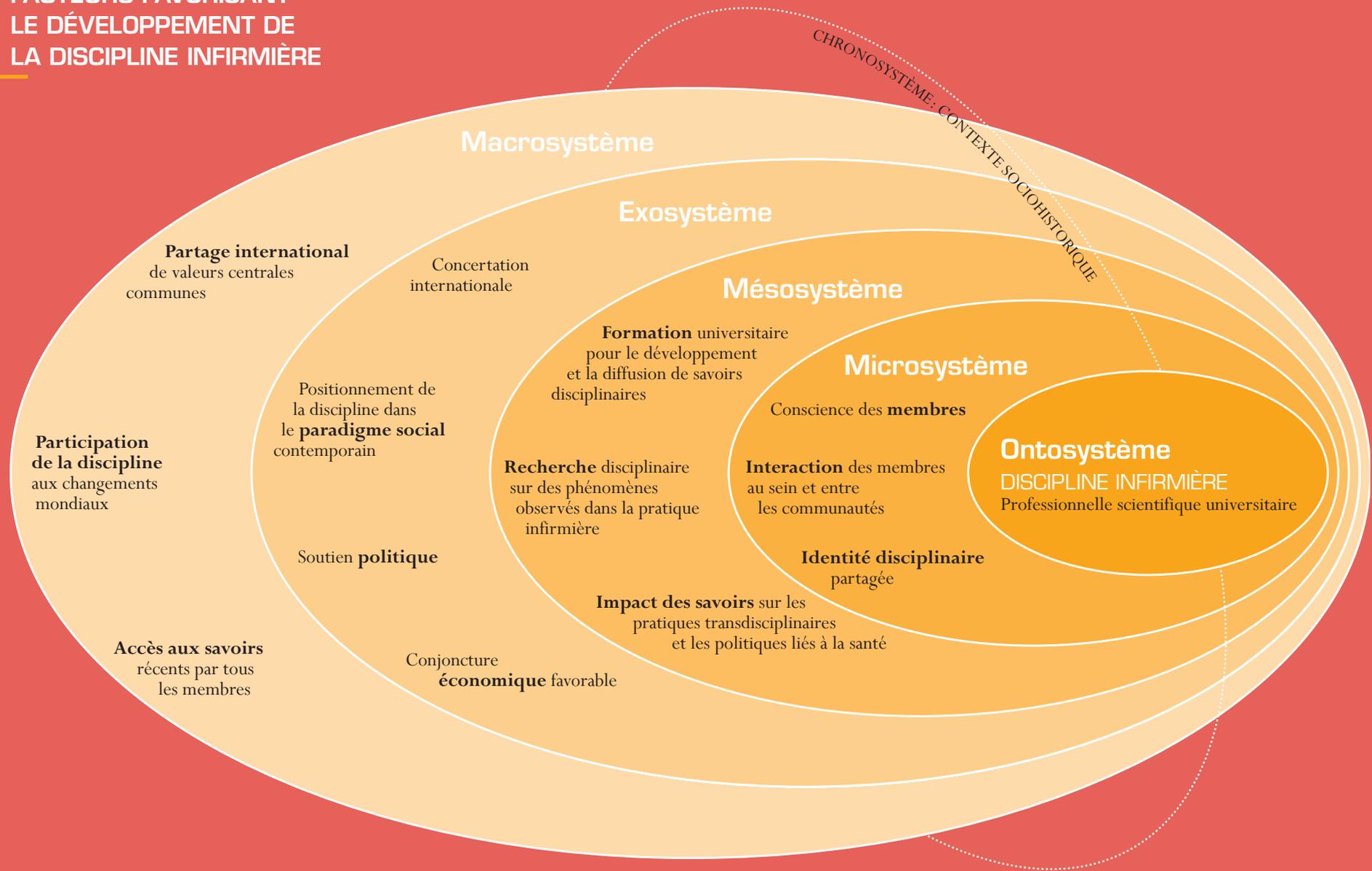


FIGURE 1. FACTEURS FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE

46

UN APERÇU DES SAVOIRS DÉVELOPPÉS EN SCIENCES INFIRMIÈRES

En 2000, Donaldson, qui avait défini la discipline infirmière (Donaldson et Crowley, 1978), a publié un article clé : *Breakthroughs in scientific research: the discipline of nursing 1960-1999*. Il porte sur les percées de la recherche scientifique en sciences infirmières. Selon l'auteure, une **percée scientifique** se caractérise par un changement transdisciplinaire dans la façon de penser un phénomène (évaluation de la douleur, expérience du soin à un proche, gestion de comportements dérangeants et autres), et ce, grâce aux résultats de travaux scientifiques d'infirmières chercheuses. La confirmation d'une percée est donc la **reconnaissance de l'apport des savoirs issus de la recherche infirmière au changement de vision sur un phénomène, non seulement par des scientifiques de sa discipline, mais aussi par des scientifiques d'autres disciplines**. Pour trouver des percées de la discipline infirmière, Donaldson trace le parcours de chercheurs des années 1960 à 1999.

À cet égard, le parcours de deux chercheurs contemporains est éloquent : Kevin Ann Huckshorn et Len Bowers dans le domaine de la gestion des comportements agressifs dans un contexte psychiatrique. Kevin Ann Huckshorn est d'abord une infirmière de soins psychiatriques aux États-Unis. Elle a développé un programme de réduction des mesures d'isolement et de contention fondée sur six principes (Huckshorn, 2005) alors qu'elle était directrice de la *National Association of State Mental Health Program*. Le programme qu'elle a développé a été implanté dans huit États américains. Elle s'est associée des collaborateurs interdisciplinaires pour évaluer les effets du programme. Les résultats démontrent un effet significatif sur la réduction des mesures d'isolement et de contention.

Invitée au Canada et en Europe pour présenter des conférences sur ce programme, elle est, de plus, sollicitée pour contribuer aux politiques gouvernementales entourant l'utilisation de l'isolement et de la contention.

Infirmier psychiatrique en Angleterre, Len Bowers a complété une maîtrise puis un doctorat en sciences infirmières. Il développe son programme de recherche sur la réduction des conflits et l'utilisation des mesures de contrôle (Bowers, 2014; Bowers et coll., 2010). Il gère maintenant des fonds de recherche d'une équipe multidisciplinaire et a publié dans plus d'une centaine de revues avec comité de pairs. Bowers est un interlocuteur en ce qui concerne les politiques gouvernementales et lignes directrices de la pratique psychiatrique. Ces deux infirmiers ont réalisé leurs travaux scientifiques à l'aide de modèles en santé publique, dans un souci constant du patient au cœur des soins.

Enfin, nombre d'infirmières marquent le développement de savoirs et ont une influence sur l'élaboration et l'évaluation d'interventions infirmières et de politiques de santé. Lecordier, Remy-Largeau et Jovic (2013) soulignent qu'afin de « s'inscrire dans la dynamique de construction des sciences infirmières, celles-ci devront garder à l'esprit le cadre de leur exercice professionnel, être au fait de l'état des connaissances dans leur discipline et de celles des disciplines connexes sur les questions explorées, maîtriser les concepts, modèles théoriques et méthodes relatifs à l'objet de recherche » (p. 12). À l'instar de Donaldson (2000), Lecordier, Remy-Largeau et Jovic (2013) insistent sur la capacité des membres de la discipline à « mobiliser ces connaissances produites pour faire évoluer les pratiques et les organisations » (p. 12) comme test de crédibilité de la recherche en sciences infirmières.

Ainsi, en 2000, Donaldson a avancé que dans dix domaines, des percées de la recherche issue de la discipline infirmière avaient contribué à la

production ou la consolidation de savoirs qui avaient été à la base de changements de pratiques. Nous présentons ces domaines sous forme de tableau (Tableau 2). **Ceux-ci, loin d’être exhaustifs, ne représentent que quelques domaines de percées. Bien entendu, la recherche infirmière continue d’évoluer et d’autres domaines sont en émergence.**

Tableau 2. Dix domaines ayant connu des percées significatives de la recherche en sciences infirmières selon Donaldson (2000)

- 1) L’expérience des personnes et de leur famille aux prises avec une maladie
- 2) L’expérience subjective des patients dans le champ de la gestion de la douleur
- 3) Les soins aux personnes atteintes de démence, dont la gestion de comportements dérangeants
- 4) Le développement du jeune enfant et les interactions précoces avec ses parents
- 5) Les soins aux personnes vulnérables en période de transition d’un milieu à un autre
- 6) La vision de la violence comme phénomène de l’unité familiale
- 7) Les expériences de santé des femmes, dans leur cycle de vie, au-delà des processus physiologiques
- 8) La gestion individualisée de l’incontinence urinaire de stress chez les femmes
- 9) La santé psychobiologique et la santé biocomportementale
- 10) L’utilisation de résultats probants dans la pratique et ses effets sur des résultats chez les patients comme mesure de la qualité des soins

EXEMPLES DE TRAVAUX MENÉS DEPUIS 2000 DANS CES DOMAINES

Pour chacun des domaines cités par Donaldson (2000), voici quelques exemples de percées issues de la recherche en sciences infirmières au cours des 15 dernières années. Le mot « percée » est aussi utilisé ici dans le sens d'un changement de perspective pour comprendre un phénomène et d'impacts pour les pratiques professionnelles, organisationnelles ou pour les politiques en santé.

L'EXPÉRIENCE DES PERSONNES ET DE LEUR FAMILLE AUX PRISES AVEC UNE MALADIE

L'expérience de santé des personnes et de leur famille, au centre des préoccupations de la recherche infirmière, devient un atout pour les décideurs. Par exemple, la chercheuse Ducharme, titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, a dirigé plusieurs études en équipes interprofessionnelles sur l'expérience des aînés et de leurs proches aidants. Les résultats de ces études ont été présentés sous forme de mémoires lors de consultations publiques pour l'élaboration de politiques de santé (Ducharme, 2007, 2009).

Ayant exploré les besoins de familles s'occupant d'un proche âgé qui présente une perte d'autonomie physique ou cognitive, les recherches de Ducharme ont aussi mené à l'élaboration d'interventions novatrices en soins infirmiers qui se sont avérées efficaces pour les proches aidants (Ducharme, Lachance, Lévesque, Zarit et Kergoat, 2015).

L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DES PATIENTS DANS LE CHAMP DE LA GESTION DE LA DOULEUR

Des chercheuses infirmières ont élaboré, implanté et validé des échelles d'évaluation de la douleur largement utilisées dans la pratique et la formation des professionnels de la santé. Ces échelles de mesure ont ensuite été adaptées à diverses clientèles (Cabot, Le May et Besner, 2007), dont les enfants, dans l'idée de développer des interventions infirmières non pharmacologiques (Gélinas, Arbour, Michaud, Robar et Côté, 2013; Paquette, Le May et Aita, 2007; Ramelet, Fonjallaz, Rapin, Gueniat et Hofer, 2014). La gestion de la douleur humaine et la gestion plus étendue des symptômes (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl et Viens Python, 2013) figurent parmi les percées scientifiques de la discipline infirmière, tant pour la collaboration de collègues d'autres disciplines aux travaux menés par des chercheuses infirmières que pour le changement de vision du phénomène et l'application des résultats dans la pratique.

LES SOINS AUX PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE, DONT LA GESTION DE COMPORTEMENTS DÉRANGEANTS

Des recherches effectuées pour comprendre les comportements dérangeants de personnes atteintes de démence (Bourbonnais et Ducharme, 2010) ou de personnes hospitalisées en soins psychiatriques (Larue, Dumais, Drapeau, Menard et Goulet, 2010) visent à changer la perspective des professionnels de la santé au sujet de ces comportements (les cris chez les personnes démentes, par exemple), à changer leur approche de soins et ainsi à améliorer la qualité des soins.

LE DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT ET LES INTERACTIONS PRÉCOCES AVEC SES PARENTS

Parmi les travaux de recherche infirmière sur le développement du jeune enfant et les interactions précoces avec ses parents, soulignons ceux de la chercheuse Bell. Sa recherche a permis de décrire les composantes de la relation mère-enfant et père-enfant à la période périnatale. Ces résultats ont servi de cadre de référence au guide élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSSQ], 2005) et intitulé *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à un an*. Ses travaux de recherche menés en équipe sur la relation parents-enfants ont également permis d'élucider les dynamiques familiales associées à l'établissement précoce de relations (Bell et coll., 2007).

LES SOINS AUX PERSONNES VULNÉRABLES EN PÉRIODE DE TRANSITION D'UN MILIEU À UN AUTRE

Les nombreuses recherches sous la direction de la théoricienne infirmière Meleis (2010) ont abouti à l'élaboration d'une théorie de niveau intermédiaire portant sur les transitions. Que les transitions soient de nature développementale (devenir mère), situationnelle (immigrer, emménager en centre d'hébergement) ou organisationnelle (introduire un nouveau modèle de soins) ou qu'elles soient liées à la santé (vivre avec une maladie chronique, quitter l'unité de soins intensifs), elles sont facilitées ou entravées par divers facteurs d'ordre personnel, communautaire et sociétal. Cette théorie s'avère pertinente pour expliquer et faciliter diverses transitions dans de très nombreux domaines, par exemple la transition du rôle d'étudiante en sciences infirmières à infirmière œuvrant en milieu de santé. On commence à peine à saisir la portée transdisciplinaire de cette théorie.

LA VISION DE LA VIOLENCE COMME PHÉNOMÈNE DE L'UNITÉ FAMILIALE

La violence en milieu familial continue d'être présente dans diverses sociétés. L'infirmière chercheuse Campbell a mené ses recherches sur de nombreuses décennies, principalement dans « le but de s'assurer que les femmes obtiennent l'aide dont elles ont besoin pour améliorer leur sécurité, leur santé et leur bien-être » (traduction libre, Campbell, s.d.). Ses recherches menées en équipes interdisciplinaires sont reconnues sur la scène internationale. Elles ont donné lieu à l'élaboration de formations interprofessionnelles sur la prévention et la gestion de la violence en milieu familial de même qu'à des consultations en regard de politiques de prévention de la violence. Campbell a siégé au conseil d'administration d'organismes tels que l'Institute of Medicine (IOM) Forum on the prevention of global violence.

LES EXPÉRIENCES DE SANTÉ DES FEMMES, DANS LEUR CYCLE DE VIE, AU-DELÀ DES PROCESSUS PHYSIOLOGIQUES

Les travaux de la chercheuse Heaman, titulaire d'une Chaire des Instituts de recherche en santé du Canada sur le genre et le sexe, portent spécifiquement sur les disparités de santé des femmes en période prénatale, d'accès aux soins prénataux et des résultats à la naissance (Instituts de recherche en santé du Canada, 2010). La chercheuse vise à réduire les inégalités d'accès aux soins en période prénatale par l'amélioration des services de santé. Dans la même lignée, Gagnon et coll. (2014), qui collaborent avec Heaman, ont supervisé l'élaboration d'un questionnaire de soins maternels adapté aux femmes migrantes dans les sociétés occidentales et en ont effectué la validation internationale, dans le but d'améliorer les soins infirmiers qui sont offerts à ces femmes.

LA GESTION INDIVIDUALISÉE DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE STRESS CHEZ LES FEMMES

Certaines recherches visent à prévenir les conséquences de changements physiologiques et à maximiser les autosoins. À titre d'exemple au regard de l'incontinence urinaire, les recherches actuelles se dirigent vers des interventions sur mesure, centrées sur le patient (Lauver, Gross, Ruff et Wells, 2004) et sur l'autoapprentissage à l'aide du web de personnes qui ont une blessure médullaire, par exemple (Wilde, Bliss, Booth, Cheater et Tannenbaum, 2014). Ces interventions que diverses technologies rendent possibles améliorent grandement la qualité de vie des personnes lorsqu'elles sont mises en pratique.

LA SANTÉ PSYCHOBIOLOGIQUE ET LA SANTÉ BIOCOPORTEMENTALE

De nombreuses recherches en sciences infirmières s'attardent aux comportements de santé des personnes souffrant de maladies chroniques, en particulier des maladies cardiovasculaires, pour comprendre le lien entre les comportements de santé (activité physique, nutrition, etc.) et la qualité de vie. Toutefois, elles ont surtout pour but d'élaborer des interventions de soutien et d'éducation aux autosoins et d'évaluer leur incidence sur la qualité de vie (Jaarsma et coll., 2008). Les recherches souvent menées en équipes interdisciplinaires visent à mesurer l'impact de l'intervention sur les résultats du patient. La conception, l'adaptation culturelle et la validation d'outils de mesure (Gallani, Cornélio, Agondi et Rodrigues, 2013) font partie de l'apport de la recherche disciplinaire.

L'UTILISATION DE RÉSULTATS PROBANTS DANS LA PRATIQUE ET SES EFFETS SUR DES RÉSULTATS CHEZ LES PATIENTS COMME MESURE DE LA QUALITÉ DES SOINS

Enfin, des recherches récentes se sont attardées au défi de la mise en application de résultats probants dans la pratique infirmière et transdisciplinaire. Des chercheuses infirmières consacrent leur programme de recherche à ce défi. À titre d'exemple, Estabrooks détient une Chaire du Canada sur la transposition des connaissances, sur les interventions visant à faciliter cette intégration dans les pratiques, sur le soutien organisationnel qui le favorise de même que sur les effets pour les patients et leurs familles. Cette chercheuse s'attarde tant au processus (Estabrooks et coll., 2008) qu'aux résultats en se centrant surtout sur l'intégration des savoirs pour les soins aux personnes âgées en résidence.

Ces quelques exemples ne sont que la **pointe de l'iceberg des savoirs infirmiers développés et mis en pratique pour améliorer les soins, les services et les résultats des patients**. Les lecteurs se doivent d'examiner les connaissances développées dans leur domaine spécifique, de les mettre en application et de les promouvoir pour une contribution unique aux soins de santé.

EXEMPLES DE TRAVAUX PROMETTEURS RÉCENTS

Plusieurs savoirs ont donc été développés en diverses phases et ont conduit à des applications locales par diverses disciplines, ainsi que dans d'autres pays. L'implantation des résultats de recherche dans les milieux de soins et la diffusion de ces recherches, lors de colloques regroupant des infirmières ou par des écrits scientifiques, contribuent au rayonnement de la discipline et à la reconnaissance par le plus grand nombre de l'état des savoirs en sciences infirmières.

Nous l'avons vu, les chercheuses infirmières de l'espace francophone contribuent déjà à des percées scientifiques telles que définies par Donaldson (2000). Bien que toute recherche fondée sur les préoccupations de la pratique ne donne pas nécessairement lieu à une percée, toutes y tendent. Les chercheuses francophones contribuent assurément à l'approfondissement et à l'élargissement des domaines scientifiques de la discipline infirmière. Parmi les travaux prometteurs amorcés, certains portent sur des pratiques infirmières en dehors du milieu hospitalier. À titre d'exemple, notons l'élaboration de modèles de pratique infirmière en contexte de vulnérabilité sociale (Richard, 2014), des études sur la prévention de l'hypertension artérielle auprès de travailleurs en industrie (Chamberland et Sylvain, 2013) et des recherches sur l'impact d'interventions infirmières de détection et de prévention de l'état confusionnel chez des personnes âgées à domicile (Verloo, Goulet, von Gunten et Morin, 2014). D'autres portent sur des interventions virtuelles, par exemple, pour optimiser l'adhésion aux médicaments antirejets chez les personnes greffées (Côté, Hébert, Fortin, Dubois, Boudreau, Vaillant, 2013). Des exemples de percées dues à des recherches menées en équipes interdisciplinaires pourraient aussi résulter de l'évaluation économique des mesures d'accessibilité et de la qualité des cliniques infirmières (Contandriopoulos et coll., 2013).

Enfin, les percées scientifiques sont devenues plus faciles à réaliser en équipe et le réseautage de chercheurs, de cliniciens et de décideurs est prisé des organismes subventionnaires. Un exemple est le « Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) » (Cossette, Feeley, et coll., 2013), financé par le Fonds de recherche du Québec en santé (FRQS 2014-2019) en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les universités québécoises. La programmation du RRISIQ est structurée autour des priorités de santé, tels les maladies chroniques et les soins de fin de vie, l'accessibilité, la continuité et la sécurité des soins, de même que les soins personnalisés. Des chercheurs d'autres disciplines contribuent au développement de savoirs sur le thème du réseau. Par ailleurs, nombreuses sont les chercheuses infirmières qui font aussi partie d'un réseau thématique interdisciplinaire pour créer des synergies, par exemple, le Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA) ou encore le Réseau québécois de la recherche sur le vieillissement (RQRV) pour n'en nommer que quelques-uns. Il est à espérer que les chercheuses de l'espace francophone saisissent les occasions de créer ou d'intensifier de telles synergies entre équipes et groupes internationaux.

Ce deuxième volet, complémentaire au premier, porte spécifiquement sur la formation universitaire et ses composantes essentielles pour préparer les infirmières aux différents paliers du cheminement de carrière. Les éléments essentiels sont présentés sous forme de quatre tableaux dans lesquels sont énumérées les caractéristiques de la formation des infirmières en milieu universitaire (tableau 3), de la formation de 1^{er} cycle (niveau licence, *Bachelor* ou baccalauréat) (tableau 4), de 2^e cycle (niveau *Master* ou maîtrise) (tableau 5) et de 3^e cycle (niveau doctorat) (tableau 6). Ces composantes ont été dégagées des écrits du premier volet de l'étude, d'écrits de référence sur la formation universitaire pour des professionnels ou sur l'évaluation de la qualité de la formation ainsi que de documents de présentation de programmes des divers cycles universitaires.

Si les composantes émergent d'abord d'écrits théoriques, les contenus des tableaux se vérifient dans la pratique, ainsi que l'ont confirmé les acteurs clés des diverses régions de la Francophonie qui ont collaboré à l'étude et qui sont présentés à la page viii.

En effet, grâce à leur collaboration, les énoncés ont été clarifiés, de nouveaux énoncés ont été ajoutés et d'autres ont été confirmés. La richesse des échanges en personne et la pertinence des commentaires écrits permettent de présenter ces tableaux qui resteront, nous l'espérons, perfectibles et vivants. Il importe cependant de mettre en garde le lecteur quant à la nécessité d'une adaptation locale et culturelle des énoncés.

Les diverses composantes des tableaux 4 à 6 forment en quelque sorte la trame de compétences globales essentielles à développer pour être une infirmière soignante, spécialiste, praticienne, consultante, enseignante, gestionnaire ou chercheuse. Elles reflètent une compréhension commune vers laquelle les programmes de formation peuvent tendre.

COMPOSANTES DE FORMATION UNIVERSITAIRE ET PRATIQUE INFIRMIÈRE

31 août 2014

Tableau 3. Formation infirmière en milieu universitaire

La formation des infirmières en milieu universitaire présente les caractéristiques suivantes :

Une **autonomie de l'unité de formation** quant 1) aux finalités des programmes en sciences infirmières, 2) au développement de la discipline infirmière, 3) aux modalités pédagogiques pour une préparation efficace des futures professionnelles infirmières. Cette autonomie décisionnelle tient compte des environnements universitaires dans lesquels les programmes sont ancrés, et ce, tout en respectant le cadre réglementaire de la profession de chaque pays.

Un **corps professoral** qui contribue à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et à la mise en application des résultats probants dans la pratique; donc composé en majorité de personnes formées au niveau de la maîtrise et du doctorat dans la discipline infirmière.

Profil du corps professoral : non disponible dans certains pays

Un **cursus ou plan d'étude** dynamique, pertinent et mis à jour régulièrement, qui tient compte des besoins de santé du milieu et des développements nationaux et internationaux dans la discipline et dans la pédagogie appliquée à la discipline infirmière.

Une **formation ancrée dans la discipline et fondée sur des connaissances** issues de la discipline infirmière et d'autres champs disciplinaires, lesquelles sont suffisamment larges et approfondies pour permettre aux futures infirmières en situation de soins de faire appel à un registre étendu, quoique suffisamment circonscrites pour favoriser leur intégration en cours d'apprentissage.

Des **activités qui favorisent l'engagement professionnel et le développement de la métacognition**, afin de permettre aux infirmières d'exercer en respectant les règles éthiques, d'assurer la sécurité des patients et la qualité des soins, même en contexte d'incertitude en tenant compte des divers environnements.

Des **occasions diversifiées d'intégrer les apprentissages dans la pratique dès le début** et tout au long de la formation, ce qui permet de développer des compétences infirmières et un réseau au sein de la profession.

Un espace **de participation à des réflexions et débats sur des enjeux professionnels, interprofessionnels et sociopolitiques**, destiné à favoriser l'ouverture d'esprit ainsi que la prise en compte de la multidimensionnalité et de la singularité des contextes, des situations et des acteurs.

Des **ressources** de pointe donnant accès aux connaissances (TIC [bases de données], bibliothèques [contenu récent en français et en anglais]); à un environnement favorable à l'apprentissage (salle d'activités, laboratoires de simulation [mannequins]) et à une variété de milieux cliniques. Quand un programme de doctorat est offert, un solide environnement de recherche est assuré.

Situation difficile dans certains pays

Un **processus d'agrément et d'amélioration continue de la qualité des programmes** est adopté et nécessite des évaluations périodiques selon des critères normatifs internationalement reconnus.

Tableau 4. Formation infirmière de 1^{er} cycle universitaire
(licence, *Bachelor* ou baccalauréat)

La diplômée du 1^{er} cycle universitaire se forme pour être une **infirmière soignante**. Elle doit développer les compétences globales essentielles suivantes :

Cœuvrer dans **tous les milieux de santé et dans la communauté** auprès des personnes de tous âges et de leurs familles en tenant compte des contextes socioculturels, à partir de ses valeurs et savoirs disciplinaires, de son attitude professionnelle et de ses compétences.

Accompagner les personnes, familles et communautés **dans la promotion de leur santé et dans toute expérience de santé aiguë, chronique, critique ou de soins palliatifs**, en mobilisant leurs forces et ressources, leur potentiel et leur environnement.

Exercer un **jugement clinique infirmier autonome fondé sur des règles d'éthique et sur une étendue de connaissances** selon son évaluation d'une situation analysée avec un esprit ouvert et critique.

Mettre en œuvre de manière efficace une **variété d'interventions infirmières systémiques** avec les personnes, familles et communautés, selon leurs priorités et **en collaboration** avec d'autres professionnels de la santé et intervenants.

(Suite tableau 4)

Exercer un **leadership clinique** auprès des membres de son équipe de soins en planifiant, organisant, guidant et évaluant des soins infirmiers centrés sur les personnes, familles ou communautés.

Agir comme **agent de changement** pour le mieux-être des populations en s'interrogeant sur les façons de faire et en imaginant des solutions pertinentes et efficaces dans un cadre légal et économique donné.

Choisir, utiliser et diffuser des **résultats de recherche** pour l'amélioration continue de la santé populationnelle et des soins qu'elle et son équipe soignante donnent, incluant la mobilisation de l'environnement du patient.

S'engager dans un **processus continu de développement de ses compétences**.

Poursuivre, si elle le souhaite, des études **aux cycles supérieurs**.

Tableau 5. Formation infirmière de 2^e cycle universitaire
(*Master* ou maîtrise)

La diplômée du 2^e cycle universitaire se forme à une **pratique infirmière de niveau avancé, selon sa perspective infirmière**; elle pourra :

Agir, par exemple, comme infirmière clinicienne spécialiste ou praticienne ou infirmière cadre en santé, en formation ou en gestion, ou sous un autre titre.

Les titres peuvent varier d'un pays à l'autre.

Exercer sa **pratique de niveau avancé, en donnant des soins directs** dans un domaine spécifique, lesquels seront centrés sur les personnes, familles et communautés en collaboration interprofessionnelle, en tenant compte du contexte socioculturel.

Assumer un **leadership** en provoquant des changements afin d'**améliorer la qualité des soins infirmiers** dans des établissements variés.

Collaborer avec des chercheurs des milieux universitaires et de la santé, en proposant des sujets de recherche ou en participant à l'élaboration ou à la mise en œuvre de **projets de recherche en sciences infirmières, tout en favorisant l'intégration des résultats dans la pratique.**

Concevoir, réaliser et évaluer des **programmes et activités de développement continu de compétences infirmières** en milieu de santé et contribuer à la formation infirmière de 1^{er} cycle universitaire.

Agir en tant que **consultante** dans des situations de soins complexes, éthiques ou autres.

Participer à des activités ou plaidoyers de **nature sociopolitique** en faveur de la promotion de la santé de la population.

Poursuivre des études **doctorales**, si elle le souhaite.

Tableau 6. Formation infirmière de 3^e cycle universitaire
(doctorat)

La diplômée du 3^e cycle universitaire se forme à être **un chef de file scientifique** dans sa discipline pour :

Générer de nouveaux savoirs utiles à la pratique infirmière et à la santé des populations à partir d'un processus rigoureux qui répond aux standards méthodologiques et éthiques reconnus.

Contribuer à l'avancement de la discipline infirmière par des apports théoriques significatifs à un domaine d'études, en complémentarité à l'apport d'autres disciplines.

Adapter ses communications scientifiques à des publics divers, incluant la publication scientifique, la diffusion de résultats de recherche auprès de professionnels et la vulgarisation de découvertes pour le grand public.

Mettre à profit ses compétences dans la résolution de problèmes complexes ou la gestion d'entités qui comportent une mission scientifique.

Avoir une influence sur les politiques de santé, les curricula de formation et les structures organisationnelles de santé, d'enseignement et de recherche.

Former de nouvelles générations de scientifiques qui portent un regard critique et éthique sur les savoirs et leur utilisation dans la pratique infirmière.

Faire preuve d'initiative en ce qui concerne l'obtention et la gestion de financement de recherche, la collaboration scientifique et le réseautage.

Poursuivre, si elle le désire, **des études postdoctorales.**

LES GRANDES CONCLUSIONS

La discipline infirmière, une des branches de la connaissance humaine, se propose comme une contribution aux grands défis de santé dans le monde, en complémentarité aux contributions des autres disciplines. L'avancement des savoirs à partir de la perspective de cette discipline de même que l'intégration de ces savoirs aux pratiques offrent un potentiel d'amélioration de la qualité de vie des personnes, ce dont les sociétés ont besoin. **Les infirmières de la Francophonie ajoutent leur apport scientifique** à celui d'infirmières d'autres langues pour garder bien vivante une **discipline reconnue depuis au moins 100 ans** dans plusieurs pays.

À partir du modèle écologique de Bronfenbrenner, de nombreux facteurs favorisant l'émergence et le développement de la **discipline infirmière** ont été mis en relation. Au cœur de cette dynamique se situent **la formation universitaire et la recherche disciplinaire, qui permettent de faire évoluer les pratiques d'équipes de professionnels localement et mondialement**. Il importe de soutenir la prise de conscience de chacun des membres de son appartenance à la communauté disciplinaire, tout autant que de favoriser une veille quant aux changements mondiaux en matière de santé, dans des contextes politiques, économiques et sociétaux diversifiés.

Il est indéniable que la valorisation des **percées scientifiques en sciences infirmières** auprès des membres de la discipline infirmière, des professionnels de la santé, de l'ensemble des décideurs et du grand public est porteuse de **l'excellence des soins et de l'amélioration de la santé des populations**.

La formation universitaire, le soutien à la recherche, la mise en réseau de chercheurs et cliniciens, à l'échelle mondiale et dans la Francophonie, permettront de faire des avancées en ce qui a trait à l'élaboration de savoirs, à la diffusion des résultats de recherche pour un accès au plus grand nombre possible, et à la mise en application dans les pratiques. Il s'agit là d'une **responsabilité collective**, tant **locale qu'internationale**.

Enfin, en raison des composantes de la formation à la pratique infirmière aux trois cycles d'études universitaires et compte tenu des cultures et des politiques des différents pays de l'espace francophone, la pertinence de se prévaloir des processus d'agrément des unités universitaires spécifiques à la formation en sciences infirmières ne fait pas de doute. L'amélioration continue de la qualité des programmes, quant aux capacités de formation en sciences infirmières et d'adaptation aux spécificités de santé des régions et des pays, ne peut que servir la mission sociale de la discipline professionnelle.

Cette étude collaborative se situe dans le mouvement mondial de mobilisation des connaissances. Il est à souhaiter qu'elle ouvre des portes à des échanges avec et pour les populations.

BIBLIOGRAPHIE

- Bell, L., Goulet, C., St-CyrTribble, D., Paul, D., Boisclair, A. et Tronick, E. Z. (2007). Mothers' and Fathers' Views of the Interdependence of Their Relationships With Their Infant: A Systems Perspective on Early Family Relationships. *Journal of Family Nursing*, 13(2), 179-200. doi : 10.1177/1074840707300774
- Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2010). The meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1172-1184. doi : 10.1017/S1041610209991670
- Bourdoncle, R. (1994). *L'université et les professions. Un itinéraire de recherche sociologique*. Paris: L'Harmattan.
- Bourdoncle, R. et Lessard, C. (2003). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Les caractéristiques spécifiques : programmes, modalités et méthodes de formation. *Revue Française de Pédagogie*, 142, 131-181.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. doi : 10.1111/jpm.12129
- Bowers, L., Haglund, K., Muir-Cochrane, E., Nijman, H., Simpson, A. et Van Der Merwe, M. (2010). Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 873-880. doi : 10.1111/j.1365-2850.2010.01614.x
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Dans T. Husén et T. N. Postlethwaite (dir.), *International Encyclopedia of Education* (2^e éd., Vol. 3). Oxford: Elsevier.
- Cabot, I., Le May, S. et Besner, G. (2007). Revue critique des outils d'évaluation de la douleur chez une clientèle adulte souffrant de cancer. *Recherche en soins infirmiers*, 90(3), 35-57.
- Campbell, J. (s.d.). Jacquelyn Campbell. Repéré à http://nursing.jhu.edu/faculty_research/faculty/faculty-directory/community-publichealth/jacquelyn-campbell

- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2012). *Ties that bind: the evolution of education for professional nursing in Canada from the 17th to the 21st century*. Ottawa: CASN.
- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2014). Accreditation Program Information. Repéré à http://www.casn.ca/en/AccreditationProgramInformation_62/
- Chamberland, L. et Sylvain, H. (2013). Implantation d'un programme de prévention de l'hypertension artérielle auprès de travailleurs en industrie par une recherche-action. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 22-34.
- CIFI. (2011). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*. Montréal : Centre d'innovation en formation infirmière, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. et Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline. Histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Conférence universitaire suisse. (2007). Directives de la Conférence universitaire suisse pour l'accréditation dans le domaine des hautes écoles universitaires en Suisse. Repéré à <http://www.crus.ch/dms.php?id=10970>
- Conseil international des infirmières (CII). (2009). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Genève : CII.
- Contandriopoulos, D., Amar, M., Beaumont, M., Bonin, J.-P., Borgès Da Silva, R., Brault, I., Cockenpot, A., Dallaire, C., Dubois, C.-A., Duhoux, A., Girard, F., Jean, E., Larue, C., Lessard, L., Mathieu, L., Medeiros, O., Pepin, J. et Roy, B. (2013). *Projet pilote d'Équipes de Soins Primaires Intégrées (ESPI) au Québec : Évaluation d'implantation et d'effets*. Demande de subvention déposée aux Instituts de recherche en santé du Canada. Montréal, Canada.

- Cossette, S., Feeley, N., Contandriopoulos, D., Côté, J., Dubois, C.-A., Gagnon, M.-P., Gallani, M. C., Gélinas, C., Larue, C., Lee, V., Le May, S., Pepin, J., Semenic, S. et Tremblay, D. (2013). *RRISIQ (Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec) / The Quebec Network on Nursing Intervention Research*. Demande de subvention déposée au Fonds de recherche du Québec — Santé. Montréal.
- Côté, J., Hébert, M.-J., Fortin, M.-C., Dubois, S., Boudreau, N., Vaillant, I. (2013-2015). Évaluation d'une intervention virtuelle, TRANSPLANTAVIE, visant à optimiser l'adhésion aux médicaments antirejet chez les personnes greffées. Fondation Canadienne du Rein.
- Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93, 72-82.
- Debout, C. (2010). Les soins infirmiers : une profession, une discipline, une science. *Soins*, 748, 57-60.
- Donaldson, S. K. (2000). Breakthroughs in Scientific Research: the Discipline of Nursing. Dans J. J. Fitzpatrick et J. Goepfing (dir.), *Annual review of nursing research* (p. 247-311). New York : Springer.
- Donaldson, S. K. (2010). Foreword. Dans M. Risjord (dir.), *Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy* (p. xvi-xviii). Oxford : Wiley-Blackwell.
- Donaldson, S. K. et Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing outlook*, 26(2), 113-120.
- Ducharme, F. (2007). *Parce que nous sommes tous concernés : Mémoire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, présenté dans le cadre de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés*. Montréal : Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille.
- Ducharme, F. (2009). *Soutenir les proches-aidants de personnes âgées : Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales en regard du projet de loi no 6, loi instituant le Fonds de soutien aux proches-aidants des aînés*. Montréal : Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille.

- Ducharme, F., Lachance, L., Lévesque, L., Zarit, S. H. et Kergoat, M.-J. (2015). Maintaining the potential of a psycho-educational program: efficacy of a booster session after an intervention offered family caregivers at disclosure of a relative's dementia diagnosis. *Aging & Mental Health*, 19(3), 207-216. doi : 10.1080/13607863.2014.922527
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C. et Viens Python, N. (2013). Version française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 14-25.
- Estabrooks, C. A., Derksen, L., Winther, C., Lavis, J. N., Scott, S. D., Wallin, L. et Profetto-McGrath, J. (2008). The intellectual structure and substance of the knowledge utilization field: a longitudinal author co-citation analysis, 1945 to 2004. *Implementation Science*, 3, 49. doi : 10.1186/1748-5908-3-49
- Fansten, M. (2010). Ancrage disciplinaire, formation, courants de pensée. *Recherche en soins infirmiers*(102), 14-22.
- Francillon, D. (2005). *Le Bon Secours : Quand le passé annonce l'avenir*. Genève : Georg Éditeur.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. et Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Gagnon, A. J., DeBruyn, R., Essen, B., Gissler, M., Heaman, M., Jeambey, Z., Korfker, D., McCourt, C., Roth, C., Zeitlin, J. et Small, R. (2014). Development of the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ) for migrants to Western societies: an international Delphi consensus process. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 200. doi : 10.1186/1471-2393-14-200
- Gallani, M. C. B. J., Cornélio, M. E., Agondi, R. d. F. et Rodrigues, R. C. M. (2013). Conceptual framework for research and clinical practice concerning cardiovascular health-related behaviors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 207-215.

- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L. et Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307-318. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x
- Goulet, O. (2002). Une pratique infirmière autonome : un projet ambitieux. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives* (p. 163-180). Montréal : Gaëtan Morin.
- Hale, C. (2001). Scholarship and the discipline of nursing. *NT Research*, 6(3), 707-714.
- Huckshorn, K. A. (2005). Six core strategies to reduce the use of seclusion and restraint planning tool. Repéré à http://www.hogg.utexas.edu/uploads/documents/SR_Plan_Template.pdf
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). Chaires de recherche sur le genre, le sexe et la santé de l'ISFH. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41062.html>
- Jaarsma, T., van der Wal, M. H., Lesman-Leegte, I., Luttik, M. L., Hogenhuis, J., Veeger, N. J., Sanderman, R., Hoes, A. W., van Gilst, W. H., Lok, D. J., Dunselman, P. H., Tijssen, J. G., Hillege, H. L. et van Veldhuisen, D. J. (2008). Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Archives of internal medicine*, 168(3), 316-324. doi : 10.1001/archinternmed.2007.83
- Jolley, J. (2009). Now and then. We have our own journal. *Paediatric nursing*, 21(2), 10-11.
- Jovic, L. (2008). Les conditions d'émergence d'une discipline scientifique et professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 93, 68-71.
- Jovic, L. et Poisson, M. (2008). Réponse infirmière aux besoins de santé en France, vers une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93, 5-8.
- Juan, S. (2008). Éléments de synthèse des travaux du congrès : du point de vue de la connaissance, de l'« universitarisation » des soins et de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 93, 129-133.

- Karnick, P. M. (2014). What Kind of Nurse Are You? *Nursing Science Quarterly*, 27(3), 211-212. doi : 10.1177/0894318414534471
- Lanara, V. A. (1996). Research and the discipline of nursing: a European perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 90-96.
- Larue, C., Dumais, A., Drapeau, A., Menard, G. et Goulet, M. H. (2010). Nursing practices recorded in reports of episodes of seclusion. *Issues Ment Health Nurs*, 31(12), 785-792. doi : 10.3109/01612840.2010.520102
- Lauver, D. R., Gross, J., Ruff, C. et Wells, T. J. (2004). Patient-centered interventions: implications for incontinence. *Nursing Research*, 53(6 Suppl), S30-35.
- Lazarus, J. V., Wallace, S. A. et Lilijestrand, J. (2010). Improving African health research capacity. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 670-671.
- Lecordier, D., Remy-Largeau, I. et Jovic, L. (2013). Comment aborder la question de la discipline « sciences infirmières » en France ? *Recherche en soins infirmiers*, 112, 6-13.
- Lessard, C. et Bourdoncle, R. (2002). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Conceptions de l'université et formation professionnelle. *Revue Française de Pédagogie*, 139, 131-154.
- Litchfield, M. C. et Jonsdottir, H. (2008). A practice discipline that's here and now. *Advanced nursing science*, 31(1), 79-91.
- Major, F. (2000). Le centre d'intérêt de la discipline infirmière : une clarification à l'aide des bases ontologiques. *Recherche en soins infirmiers*, 60, 9-16.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York : Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Milot, P. (2003). La reconfiguration des universités selon l'OCDE [Économie du savoir et politique de l'innovation]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68-73.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSSQ]. (2005). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : guide pour soutenir le développement de l'attachement de la grossesse à 1 an. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-836-01.pdf>
- Naamat, N. A. (2013). Formation infirmière et changements identitaires. *Soins*, 772, 19-22.
- Nadot, M. (2009). L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 98, 12-18.
- Nadot, M. (2012). Recherche fondamentale en science infirmière. La recherche historique sur les fondements d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 109, 57-68.
- Newacheck, P. W., Rising, J. P. et Kim, S. E. (2006). Children at risk for special health care needs. *Pediatrics*, 118(1), 334-342. doi: 10.1542/peds.2005-2238
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D. et Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-27.
- ORPHEUS/AMSE/WFME Task Force. (2014). *Standards for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in Europe: A proposal from ORPHEUS — AMSE — WFME*. Copenhagen : Narayana Press.
- Paquette, G., Le May, S. et Aita, M. (2007). Revue systématique des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur chez les prématurés. *Douleur et Analgésie*, 20(3), 180-192. doi: 10.1007/s11724-007-0056-1
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Poisson, M. (2005). La construction disciplinaire des soins infirmiers en France. *Soins*, 700, 48-50.
- Rafferty, A. M. (1996). *The Politics of nursing knowledge*. New York : Routledge.

- Ramelet, A.-S., Fonjallaz, B., Rapin, J., Gueniat, C. et Hofer, M. (2014). Impact of a Telenursing service on satisfaction and health outcomes of children with inflammatory rheumatic diseases and their families: a crossover randomized trial study protocol. *BMC Pediatrics*, 14(151), 1-12. doi : 10.1186/1471-2431-14-151
- Richard, L. (2014). *Modélisation systémique d'une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10511;jsessionid=08C9C07C81CC5AEC143648A0658DB648>
- Risjord, M. (2010). *Nursing Knowledge: science, practice, and philosophy*. Oxford : Wiley-Blackwell.
- Sassine, R. (2011). La profession infirmière au Liban à l'heure de la mondialisation. *Lebanese Journal of Nursing*, 2, 22-25.
- Schwab, J. (1962). The concept of the structure of a discipline. *Educational research*, 43, 197-205.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). (2011). *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*. Montréal : SIDIIEF.
- Verloo, H., Goulet, C., von Gunten, A. et Morin, D. (2014). L'état confusionnel aigu à domicile. *La Gazette médicale*, 3, 37-41.
- Vinck, D. (2009). Construction des sciences et des disciplines scientifiques : Questions pour la recherche en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 98, 5-11.
- Warnet, S. (2013). Pour le développement d'une discipline en sciences infirmières. *La revue de l'infirmière*, 62(189), 30-31.
- Wilde, M. H., Bliss, D. Z., Booth, J., Cheater, F. M. et Tannenbaum, C. (2014). Self-Management of Urinary and Fecal Incontinence. *AJN The American Journal of Nursing*, 114(1), 38-45. doi : 10.1097/01.NAJ.0000441794.78032.f9
- Wittwer-Corelli, W. C. (2009). L'évolution de l'image de la discipline infirmière. (Mémoire, Haute École de Santé Fribourg). Repéré à https://doc.rero.ch/record/22349/files/L_olution_de_l_image_de_la_discipline_infirmi_re_Wittwer_corelli_09.pdf



SIDIIEF

SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIERES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

La discipline infirmière - une contribution décisive aux enjeux de santé

Jacinthe Pepin et collaboratrices

ISBN : 978-2-9808341-9-6 (PDF)

Le contenu de cette publication numérique et ses éléments, y compris mais sans y être limité, les textes, images, graphiques, vidéos, photographies et marques de commerce, sont protégés par les lois nationales et internationales de protection de propriété intellectuelle et sont la propriété exclusive de son éditeur.

Vous avez acquis une licence individuelle limitée, non exclusive et non transférable, pour le téléchargement et la visualisation de la publication à des fins personnelles, privées et non commerciales. Son téléchargement et sa visualisation ne confèrent aucun droit de propriété sur son contenu, en tout ou en partie. La modification, l'édition, la publication, la revente, la location, la distribution ou le transfert à une autre partie, par quelque moyen ou procédé que ce soit, sont strictement interdites sans l'accord écrit préalable de l'éditeur.

En aucun cas, l'éditeur ne pourra être tenu responsable des dommages ou préjudices qui découlent directement ou indirectement de l'utilisation de la publication ou de l'incapacité de l'utiliser. L'éditeur se réserve tout droit non mentionné expressément ci-dessus.

Citer cette publication comme suit :

Pepin, J. et coll. (2015). La discipline infirmière - une contribution décisive aux enjeux de santé. SIDIIEF : Montréal.

