



Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels

Karine Bilodeau, Sylvie Dubois, Jacinthe Pepin

DANS **RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 2013/2 N° 113**, PAGES 43 À 50
ÉDITIONS **ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS**

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.113.0043

Date de mise en ligne : 12/01/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-2-page-43?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels

The contribution of nursing science to interprofessional knowledge development

Karine BILODEAU

Candidate au doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Canada

Sylvie DUBOIS

Directrice des soins infirmiers au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), et professeure associée à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Canada

Jacinthe PEPIN

Directrice du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) et professeure à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Canada

Remerciements

Nous tenons à remercier le professeur Brendan McCormack, *PhD, Director of Nursing Research and Development, University of Ulster/Royal Hospitals, Belfast, Northern Ireland, UK* qui a généreusement accepté que nous adaptions son illustration du « *Person centred nursing framework* ». Nous aimerions également souligner le soutien financier pour les études doctorales de la première auteure de la Fondation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, de la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC) ainsi que du Réseau de la recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ/FRQS).

RÉSUMÉ

Les professionnels de la santé sont appelés à travailler en interprofessionnalité pour assurer une qualité des soins aux patients. Plusieurs études explorent la pratique et la formation interprofessionnelles. Cependant, les connaissances développées portent surtout sur le travail d'équipe et le contexte organisationnel. Certains cadres de référence incluent la notion « centré sur le patient » pour mettre en évidence la contribution du patient mais son apport à la pratique interprofessionnelle y est peu détaillé. Considérant que les sciences infirmières possèdent une solide expertise quant à une pratique professionnelle centrée sur le patient, il est possible de croire que ce savoir disciplinaire puisse influencer les nouvelles approches collaboratives. L'article a pour but de faire état des connaissances quant à la pratique interprofessionnelle et à la pratique infirmière centrée sur le patient. Nous mettons en évidence la contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels, cohérents avec une pratique centrée sur le patient et donc inspirés des valeurs infirmières.

Mots clés : Pratique interprofessionnelle, soins infirmiers centrés sur le patient, sciences infirmières, développement de savoirs interprofessionnels.

ABSTRACT

Health professionals have to work together to ensure quality patient care. There are many studies exploring interprofessional education and practice. However, interprofessional knowledge is related to teamwork and organizational context. Some frameworks include « patient-centered » concepts to highlight the contribution of the patient but descriptions of the patient's contribution to the interprofessional practice are limited. Nursing professionals develop extensive expertise as a patient-centered professional practice and their experience can inspire new collaborative approaches. This article aims to summarize the state of knowledge regarding interprofessional practice and patient-centered nursing expertise. We also highlight the contribution of nursing in developing this approach and the ways in which nursing contributes to the development of interprofessional knowledge that is consistent with its values.

Key words : Interprofessional practice, patient-centered nursing, nursing science, interprofessional knowledge development.

Pour citer l'article :

BILODEAU K, DUBOIS S, PEPIN J. Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. Recherche en soins infirmiers, juin 2013 ; 113 : 43-50.

Adresse de correspondance :

Karine BILODEAU : karine.bilodeau.2@umontreal.ca

INTRODUCTION

Depuis deux décennies, les professionnels de la santé sont appelés à exercer une pratique interprofessionnelle appelée aussi pratique collaborative. Des initiatives entourant la pratique interprofessionnelle (Mann, McFetridge-Durdle, Martin-Misener et al., 2009) [1] ; (Soubhi, Lebel, Lefebvre et al., 2008) [2] ; (Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009) [3] et la formation à la collaboration interprofessionnelle (Bilodeau, Dumont, Hagan et al., 2010) [4] ; (Curran, Sharpe, Flynn, Button, 2010) [5] ; (Trojan, Suter, Arthur, Taylor, 2009) [6] ont été recensées au Canada et ailleurs dans le monde. La pratique interprofessionnelle est présentée comme une option susceptible de relever les défis rencontrés par les systèmes de santé. Par exemple, au Canada, Santé Canada, 2004 (Santé Canada, 2004) [7] encourage cette pratique par des politiques de santé, car elle contribue notamment à l'amélioration des soins offerts aux patients, à l'accessibilité et à la sécurité tout en favorisant une meilleure communication entre les professionnels de la santé. Aux États-Unis, l'*Institute of Medicine* (IOM) considère que la pratique interprofessionnelle est une compétence indispensable au XXI^e siècle (Institute of Medicine, 2003) [8]. De plus, les modèles de pratique interprofessionnelle mettent en évidence la notion « centré sur le patient ». À cet effet, la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient (ICP) est une composante importante du *National Interprofessional Competency Framework* (Canadian interprofessional health collaborative, 2010) [9] et du modèle proposé par Santé Canada 2005 (D'Amour, Oandasan, 2005) [10], « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient ». Par contre, une recension des écrits, portant tant sur la formation que sur la pratique interprofessionnelle, souligne qu'il est difficile d'obtenir une description de la notion « centré sur le patient » (Dubois, Pepin, Bilodeau, 2009) [11]. En effet, des 89 articles recensés, seulement quatre articles (Armitage, Connolly, Pitt, 2008) [12] ; (Lindblom, Scheja, Torell, Astrand, Fellander-Tsai, 2007) [13] ; (Mann, et al., 2009) [1] ; (Reeves, Freeth, 2002) [14] rapportent des résultats ou des interventions en lien avec cette notion.

Les sciences infirmières se sont, depuis toujours, intéressées à cette notion de « centré sur le patient ». Les écrits de Nightingale en font foi soulignant qu'offrir des soins infirmiers centrés sur le patient est un point central de la discipline (Lauver, Ward, Heidrich et al., 2002) [15]. Considérant que l'essence des soins infirmiers réside dans le fait qu'ils sont centrés sur le patient (Horton, Tschudin, Forget, 2007) [16], s'intéresser à une pratique interprofessionnelle qui est centrée sur le patient est alors pertinente. De plus, Hood, Leddy et Pepper, 2006 [17] et Wright et Brajtman 2001 [18] affirment que la discipline infirmière est en mesure d'assumer un leadership quant aux initiatives interprofessionnelles en raison de la nature de ses principes et de ses valeurs et qu'ils pourraient être partagés à d'autres disciplines (ex., le

respect de l'autodétermination du patient, la prise de décision partagée, le respect de l'être humain, l'*advocacy*, la nécessité de prendre soin et l'obligation de s'engager moralement avec la personne, la famille et la communauté). Les infirmières doivent s'impliquer dans le développement interprofessionnel par le biais de modèles de pratique qui reflètent leur discipline professionnelle (Cody, Mitchell, 2002) [19]. Cette discipline peut donc apporter une perspective unique à la pratique interprofessionnelle en articulant une perspective disciplinaire distincte fondée sur ses philosophies, ses théories, ses buts et ses objectifs (Cody, Mitchell, 2002) [19] ; (Wright, Brajtman, 2011) [18].

Le présent article a donc pour but de présenter la contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. L'état des connaissances entourant la pratique interprofessionnelle sera d'abord détaillé. Par la suite, l'expertise en sciences infirmières quant à la pratique centrée sur le patient sera présentée. Finalement, l'adaptation d'un cadre de référence infirmier pour le contexte interprofessionnel sera proposée.

SAVOIRS ENTOURANT LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE

De la même façon que les disciplines professionnelles se sont développées, les professions se sont définies par la fragmentation des connaissances disciplinaires (D'Amour, Oandasan, 2005) [10]. Les auteurs expliquent que chaque profession a sa propre juridiction de pratique où les responsabilités sont partagées. Pour ces auteurs, l'interprofessionnalité n'implique pas le développement de nouvelles professions ; il est plutôt un moyen par lequel les professionnels peuvent pratiquer dans une plus grande collaboration ou de manière intégrée. La notion d'interprofessionnalité est alors utile pour favoriser l'émergence d'une approche plus cohésive et moins fragmentée de la pratique interprofessionnelle (D'Amour, Oandasan, 2005) [10].

Des écrits théoriques soulignent que la pratique interprofessionnelle est représentée comme une nécessité pragmatique de travailler en équipe et est reliée à l'efficacité des équipes de soins (Couturier, 2009) [20] ; (Klein, 1996) [21] ; (Lenoir, 2001) [22]. D'ailleurs, des résultats de recherche (Lepage, 2008) [23] ; (San Martin Rodriguez, 2007) [24] ; (Zahreddine, 2010) [25] et autres écrits comme des livres de référence (Freeth, 2007) [26] ; (Reeves, Lewin, Espin, Zwarenstein, 2010) [27] ; (Spector, 2010) [28], des rapports et des politiques gouvernementales (Direction de la lutte contre le cancer, 2005) [29] ; (Dubois, et al., 2009) [11] ; (Santé Canada, 2004) [7] présentent la pratique interprofessionnelle comme une solution favorisant l'efficacité des soins. D'autres auteurs rapportent que les connaissances entourant la pratique interprofessionnelle

se construisent à l'aide de théories explorant des facteurs relationnels (ex., interaction entre les professionnels), procéduraux (ex., partage des tâches), organisationnels (ex., organisation des équipes) et contextuels (ex., soins hospitaliers) du travail en équipe (Reeves, et al., 2010) [27]. De plus, les connaissances en lien avec la pratique interprofessionnelle sont plus développées pour la formation interprofessionnelle. Les écrits sur la formation à la pratique interprofessionnelle renseignent notamment sur les facteurs reliés aux institutions, à l'enseignement et aux apprenants. Ces écrits explorent le partenariat entre les établissements d'enseignement et les milieux de soins (Christler-Tourse, Mooney, Shindul-Rothchild et al., 2008) [30] ; (Russell, Nyhof-Young, Abosh, Robinson, 2006) [31], le contexte d'apprentissage (Oandasan, Reeves, 2005) [32] ; (Reeves, Goldman, Oandasan, 2007) [33] et le développement curriculaire (Cooper, Spencer-Dawe, McLean, 2005) [34] ; (Curran, Sharpe, 2007) [35]. Il apparaît que le corpus de connaissances quant à la formation interprofessionnelle est en explosion et qu'une relève de professionnels formés à la collaboration interprofessionnelle veut être assurée.

Quant aux connaissances tacites sur la pratique interprofessionnelle, elles se sont développées en milieu clinique autour du processus de la collaboration interprofessionnelle. Il a été proposé que la pratique de collaboration interprofessionnelle ait lieu lors de rencontres planifiées (ex.: réunions interprofessionnelles) et d'interactions informelles (ex.: discussions se déroulant dans les corridors) (Jones, Jones, 2011) [36] ; (Lewin, Reeves, 2011) [37]. Ces interactions informelles permettent aux professionnelles de collaborer plus facilement parce que les frontières et les rôles sont ouvertement négociés et convenus (Ellingson, 2005) [38]. Ainsi, la pratique interprofessionnelle serait influencée par la qualité des relations entre les professionnels, la capacité de négociation, les lieux et le temps (Ellingson, 2005) [38] ; (Lewin, Reeves, 2011) [37] ; (Reeves, Rice, Conn et al., 2009) [39]. À cet effet, l'équipe interprofessionnelle a également été étudiée par plusieurs chercheurs. Jones et Jones, 2011 [36] la représentent comme une entité à la fois statique et dynamique, parce que le personnel et le lieu demeurent les mêmes et que les attitudes entre les membres évoluent dans le temps. D'autres chercheurs rapportent des facteurs favorisant le succès soit : la proximité physique des membres ; une structure d'équipe appropriée ; une composition adéquate de l'équipe ; un soutien organisationnel ; une communication efficace ; de la confiance entre les membres ; une appropriation de son rôle professionnel ; la connaissance et l'acceptation des autres rôles professionnels (Kitto, 2011) [40] ; (Sargeant, Loney, Murphy, 2008) [41]. Kitto, 2011 [40] souligne que l'efficacité d'une équipe interprofessionnelle pourrait aussi influencer positivement la satisfaction des professionnels au travail, la reconnaissance de la contribution au travail et leur santé (Kitto, 2011) [40]. On constate que les écrits sur les équipes interprofessionnelles sont nombreux, mais

à notre connaissance, aucun ne rapporte comment l'équipe se centre sur le patient.

Certains cadres de référence ont été proposés pour mettre en relation divers éléments de la pratique ou de la formation interprofessionnelle. Par exemple, le modèle « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient » (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, Beaulieu, 2005) [42] présente les déterminants et les processus influençant cette pratique dans un système de santé. Il est présenté que le processus de la pratique est influencé par des facteurs organisationnels (gouvernance, règles pour structurer l'équipe) et interactionnels (partage des buts/visions, sentiments d'appartenance). Ces facteurs sont en interrelation avec les professionnels, la complexité de l'activité et le patient, qui est schématiquement au centre des soins. Cependant, cette représentation ne détaille pas l'exercice de la pratique, soit le comment. Ce modèle a d'ailleurs guidé la stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (Santé Canada, 2004) [7]. Quant au « Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle » (D'Amour, Sicotte, Levy, 1999) [43], il propose une compréhension de la collaboration interprofessionnelle inspirée de l'approche organisationnelle de Friedberg, 1997 [44]. Cette approche repose sur une sociologie de l'action permettant une construction de l'action collective (Friedberg, 1997) [44]. Le modèle de structuration comprend donc, quatre dimensions qui s'influencent mutuellement soit : la formalisation de la collaboration interprofessionnelle (coordination de l'intervention, modalité d'interaction) ; la délégation lors de la collaboration (caractère endogène et exogène, effet d'intégration et d'extériorisation) ; l'intériorisation (processus d'interconnaissance, établissement d'une relation de confiance, partage des territoires professionnels) ; et la finalisation de la régularisation (conceptions variées de la collaboration interprofessionnelle, intérêts divergents, transactions des acteurs et intégration des résultats). Le processus de collaboration est donc divisé en deux dimensions soit les relations entre les professionnels et le contexte organisationnel. Ce modèle s'attarde ainsi aux interactions entre les professionnels et décrit des éléments de la collaboration interprofessionnelle. Par contre, le travail de collaboration avec le patient n'est pas détaillé. Des chercheurs en sciences infirmières qui ont exploré la pratique interprofessionnelle ont utilisé le modèle de structuration (Lepage, 2008) [23] ; (San Martin Rodriguez, 2007) [24] ; (Zahreddine, 2010) [25]. Les connaissances infirmières développées portent sur l'identification des déterminants de la pratique interprofessionnelle en lien avec les professionnels de la santé. Notons que dans ces études le patient et ses proches sont absents du processus de collaboration ou s'ils sont présents, leur rôle est passif. En somme, ces cadres de référence mettent en évidence que la pratique interprofessionnelle est complexe et multidimensionnelle. Toutefois, cette pratique est abordée

selon des angles professionnels et organisationnels où la contribution du patient est discrète.

Suite à cette recension, force est de constater que les connaissances sur la pratique interprofessionnelle ont été développées à partir du désir d'efficience des équipes de soins. Pour ce faire, les professionnels de la santé ont été nombreux à réaliser des études et des initiatives de collaboration interprofessionnelle dans leurs milieux respectifs, en mettant l'accent sur leur pratique en équipe et sur le contexte organisationnel. Toutefois, la notion « centré sur le patient » est comprise dans certains cadres de référence, ce qui permet d'accentuer le pouvoir de décision et la participation du patient au sein de l'équipe de soins (D'Amour, Oandasan, 2005) [10] ; (Orchard, 2010) [45] ; (Santé Canada, 2005) [46]. Il est justifié de croire en la pertinence de revoir la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient (ICP) à partir de l'expertise développée en sciences infirmières quant à la pratique centrée sur le patient.

PRATIQUE CENTRÉE SUR LE PATIENT : EXPERTISE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Dès l'époque de Nightingale, les soins infirmiers étaient décrits comme différents des soins médicaux et centrés sur le patient (Lauver, et al., 2002) [15] ; (Nightingale, 1970) [47]. Lauver et al. (2002) [15] remarquent que l'unicité de la personne et la multidimensionnalité de l'existence humaine sont les points communs des philosophies infirmières (Lauver, et al., 2002) [15]. Par exemple, dans les années 1950, les infirmières, bouleversées par l'arrivée des technologies, d'équipements sophistiqués et d'activités complexes de soins, soutenaient l'importance d'une pratique centrée sur le patient afin que les soins soient orientés vers les besoins et les problèmes de ce dernier (Hobbs, 2009) [48]. Du milieu des années quatre-vingt jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, cette période a été marquée par l'introduction des départements spécialisés (laboratoire, imagerie, etc.) et un courant de rentabilisation des soins (Hobbs, 2009) [48]. Une pratique centrée sur le patient se voulait spécifique aux infirmières qui voyaient leurs soins se fragmenter (Hobbs, 2009) [48]. Il est alors possible de constater que la pratique centrée sur le patient est une composante de l'identité de la discipline infirmière.

Au cours de cette longue période qui a été située dans le paradigme de l'intégration (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010) [49], lorsque la pratique infirmière est détaillée, la notion « centré sur le patient » est explicite. L'infirmière est décrite comme ayant une attitude empreinte d'empathie, de *caring* et de respect s'engageant dans une démarche de soins centrée sur le patient (Bidmead, Cowley, 2005) [50] ; (Redman, Lynn, 2004) [51]. Communicatrice de l'information, l'infirmière coordonne les soins du patient et assure leur continuité

(Splaine-Wiggins, 2008) [52] ; (West, Barron, Reeves, 2005) [53]. Quant au patient, il est présenté comme une entité ayant des besoins non satisfaits, des valeurs, une autonomie, des préférences, des préoccupations, des attentes, des croyances et des volontés (Hobbs, 2009) [48] ; (Kelly, 2007) [54] ; (Mitchell, Bournes, Hollett, 2006) [55] ; (Sidani, Epstein, Miranda, 2006) [56] ; (Wolf, Lehman, Quinlin et al., 2008) [57]. La pratique infirmière est ainsi un processus d'engagement thérapeutique avec le patient où la participation de ce dernier est nécessaire. Elle inclut également la négociation (Baron, 2009) [58] ; (Bidmead, Cowley, 2005) [50] ; (Hobbs, 2009) [48] ; (Hook, 2006) [59] ; (Kelly, 2007) [54] ; (Mitchell, et al., 2006) [55] ; (Redman, Lynn, 2004) [51] ; (Sidani, et al., 2006) [56] ; (Splaine-Wiggins, 2008) [52] ; (West, et al., 2005) [53] de même que le partage de pouvoir et de savoirs (Baron, 2009) [58] ; (Hook, 2006) [59] ; (Wolf, et al., 2008) [57]. Les avantages d'une telle pratique sont des interventions de soins sur mesure (Lauver, et al., 2002) [15] ; (Redman, Lynn, 2004) [51] favorisant la satisfaction des besoins du patient (Hobbs, 2009) [48]. Manifestement, le patient est au centre de la pratique infirmière.

Aujourd'hui, la pratique infirmière se situe dans le paradigme de la transformation (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2010) [49]. Elle est centrée sur le patient et ses proches selon sa vision de la santé, à partir de ses savoirs et en collaboration avec les autres professionnels de la santé (Pepin, et al., 2010) [49]. Ce paradigme considère également que le savoir infirmier peut influencer autant les pratiques des autres disciplines que celles des sciences infirmières (Newman, Smith, Pharris et al., 2008) [60]. L'ontologie de ce paradigme amène à concevoir de multiples réalités qui sont incarnées dans l'expérience de santé et le contexte (Cody, Mitchell, 2002) [19] ; (Monti, Tingen, 2006) [61], d'où l'importance de la relation entre l'infirmière et le patient (Newman, et al., 2008) [60]. Quant à l'épistémologie, le savoir découle de l'expérience et d'un partage de signification (Newman, et al., 2008) [60]. Il importe de proposer une vision de la pratique ICP cohérente avec les valeurs de la discipline infirmière. Afin d'illustrer une vision infirmière de la pratique ICP, le *Person centred nursing framework* de McCormack et McCance (McCormack, McCance, 2010) [62] et la définition de l'interprofessionnalité de Couturier (2009) [20] ont été retenues.

PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE INSPIRÉE DES VALEURS INFIRMIÈRES

Le *Person centred nursing framework* (PCNF) est un cadre de référence infirmier qui met en lumière les éléments d'une pratique centrée sur le patient. Le PCNF a été initialement développé par McCormack et McCance, 2006 [63] et est issu d'études s'intéressant à la pratique centrée sur la personne âgée (McCormack, 2003) [64] et à l'expérience du soin lors de soins infirmiers (McCance, 2003) [65]. Le PCNF représente l'importance de l'expérience, des désirs

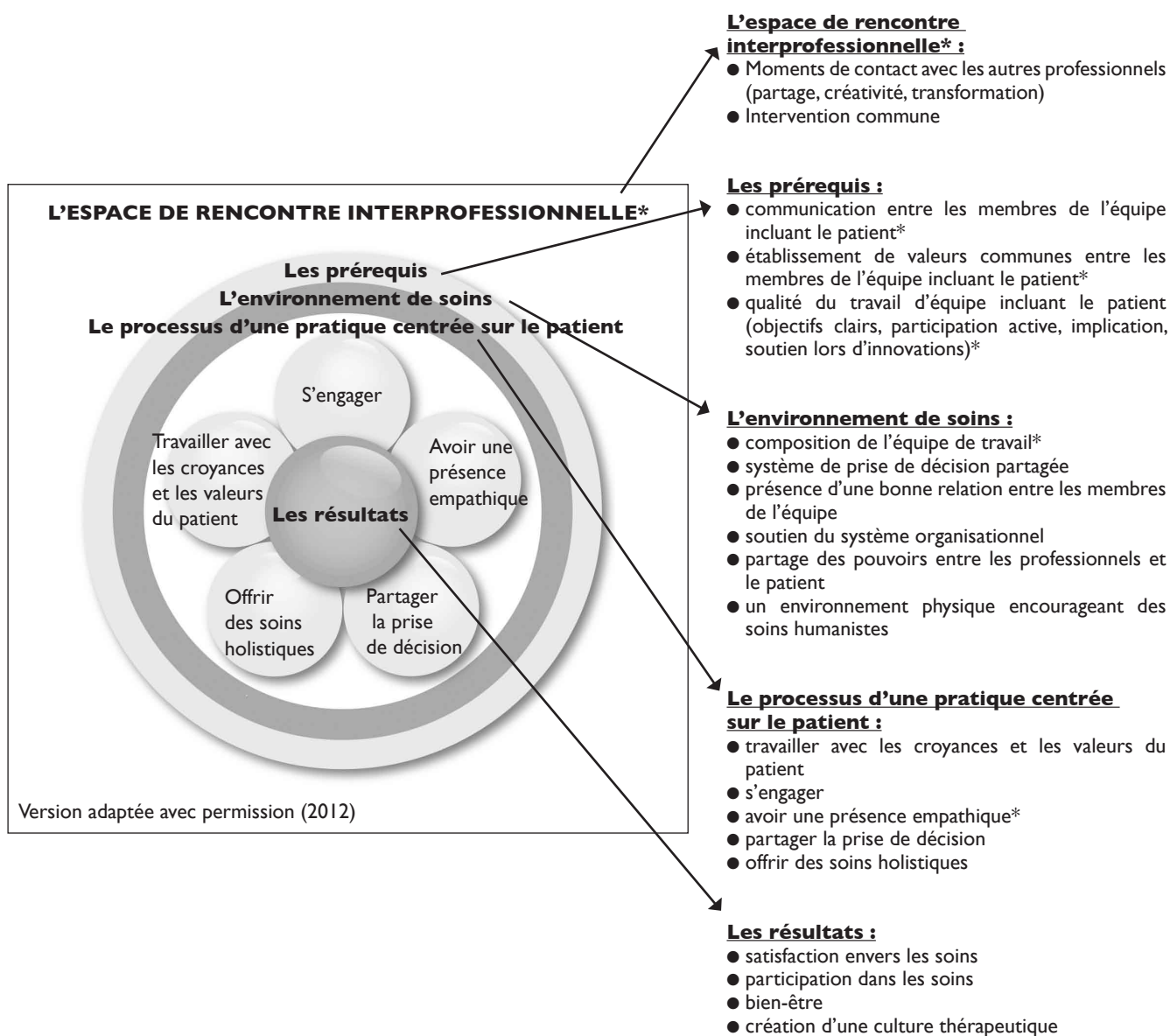
et des volontés de la personne qui sont uniques. Selon le PCNF, les caractéristiques du professionnel de même que certains éléments à l'intérieur de l'environnement de soins contribuent à un processus de soins infirmiers centrés sur le patient qui apportent des résultats positifs tant chez le patient que chez le professionnel de la santé. De plus, les éléments du processus de soins infirmiers centrés sur le patient mettent l'accent sur les interactions avec le patient et le contexte de soins. McCormack et McCance, 2010 [62] précisent que les éléments du processus de soins infirmiers centrés sur le patient ne sont pas mutuellement exclusifs, mais entremêlés dans le soin du patient. Le PCNF comprend quatre composantes qui sont interreliées : les prérequis, l'environnement de soins, le processus d'une pratique de soins infirmiers centrés sur le patient et les résultats. Pour illustrer l'interrelation entre les composantes, McCormack et McCance expliquent que les prérequis du professionnel font en sorte qu'il a les habiletés nécessaires pour gérer un environnement de soins, qui est en retour nécessaire pour offrir des soins efficaces à l'aide d'un processus de soins infirmiers centrés sur le patient (McCormack, McCance, 2010) [62]. Le PCNF permet alors de décrire une pratique centrée sur le patient. Par contre, ce cadre de référence ne tient pas compte explicitement du contexte interprofessionnel et c'est pourquoi les auteurs proposent une adaptation de ce dernier.

Afin d'adapter le PCNF pour le contexte interprofessionnel, la définition de l'interprofessionnalité de Couturier a été utilisée (Couturier, 2009) [20]. Pour cet auteur, l'interprofessionnalité provoque la transformation des disciplines puisqu'elle ne se limite pas à coordonner les activités, mais elle fait plutôt en sorte que l'action de l'un soit en partie reprise dans l'action de l'autre. L'auteur présente que l'*inter*, c'est-à-dire, ce qui est entre, se conçoit alors comme un espace de rencontres, caractérisé par le mouvement plutôt que par la stabilisation disciplinaire. Une telle rencontre engage un déséquilibre, la tolérance au risque et l'incertitude. L'*inter* est considéré comme un espace qui ne peut être comblé, soit un espace de transition. L'auteur précise que cette pratique demande au professionnel de se transformer à travers un engagement avec l'autre. La pratique interprofessionnelle se réalise au contact d'autres professionnels et est influencée par ces derniers. Il est alors à considérer que c'est à l'intérieur de ces espaces de rencontre que la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient (ICP) peut être possible.

L'adaptation du PCNF à la pratique ICP représente l'intégration d'une vision infirmière de soins centrés sur le patient à la pratique ICP (Schéma 1 p. 48). On considère que la pratique ICP a lieu à l'intérieur d'un espace de rencontre interprofessionnelle (Couturier, 2009) [20]. Cet espace constitue des moments de rencontre qui permettent aux professionnels de partager entre eux, d'user de créativité et de transformer leur pratique.

Une intervention commune devrait ainsi se développer. Dans le cadre de l'adaptation du PCNF, les éléments des quatre composantes (les prérequis, l'environnement de soins, le processus d'une pratique centrée sur le patient et les résultats) ont été actualisés pour le contexte interprofessionnel. Suite à l'adaptation, les prérequis sont la communication entre les membres de l'équipe, l'établissement de valeurs communes entre les membres de l'équipe et la qualité du travail d'équipe (objectifs clairs, participation active, implication, soutien lors d'innovations). L'environnement de soins s'ajoute donc aux prérequis et il présente le contexte où les soins sont dispensés. Afin que l'environnement de soins soit favorable à une pratique ICP, l'environnement physique doit encourager des soins humanistes. L'environnement de soins se compose d'un système de soins qui facilite la prise de décision partagée, de la présence d'une bonne relation entre les membres de l'équipe, du soutien du système organisationnel et d'un partage des pouvoirs entre les différents professionnels et le patient. Par la suite, le processus d'une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient est constitué de plusieurs actions telles que travailler avec les croyances et les valeurs du patient, s'engager, avoir une présence empathique, partager la prise de décision et offrir des soins holistiques. Ensuite, les résultats, la composante centrale du cadre de référence, indique l'importance de l'efficacité du processus de soins interprofessionnels centrés sur le patient. Ces résultats sont la satisfaction en regard des soins, la participation dans les soins, un sentiment de mieux-être et la création d'une culture thérapeutique, autant pour les patients que pour les professionnels. Tel qu'illustré par le schéma, les composantes prérequis et environnement de soins soutiennent le processus de soins interprofessionnels centrés sur le patient. Ainsi, l'adaptation du PCNF offre une vision de la pratique ICP cohérente avec les valeurs infirmières.

L'adaptation du PCNF proposée sert actuellement de perspective théorique à une étude constructiviste en sciences infirmières sur la pratique ICP. Cette étude a pour but de décrire la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie. Ce cadre de référence permet de cibler des facteurs d'ordres professionnels et contextuels d'une pratique ICP. L'adaptation du PCNF à la pratique ICP peut donc contribuer au développement de savoirs sur la pratique ICP qui se réalise dans un espace d'échange commun entre les patients et les professionnels. L'utilisation de ce cadre de référence permet d'observer les manifestations de la pratique ICP.



*Modifications apportées au PCNF

Schéma 1.
Adaptation du Person centred nursing framework de McCormack et McCance, 2010 [62] à la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient

CONCLUSION

L'état des connaissances sur la pratique interprofessionnelle suggère la faible intégration de la notion « centré sur le patient ». Ces connaissances se sont davantage construites autour de thèmes en lien avec l'organisation des soins et le travail en équipe. Cependant, l'expertise développée en sciences infirmières quant à la pratique centrée sur le patient est indéniable. La richesse de cette expertise peut

guider le développement de nouvelles connaissances sur la pratique ICP. L'adaptation du cadre de référence, le PCNF, est un exemple de contribution des savoirs infirmiers à la compréhension de la pratique ICP. Il est permis de croire que les sciences infirmières peuvent influencer le développement des savoirs interprofessionnels en proposant de nouveaux regards sur la pratique ICP.

Références bibliographiques

1. MANN K, MCFETRIDGE-DURDLE J, MARTIN-MISENER R, CLOVIS J, ROWE R, BEANLANDS H, ET AL. Interprofessional education for students of the health professions : The « Seamless Care » model. *Journal of Interprofessional Care*. 2009 ; 23(3) : 224-33.
2. SOUBHI H, LEBEL P, LEFEBVRE H, POISSANT L, BOUCHARD J, RIOUX S, ET AL. Vers la création de milieux exemplaires d'apprentissage et de développement des pratiques de collaboration interprofessionnelle centrée sur les patients atteints de maladies chroniques par la mise en place de communauté de pratiques. Montréal : Université de Montréal, 2008.
3. ZWARENSTEIN M, GOLDMAN J, REEVES S. Interprofessional collaboration : effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(3).
4. BILODEAU A, DUMONT S, HAGAN L, PARE L, RAZMPOOSH M, HOULE N, ET AL. Interprofessional education at Laval University : Building an integrated curriculum for patient-centred practice. *J Interprof Care*. Sept 2010 ; 24(5) : 524-35.
5. CURRAN VR, SHARPE D, FLYNN K, BUTTON P. A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *J Interprof Care*. Jan 2010 ; 24(1) : 41-52.
6. TROJAN L, SUTER E, ARTHUR N, TAYLOR E. Evaluation framework for a multi-site practice-based interprofessional education intervention. *Journal of Interprofessional Care*. 2009 ; 23(4) : 380-9.
7. SANTÉ CANADA. Interdisciplinary Education For Collaborative, Patient-Centred Practice: Research and findings report. Ottawa : Santé Canada 2004.
8. INSTITUTE OF MEDECINE. Health Professions Education : A Bridge to Quality. 2003 [cited 2009 14 octobre] ; Available from : http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10681.
9. CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. National Interprofessional Competency Framework. Toronto : CIHC; 2010.
10. D'AMOUR D, OANDASAN I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : an emerging concept. *J Interprof Care*. Mai 2005 ; 19 Suppl 1 : 8-20.
11. DUBOIS S, PEPIN J, BILODEAU K. Le contexte clinique d'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en santé : Recension des écrits. Montréal : Centre d'innovation en formation infirmière. 2009.
12. ARMITAGE H, CONNOLLY J, PITT R. Developing sustainable models of interprofessional learning in practice—the TUILIP project. *Nurse Educ Pract*. Juillet 2008 ; 8(4) : 276-82.
13. LINDBLOM P, SCHEJA M, TORELL E, ASTRAND P, FELLANDER-TSAI L. Learning orthopaedics: assessing medical students' experiences of interprofessional training in an orthopaedic clinical education ward. *J Interprof Care*. Août 2007 ; 21(4) : 413-23.
14. REEVES S, FREETH D. The London training ward : an innovative interprofessional learning initiative. *Journal of Interprofessional Care*. 2002 ; 16(1) : 41-52.
15. LAUVER DR, WARD SE, HEIDRICH SM, KELLER ML, BOWERS BJ, BRENNAN PF, ET AL. Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*. 2002 ; 25(4) : 246-55.
16. HORTON K, TSCHUDIN V, FORGET A. The Value of Nursing : a Literature Review. *Nursing Ethics*. 2007 ; 14(6) : 716-40.
17. HOOD LJ, LEDDY S, PEPPER JM. Leddy & Pepper's conceptual bases of professional nursing. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins ; 2006.
18. WRIGHT D, BRAJTMAN S. Relational and embodied knowing : Nursing ethics within the interprofessional team. *Nursing Ethics*. 2011 ; 18(1) : 20-30.
19. CODY WK, MITCHELL GJ. Nursing knowledge and human science revisited : practical and political considerations. *Nurs Sci Q*. Jan 2002 ; 15(1) : 4-13.
20. COUTURIER Y. An interprofessional or an interdisciplinary problem ? Distinctions to develop an analytical scheme of interdisciplinarity based on the case of a long-term care hospital. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2009 ; (97) : 23-33.
21. KLEIN JT. Crossing boundaries, knowledge, disciplinarity and interdisciplinarity. Charlottesville : University Press of Virginia ; 1996.
22. LENOIR Y. L'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement : des lectures distinctes en fonction de cultures distinctes. In : Lenoir Y, Rey B, Fazenda I, editors. Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement. Sherbrooke : Éditions du CRP ; 2001. p. 19-36.
23. LEPAGE K. Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels/patient et famille. Montréal : Université de Montréal ; 2008 ; Available from : <http://hdl.handle.net/1866/2698>.
24. SAN MARTIN RODRIGUEZ L. Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie. Montréal : Université de Montréal ; 2007.
25. ZAHREDDINE J. Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique. [Disponible en format Adobe PDF] Montréal : Université de Montréal ; 2010 ; Available from : <http://hdl.handle.net/1866/4104>.
26. FREETH D. Interprofessional education. Edinburgh : Association of the study of medical education ; 2007.
27. REEVES S, LEWIN S, ESPIN S, ZWARENSTEIN M. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford : Wiley-Blackwell ; 2010.
28. SPECTOR N. Interprofessional collaboration : a nursing perspective. In : Freshman B, Rubino L, Reid Chassiakos Y, editors. Collaboration across the disciplines in health care. Mississauga : Jones and Bartlett publishers ; 2010. p. 107-32.
29. DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER. Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer : avis. Direction de la lutte contre le cancer. Québec : Bibliothèque nationale du Québec ; 2005.
30. CHRISTLER-TOURSE RW, MOONEY JF, SHINDUL-ROTHCHILD J, PRINCE J, PULCINI JA, PLATT S, ET AL. The university/community partnership : Transdisciplinary course development. *Journal of Interprofessional Care*. 2008 ; 22(5) : 461-74.
31. RUSSELL L, NYHOF-YOUNG J, ABOSH B, ROBINSON S. An exploratory analysis of an interprofessional learning environment in two hospital clinical teaching units. *J Interprof Care*. Jan 2006 ; 20(1) : 29-39.
32. OANDASAN I, REEVES S. Key elements of interprofessional education. Part 2 : factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*. Mai 2005 ; 19 Suppl 1:39-48.
33. REEVES S, GOLDMAN J, OANDASAN I. Key factors in planning and implementing interprofessional education in health care settings. *J Allied Health*. 2007 ; 36(4) : 231-5.
34. COOPER H, SPENCER-DAWE E, MCLEAN E. Beginning the process of teamwork : design, implementation and evaluation of an inter-

- professional education intervention for first year undergraduate students. *J Interprof Care*. Oct 2005 ; 19(5) : 492-508.
35. CURRAN VR, SHARPE D. A framework for integrating interprofessional education curriculum in the health sciences. *education for health*. 2007 ; 20(3) : 1-7.
 36. JONES A, JONES D. Improving teamwork, trust and safety : an ethnographic study of an interprofessional initiative. *J Interprof Care*. Mai 2011 ; 25(3) : 175-81.
 37. LEWIN S, REEVES S. Enacting 'team' and 'teamwork' : using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Soc Sci Med*. Mai 2011 ; 72(10) : 1595-602.
 38. ELLINGSON L. *Communicating in the clinic : Negotiating frontstage and backstage teamwork*. Cresskill : Hampton Press ; 2005.
 39. REEVES S, RICE K, CONN LG, MILLER KL, KENASZCHUK C, ZWARENSTEIN M. Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *J Interprof Care*. Nov 2009 ; 23(6) : 633-45.
 40. KITTO S. *Sociology of interprofessional health care practice : critical reflections and concrete solutions*. Hauppauge, N.Y. : Nova Science Publishers ; 2011.
 41. SARGEANT J, LONEY E, MURPHY G. Effective interprofessional teams : « contact is not enough » to build a team. *J Contin Educ Health Prof*. 2008 ; 28(4) : 228-34.
 42. D'AMOUR D, FERRADA-VIDELA M, SAN MARTIN RODRIGUEZ L, BEAULIEU MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. Mai 2005 ; 19 Suppl 1 : 116-31.
 43. D'AMOUR D, SICOTTE C, LEVY R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*. 1999 ; 17(3) : 68-94.
 44. FRIEDBERG E. *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. 2^e éd. rev. et compl. ed. Paris : Éditions du Seuil ; 1997.
 45. ORCHARD CA. Persistent isolationist or collaborator ? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *J Nurs Manag*. Avril 2010 ; 18(3) : 248-57.
 46. SANTÉ CANADA. *Interprofessional education for collaborative patient-centred practice : Call for proposals*. Ottawa : Santé Canada ; 2005.
 47. NIGHTINGALE F. *Notes on nursing*. Princeton N.J. : Brandon/Systems Press ; 1970.
 48. Hobbs JL. A dimensional analysis of patient-centered care. *Nurs Res*. 2009 ; 58(1) : 52-62.
 49. PEPIN J, KÉROUAC S, DUCHARME F. *La pensée infirmière*. 3^e ed. Montréal : Chenelière éducation inc ; 2010.
 50. BIDMEAD C, COWLEY S. A concept analysis of partnership with clients. *Community Pract*. Juin 2005 ; 78(6) : 203-8.
 51. REDMAN RW, LYNN MR. Advancing patient-centred care through knowledge development. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2004 ; 36(3) : 117-29.
 52. SPLAINE-WIGGINS M. The partnership care delivery model : an examination of the core concept and the need for a new model of care. *J Nurs Manag*. Juil 2008 ; 16(5) : 629-38.
 53. WEST E, BARRON DN, REEVES R. Overcoming the barriers to patient-centred care : time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*. 2005 ; 14(4) : 435-43.
 54. KELLY J. Barriers to achieving patient-centered care in Ireland. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2007 ; 26(1) : 29-34.
 55. MITCHELL GJ, BOURNES DA, HOLLETT J. Practice applications. Human becoming-guided patient-centered care : a new model transforms nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 2006 ; 19(3) : 218-24.
 56. SIDANI S, EPSTEIN D, MIRANDA J. Eliciting patient treatment preferences : A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Sept 2006 ; 3(3) : 116-23.
 57. WOLF D, LEHMAN L, QUINLIN R, ROSENZWEIG M, FRIEDE S, ZULLO T, ET AL. Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model ? *Journal of Nursing Administration*. 2008 ; 38(12) : 532-40.
 58. BARON S. Evaluating the patient journey approach to ensure health care is centred on patients. *Nurs Times*. Juin 2009, 9-15 ; 105(22) : 20-3.
 59. HOOK ML. Partnering with patients--a concept ready for action. *J Adv Nurs*. 2006 Oct ; 56(2) : 133-43.
 60. NEWMAN MA, SMITH MC, PHARRIS MD, JONES D. The focus of the discipline revisited. *ANS Adv Nurs Sci*. Jan-Mar 2008 ; 31(1) : E16-27.
 61. MONTI JE, TINGEN SM. Multiple paradigms of nursing science. In : Cody WK, editor. *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. 4th ed. Toronto : Jones and Bartlett Publishers ; 2006. p. 27-41.
 62. MCCORMACK B, MCCANCE TV. *Person-centred nursing : Theory and practice*. Oxford : John Wiley and Sons ; 2010.
 63. MCCORMACK B, MCCANCE TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. Déc 2006 ; 56(5) : 472-9.
 64. MCCORMACK B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract*. Juin 2003 ; 9(3) : 202-9.
 65. MCCANCE TV. Caring in nursing practice : the development of a conceptual framework. *Res Theory Nurs Pract*. 2003 ; 17(2) : 101-16.