

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal



Le rôle de consultation selon l'expérience
d'un groupe d'infirmières cliniciennes spécialisées

par Maria-Helena Dias

Facultés des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en sciences infirmières

22 décembre 2008

© Maria-Helena Dias, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Le rôle de consultation selon l'expérience
d'un groupe d'infirmières cliniciennes spécialisées

présenté par :
Maria-Helena Dias

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Johanne Goudreau, présidente du jury
Mary Reidy, directrice de recherche
Jane Chambers-Evans, co-directrice de recherche
Maryse Godin, membre du jury

SOMMAIRE

Depuis les années 70, au Canada et au Québec, le champ de pratique de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) est celui qui s'est le plus développé en pratique avancée (PIA). La mission prioritaire de l'ICS consiste à améliorer la qualité des soins et à influencer les objectifs de santé, ceux qui sont liés directement aux patients ainsi que ceux visés par l'organisation. Il est reconnu que l'ICS passe la plus grande partie de son temps à s'investir dans des activités qui sont reliées à la pratique clinique et à la consultation. Malgré le fait que plusieurs ouvrages aient déjà été écrits sur le champ de pratique de l'ICS ainsi que sur son rôle de consultation, les deux demeurent toujours ambigus, aujourd'hui. Compte tenu du manque de clarté de la fonction du rôle de consultation, il est primordial d'obtenir des données précises sur le travail qu'accomplissent les infirmières dans ce rôle. Il est d'autant plus urgent d'y voir clair, dans la période actuelle de pénurie de ressources infirmières et de restrictions économiques, au moment même où les soins destinés aux patients doivent être administrés de façon à répondre à des besoins de plus en plus complexes.

Cette étude a pour but de décrire et de préciser le rôle de consultation de l'ICS. Elle a pour cadre de référence le modèle de Barron et White (2009) et utilise une approche qualitative de type descriptive interprétative fondée sur la perspective naturaliste. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de huit ICS œuvrant auprès de la clientèle adulte en milieu hospitalier universitaire. Les données recueillies ont été analysées et interprétées selon la méthode de Miles et Huberman (2003). Cette méthode comprend trois étapes : la condensation des données; la présentation des données; l'élaboration/vérification des données.

Les résultats révèlent que le rôle de consultation a pour buts le partage des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. Trois types

d'activités importantes ont été ressorties : gérer les situations de crises (en fin de vie, entre les différents professionnels et entre professionnels et la famille du patient); assurer la continuité des soins; soutenir et développer les équipes de soins. Le succès de la consultation dépend de caractéristiques particulières retrouvées chez les deux intervenants impliqués, soit le consultant et le consultee; il dépend aussi de la dynamique relationnelle qui se développe entre eux. L'ambiguïté du rôle de l'ICS, son évolution ainsi que celle de l'environnement ont été identifiées comme étant des défis constants rencontrés par les participantes. Deux stratégies sont utilisées pour arriver à surmonter ces défis : la clarification du rôle et la pratique réflexive.

Cette étude contribue au développement des connaissances portant sur le rôle de consultation; elle révèle que ce rôle évolue selon les besoins de l'environnement. Elle nous fait comprendre aussi que le rôle de consultation de l'ICS assure la qualité des soins.

Mots clés : pratique infirmière avancée, infirmière clinicienne spécialisée, rôle de consultation, modèle de consultation, théorie du rôle

SUMMARY

Since the 70's, in Canada and Quebec, the clinical nurse specialist's (CNS) role is the one that was the most developed in advanced practice nursing (APN). The primary goal of the CNS has been to improve the quality of patient care and influence health care goals related to the patient and to the health care organisation. It has been well established that the CNS spends most of her time in activities related to her clinical practice and her consultation role. Despite the literature written on both of these roles, they remain ambiguous. It is imperative that we gather documentation that describes the consultation role especially in times of economic restrictions where nursing resources are scarce and the patients acuity requires more complex care than ever.

The purpose of this study was to describe the consultation role of clinical nurse specialists working in a university hospital setting providing care to an adult population. A qualitative descriptive design based on the naturalistic perspective and a theme analysis of what CNS perceived as being the consultation role according to their experience, was used. The model of Barron and White (2009) served as the conceptual framework for our research. Eight interviews were held using a semi-structured interview guide. The transcribed verbatim was analyzed according to the Miles and Huberman method (2003). This method is divided in three interactive analytical steps: data condensation, data organization/presentation and interpretation of conclusion.

The results revealed that the objectives of the consultation role of the CNS are to share expert knowledge and to improve quality of care. Three important activities have emerged; managing crisis situations (end of life, interprofessional conflicts and conflicts between health professionals and patient's family), ensure continuity of care and finally to support and develop health care teams. The consultation's success depends on the relationship that evolves between the consultant and the consultee. The ambiguity of the CNS's

role, it's evolution over time and the environment's evolution have been identified as being challenges in their practice. Role clarification and reflective practice have been identified as the strategies to resolve the challenges identified.

This study contributes to further our understanding of the CNS's consultation role and that this role is subject to continuous evolution as the environment's needs change. Indeed the consultation role of the CNS is valuable for it's contribution to ensure that patients receive excellent quality of care.

Key words: advanced nursing practice, clinical nurse specialist, consultation role, consultation model, role theory.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| SOMMAIRE..... | iii |
| SUMMARY..... | v |
| TABLE DES MATIÈRES..... | vii |
| LISTE DES TABLEAUX..... | xi |
| LISTE DES FIGURES..... | xii |
| REMERCIEMENTS..... | xiii |
| DÉDICACE..... | xv |
| | |
| CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE..... | 1 |
| But de l'étude..... | 8 |
| Questions de recherche..... | 8 |
| | |
| CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS..... | 9 |
| 1. RÔLE & LA THÉORIE DU RÔLE..... | 10 |
| 2. PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE..... | 13 |
| 3. INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE..... | 18 |
| 4. RÔLE DE CONSULTATION DE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE..... | 25 |
| 5. MODÈLE CONCEPTUEL DE CONSULTATION EN PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE DE BARRON & WHITE..... | 27 |
| 6. RÉSUMÉ..... | 31 |
| | |
| CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE..... | 32 |
| 1. DEVIS DE RECHERCHE..... | 33 |
| 2. MILIEU..... | 34 |
| 3. ÉCHANTILLON..... | 34 |
| 3.1 Sélection des participantes..... | 35 |
| 3.2 Profil des participantes..... | 35 |
| 4. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE..... | 36 |
| 5. COLLECTE DES DONNÉES..... | 37 |
| 6. ANALYSE DES DONNÉES..... | 38 |
| 7. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES..... | 40 |
| 8. CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ..... | 41 |
| 9. RÉSUMÉ..... | 42 |
| | |
| CHAPITRE IV : RÉSULTATS..... | 44 |
| 1. CONSULTATION : DÉFINITION, BUTS & CONCEPTUALISATION..... | 45 |
| 1.1 Consultation : définition selon les participantes..... | 45 |
| 1.2 Buts de la consultation..... | 46 |
| 1.2.1 Partage des connaissances..... | 46 |
| 1.2.2 Amélioration de la qualité des soins..... | 48 |
| 1.3 Conceptualisation du rôle de consultation..... | 49 |

| | | |
|---------|---|----|
| 1.3.1 | Gestion des situations de crise..... | 50 |
| 1.3.2 | Assurer la continuité des soins..... | 52 |
| 1.3.3 | Soutien et développement des équipes de soins..... | 53 |
| 1.4 | Types de consultation..... | 54 |
| 1.4.1 | Consultation formelle..... | 55 |
| 1.4.2 | Consultation informelle..... | 56 |
| 1.4.3 | Consultation directe & indirecte..... | 57 |
| 1.4.4 | Consultation externe..... | 57 |
| 1.4.5 | Consultation de corridor..... | 59 |
| 1.5 | Indicateurs des résultats de la consultation..... | 59 |
| 1.5.1 | Indicateurs formels..... | 60 |
| 1.5.2 | Indicateurs informels..... | 60 |
| 2. | PROCESSUS DE LA CONSULTATION..... | 61 |
| 2.1 | Phases du processus de consultation..... | 61 |
| 2.1.1 | Clarification du but de la consultation..... | 61 |
| 2.1.2 | Évaluation et cueillette d'information..... | 62 |
| 2.1.3 | Intervention..... | 62 |
| 2.1.4 | Évaluation..... | 63 |
| 2.2 | Défis & stratégies..... | 62 |
| 2.2.1 | Défis..... | 64 |
| 2.2.1.1 | Ambiguïté du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée..... | 64 |
| 2.2.1.2 | Évolution du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée..... | 66 |
| 2.2.1.3 | Évolution de l'environnement..... | 66 |
| 2.2.2 | Stratégies..... | 67 |
| 2.2.2.1 | Clarification du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée..... | 67 |
| 2.2.2.2 | Pratique réflexive..... | 68 |
| 3. | FACTEURS CONTEXTUELS INFLUENÇANT LA CONSULTATION..... | 69 |
| 3.1 | Environnement..... | 69 |
| 3.2 | Influence des rôles ayans existés antérieurement..... | 70 |
| 3.3 | Modèle de rôle..... | 70 |
| 3.4 | Soutien administratif..... | 71 |
| 3.5 | Soutien des pairs..... | 71 |
| 3.6 | Conflits interpersonnels..... | 72 |
| 3.7 | Limites de la spécialisation..... | 73 |
| 3.8 | Responsabilités académiques..... | 73 |
| 4. | CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTS..... | 74 |
| 4.1 | Infirmière clinicienne spécialisée..... | 74 |
| 4.1.1 | Compétences..... | 75 |
| 4.1.1.1 | Experte..... | 75 |
| 4.1.1.2 | Coach et modèle de rôle..... | 76 |
| 4.1.1.3 | Leadership..... | 76 |
| 4.1.1.4 | Collaboration et partenariat..... | 76 |

| | |
|---|----|
| 4.1.1.5 « Empowerment & advocacy »..... | 77 |
| 4.1.1.6 Éducation..... | 77 |
| 4.1.2 Caractéristiques reliées à l’infirmière clinicienne spécialisée..... | 78 |
| 4.1.2.1 Fiabilité..... | 78 |
| 4.1.2.2 Respect envers le consultee..... | 79 |
| 4.1.2.3 Habiletés à travailler en interdisciplinarité et flexibilité..... | 79 |
| 4.1.2.4 Autonomie..... | 80 |
| 4.1.2.5 Pouvoir d’influencer..... | 80 |
| 4.1.2.6 Pouvoir de négociation..... | 80 |
| 4.2 Consultee..... | 81 |
| 4.3 Relation entre le consultant et le consultee..... | 82 |
| 5. MODÈLE SYNTHÈSE DE LA CONSULTATION..... | 84 |
| 6. RÉSUMÉ..... | 86 |

| | |
|---|-----------|
| CHAPITRE V : DISCUSSION..... | 87 |
| 1. THÉORIE DU RÔLE ET RÔLE DE CONSULTATION..... | 88 |
| 2. RÉSULTATS ET PRINCIPES DU MODÈLE CONCEPTUEL.... | 89 |
| 3. PRINCIPAUX THÈMES EN LIEN AVEC L’ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES..... | 90 |
| 3.1 Buts de la consultation..... | 91 |
| 3.1.1 Partage des connaissances..... | 91 |
| 3.1.2 Amélioration de la qualité des soins..... | 91 |
| 3.2 Types d’activités en consultation..... | 92 |
| 3.2.1 Gestion des situations de crise..... | 92 |
| 3.2.2 Assurer la continuité des soins..... | 93 |
| 3.2.3 Soutien et développement des équipes de soins..... | 94 |
| 3.2.4 Indicateurs des résultats de la consultation..... | 94 |
| 4. DÉFIS ET STRATÉGIES..... | 95 |
| 4.1 Défis..... | 95 |
| 4.2 Stratégies..... | 96 |
| 5. FACTEURS CONTEXTUELS INFLUENÇANTS LA CONSULTATION..... | 97 |
| 5.1 Environnement..... | 97 |
| 5.2 Influence des rôles infirmiers antérieurs..... | 98 |
| 5.3 Soutien administratif et soutien des pairs..... | 98 |
| 5.4 Conflits interpersonnels..... | 99 |
| 6. CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTS..... | 99 |
| 6.1 Facteurs reliés à la consultante (ICS)..... | 100 |
| 6.2 Facteurs reliés au consultee..... | 100 |
| 6.3 Facteurs reliés à la dynamique entre la consultante et le consultee..... | 101 |
| 7. FORCES ET LIMITES DE L’ÉTUDE..... | 101 |
| 8. CONTRIBUTIONS DE L’ÉTUDE..... | 102 |
| 8.1 Portée scientifique..... | 102 |

| | |
|---|------------|
| 8.2 Pertinence sociale..... | 103 |
| 9. IMPLICATIONS & RECOMMANDATIONS..... | 104 |
| 9.1 Implication pour la pratique..... | 104 |
| 9.2 Implication pour la formation..... | 105 |
| 9.3 Implication pour la recherche..... | 106 |
| 10. RÉSUMÉ..... | 106 |
| CONCLUSION..... | 107 |
| RÉFÉRENCES..... | 109 |
| TABLEAUX..... | 116 |
| ANNEXES..... | 125 |
| Annexe 1 : Lettre sollicitant la participation des ICS au projet de recherche..... | 126 |
| Annexe 2 : Lettre de sollicitation pour le milieu de recherche..... | 128 |
| Annexe 3 : Certificat d'éthique de l'Université de Montréal..... | 130 |
| Annexe 4 : Certificat d'éthique du Centre universitaire de santé McGill... | 131 |
| Annexe 5 : Questionnaire sociodémographique - version française..... | 132 |
| Annexe 6 : Questionnaire sociodémographique - version anglaise..... | 133 |
| Annexe 7 : Grille d'entrevue- version française..... | 134 |
| Annexe 8 : Grille d'entrevue- version anglaise..... | 135 |
| Annexe 9 : Formulaire de consentement – version française..... | 136 |
| Annexe 10 : Formulaire de consentement – version anglaise..... | 140 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tableau 1 | Tableau des caractéristiques démographiques de l'échantillon..... | 117 |
| Tableau 2 | Tableau démographique par mision..... | 119 |
| Tableau 3 | Tableau des caractéristiques des intervenants et de leur relation dans la consultation..... | 120 |
| Tableau 4 | Tableau de fréquence des thèmes et sous-thèmes identifiés par entrevue..... | 121 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|----------|--|----|
| Figure 1 | Modèle de Barron & White..... | 30 |
| Figure 2 | Modèle d'analyse quantitatif d Miles & Huberman..... | 40 |
| Figure 3 | Modèle synthèse de la consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée..... | 85 |

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, je veux remercier docteure Mary Reidy, directrice de recherche, pour son soutien, sa franchise et les conseils qu'elle m'a prodigués tout au long de ce processus d'apprentissage. Je remercie également madame Jane Chambers-Evans, codirectrice, pour sa grande patience, son appui continu et ses encouragements qui m'ont convaincue de persévérer jusqu'à la fin.

Je tiens à remercier infiniment les participantes qui ont gracieusement accepté de participer à cette étude. La passion que vous avez pour votre travail, jour après jour, semaine après semaine, le dévouement et l'empathie que vous démontrez à vos patients, à leurs familles et à vos collègues sont une source d'inspiration professionnelle et humaine. Je voudrais ajouter à cette liste, les autres infirmières cliniciennes spécialisées qui, de près ou de loin, ont participé à ce projet et qui sont, elles aussi, source d'inspiration. Leurs souliers sont encore un peu trop grands pour moi...

Aux membres du comité d'approbation et du jury, j'exprime ma gratitude pour y avoir participé.

À madame Linda Ward, pour son soutien et ses encouragements incessants afin que je puisse finalement terminer ce projet de recherche et ma maîtrise.

Je désire remercier également le comité de mise à jour de l'Hôpital Général de Montréal du CUSM pour la bourse d'études qu'il m'a accordée; elle fut grandement appréciée.

À madame Jocelyne Hébert, pour avoir pris le temps de lire mes chapitres, corriger mon texte et « démêler mes tournures anglophones », merci.

Et enfin, un merci tout particulier aux deux hommes de ma vie. À mon mari, pour m'avoir soutenue et avoir été une source d'inspiration, de motivation et de compréhension; son appui m'a permis de compléter mes études de cycle supérieur. Merci aussi à Anthony Mickaël, mon précieux cadeau du ciel, ma source de vie : « Maintenant, c'est vrai, maman n'aura plus de devoirs! »

DÉDICACE

Ce mémoire de recherche est dédié à deux personnes très importantes. D'abord à Jane Chambers-Evans, pour avoir été l'une des pionnières du rôle d'infirmière clinicienne spécialisée au Québec, pour son dévouement éternel à faire valoir ce rôle important. Véritable mentor, elle a su nous inspirer toutes et elle m'a poussée, moi, à relever ce beau défi.

Et enfin, à Claudette Rivard, pour sa vision des soins infirmiers, son courage face à la vie, son soutien et son amitié. Mille mercis!

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE

La mission prioritaire de l'ICS consiste à améliorer la qualité des soins et à influencer les objectifs de santé, ceux qui sont liés directement aux patients ainsi que ceux de l'organisation (Sparacino & Cartwright, 2009; Darmody, 2005; Urden 1999). En 2003, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) confirme que l'ICS facilite l'accès à des soins de santé efficaces, intégrés et coordonnés dans tout le continuum des soins. Elle est aussi d'avis que l'ICS contribue à faire progresser la profession en enrichissant le savoir infirmier, qu'elle participe au développement de la pratique tout en favorisant l'excellence. Depuis les années 70, au Canada et au Québec, le champ de pratique de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS)¹ est celui qui s'est le plus distingué en pratique avancée (PIA) (Lefebvre, 2003; AIIC, 2005).

Selon certains auteurs, il existe quatre principaux champs de pratique bien distincts en pratique avancée : infirmière sage-femme, infirmière anesthésiste, infirmière praticienne et infirmière clinicienne spécialisée (AIIC, 2000); s'ajoute, dans certains cas, celui de gestionnaire de cas (Keeling, 2009; De Grasse & Nicklin, 2001; AIIC, 2000). Plusieurs rôles primaires font partie intégrante des caractéristiques de base des infirmières qui œuvrent en PIA : la pratique clinique; la consultation; l'éducation (enseignement); la recherche; le leadership professionnel/agent de changement (RNAO, 2004; Bamford & Gibson, 2000; McFadden & Miller, 1994;). D'autres auteurs lui accordent aussi l'habileté à résoudre des problèmes d'éthique, la collaboration intra et inter professionnelle ainsi que le mentorat/coaching (Hamric, 2009; Sparacino, 2009; Lefebvre, 2003; Hamric 1989; Spross & Baggerly, 1989).

En 1994, McFadden & Miller citent que l'ICS passe la plus grande partie de son temps à s'investir dans les rôles primaires qui sont reliés à la

¹ N.B.— Afin d'alléger le texte. Les désignations « infirmière » et " infirmière clinicienne spécialisée » sont utilisées tout au long du texte de ce mémoire. Il est entendu que ces termes désignent aussi les infirmiers ou les infirmiers cliniciens spécialisés selon le choix du mot qui est utilisé.

pratique clinique et à la consultation. Cependant, bien que plusieurs ouvrages aient déjà été écrits sur le champ de pratique de l'ICS ainsi que son rôle de consultation, tous deux demeurent encore ambigus aujourd'hui (Scott, 1999; Davies & Hughes, 1995). Il est donc important de comprendre que les rôles primaires « primary practice roles » sont, dans la pratique, extrapolés à partir des actions qui sont posées par le clinicien ou la clinicienne (ici, l'ICS), (Reidy, 2005).

La richesse du rôle de l'ICS dépend de la multitude et de la complexité des décisions qui doivent être prises, des tâches et des stratégies qui y sont associées (Reidy, 2005). De plus, son rôle est perçu comme étant un engagement interactif qui prend en considération les actions des autres individus. Il est conçu et s'accomplit à travers une série d'actes qui ne sont pas nécessairement indépendants les uns des autres. Le rôle primaire qui prédomine à un certain moment donné, que ce soit celui de la consultation, celui de la pratique clinique ou autre, dépend alors de la situation clinique, du statut que détient l'ICS, de ses attributs et de ses habiletés ainsi que de la structure organisationnelle et de ses propres objectifs. Afin de pouvoir pratiquer son rôle adéquatement, l'ICS doit donc bien posséder ses rôles primaires.

Plusieurs des auteurs en pratique avancée définissent le rôle de consultation comme un processus interactionnel habituellement amorcé entre deux professionnels, soit le consultant et la personne qui sollicite de l'information afin de résoudre un problème (Barron, 2009; Vanbree Sneed, 2001; Brunk, 1992; Beare, 1988). Le consultant est celui qui détient une expertise tandis que celui qui sollicite la consultation, le « consultee »², est celui qui reconnaît cette expertise comme étant essentielle à la résolution de son problème. (Barron, 2009; Caplan, 1970). Cependant, le terme « consultation » est souvent utilisé à tort et à travers; en effet, il arrive que l'on utilise le terme

² Le terme « consultee » sera utilisé tout au long de ce travail pour désigner la personne qui fait une demande de consultation. Ce terme provient de la littérature anglaise puisqu'il nous a été impossible de trouver une traduction appropriée en français qui traduise correctement ce terme.

lorsqu'on veut parler de supervision, de collaboration ou de gestion (Barron, 2009). De plus, peu d'écrits démontrent concrètement en quoi consiste ce rôle, dans la réalité ou selon le vécu et l'expérience de l'ICS.

À l'origine, le rôle de consultation avait essentiellement pour but de permettre à l'ICS d'intervenir dans des cas complexes et critiques, en répondant aux besoins des patients/familles et en les éduquant. Par le biais de la consultation, l'ICS devait aussi, et doit encore, servir de modèle au personnel infirmier en plus de répondre aux besoins des infirmières ou autres professionnels de la santé concernant des soins complexes (Dunn, 1997). Grâce à son expertise elle identifie des alternatives qui n'auraient pas été considérées sans sa participation. (Brunk, 1992; Beare, 1988; Rodgers & Trimnell, 1987). Depuis lors, ainsi amenée à partager avec les infirmières et autres professionnels de la santé son expertise et ses connaissances, l'ICS continue de leur assurer son soutien et, du même coup, leur transmet une certaine forme de pouvoir. Ce pouvoir valorisant et stimulant repose sur l'autonomie et une plus grande responsabilisation (Empowerment) (Barron, 2009; AIIC, 2005; RNAO, 2004). En favorisant le partage des connaissances de l'ICS avec d'autres, la consultation a pour effet d'accroître les siennes, améliorant ainsi sa pratique, son expertise et l'ensemble des soins infirmiers (Barron, 2009).

Par le biais de la consultation, l'ICS réussit à exercer son influence en partageant son expertise avec les autres infirmières et professionnels de la santé (Barron & White, 2009, 1996). À travers la consultation, elle contribue à la planification et à l'administration des soins aux patients (et leur famille) ayant des problématiques de soins complexes et s'assure que les soins sont efficaces (Sparacino, 2009). Étant donné le manque de clarté existant autour du champ de pratique de l'ICS, et surtout de son rôle de consultante, il est primordial d'obtenir des données précises sur le travail qu'accomplissent ces infirmières (Darmody, 2005; Davies & Hughes, 1995; McFadden & Miller, 1994). Il est d'autant plus urgent d'y voir clair dans la période actuelle de rareté de

ressources infirmières et de restrictions économiques, au moment même où les soins destinés aux patients doivent être administrés de façon à répondre à des besoins de plus en plus complexes. Selon plusieurs auteurs, la consultation est l'un des plus importants rôles de la pratique de l'ICS, surtout en soins aigus (Barron, 2009; Vanbree Sneed, 2001; Dunn, 1997; Barron, 1989).

Afin de bien saisir toute l'étendue du travail de l'ICS (y compris le rôle de consultation), il faut tout d'abord comprendre le domaine de la pratique infirmière avancée, son influence sur le champ de pratique de l'ICS ainsi que sur le contexte qui rend possible le déroulement de son rôle de consultation. La PIA se caractérise par l'utilisation d'une gamme élargie de connaissances théoriques et pratiques basées sur les résultats de recherches effectuées dans le but de résoudre les problèmes de santé des patients à partir d'un champ clinique spécifique (spécialisation); cette particularité permet aux infirmières en pratique avancée l'autonomie d'exercice et la prise de décision sur des aspects cliniques complexes (Hamric, 2009; Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne et Pinelli, 2004; Lefebvre, 2003; Brown, 1998). De plus, ce contexte permet l'expansion du savoir et l'avancement des sciences infirmières (Barron, 2009; AIIC, 2000).

Selon l'AIIC (2003), l'ICS possède des connaissances approfondies, des compétences spécialisées, un solide jugement et une vaste expérience clinique dans une spécialité infirmière; elle peut donc trouver des solutions à des situations problématiques de santé complexes et s'adresser à diverses clientèles : les patients et leur famille, les autres professionnels de la santé, les administrateurs et les responsables des politiques de santé. De plus, par son travail au sein d'équipes multidisciplinaires, l'ICS participe aussi à la création de nouveaux modèles de soins afin de répondre, toujours plus adéquatement, aux besoins présents et futurs de la population. Sa position privilégiée d'infirmière consultante lui permet d'implanter et d'évaluer les soins prodigués aux patients (Urden, 1999).

Encore une fois, malgré les nombreux écrits publiés sur le champ de pratique de l'ICS ainsi que son rôle de consultation, il n'en demeure pas moins que ces derniers demeurent toujours ambigus (Scott, 1999; Davies & Hughes, 1995). L'utilisation changeante des titres en PIA (ICS, IP, infirmière consultante, etc.), la variation du niveau d'éducation, la sous-utilisation des champs de compétence, le manque de clarification du rôle de l'ICS et des buts visés dès son implantation sont autant de facteurs qui cultivent cette ambiguïté (Bryant-Lukosius et al., 2004). En outre, et c'est souvent le cas pour l'ICS, une méconnaissance de la discipline constituant la base du rôle nuit à l'élimination de cette ambiguïté. (Lloyd Jones, 2005; Bamford & Gibson, 2000).

Un modèle heuristique du rôle de consultation en PIA (y compris celui de l'ICS), nous provient du Modèle de Barron (1989). Il a servi de fil conducteur pour cette étude. Ce modèle évolua pour devenir le Modèle de Barron & White. (2009, 1996). Il est basé sur celui de Caplan (1970) en santé mentale. D'après ce modèle, la consultation offerte par l'ICS peut être de quatre types différents : elle peut être centrée sur les besoins du patient; centrée sur les besoins de celui qui en fait la demande; centrée sur les besoins de l'organisation ou ceux d'un programme de soins (planification et administration de services cliniques); centrée sur les besoins d'un individu ou d'un groupe d'individus éprouvant des conflits reliés à des objectifs organisationnels (Barron, 2009; Rogers & Trimmell, 1987; Caplan, 1970). On retrouve dans ce modèle, le champ écologique de la consultation qui comprend les éléments suivants : ses buts et ses objectifs, son processus et ses phases, les caractéristiques du consultant et de celui qui demande la consultation ainsi que les facteurs situationnels.

Malgré de nombreux articles écrits sur la PIA et le domaine de pratique de l'ICS, il est encore difficile aujourd'hui de clarifier le rôle de l'ICS, ses mandats et ses objectifs; il est aussi ardu de prouver sa rentabilité. Il devient

alors impérieux de se questionner sur ce qui différencie l'ICS de ses autres collègues en PIA et sur ce qui caractérise son rôle de consultation.

Des données descriptives sur le travail accompli par les ICS doivent être recueillies afin de pouvoir démontrer l'importante contribution qu'elles apportent à notre système de santé ainsi qu'à l'avancement des sciences infirmières. Cette recherche ciblera particulièrement son rôle de consultation. Ces données joueront un rôle crucial dans la planification de leurs activités et la détermination de leurs priorités, surtout en soins de courte durée (Vanbree Sneed, 2001; Barron, 1989). Les ICS sont aussi essentielles à l'évaluation des résultats cliniques et financiers qui sont reliés à leurs activités (Darmody, 2005; Scott, 1999).

Cette étude a été mise sur pied afin d'étudier et préciser le rôle de consultation de l'ICS. Cette recherche a pour toile de fond le Modèle de Barron & al. (2009). Étant donné une ambiguïté persistante, il est important d'effectuer cette recherche pour mieux connaître et bien comprendre le champ de pratique de l'infirmière clinicienne spécialisée ainsi que son rôle de consultation.

Au Québec, depuis 2002, nous sommes en train de développer des programmes universitaires³ de second cycle, et le rôle de l'ICS fait présentement l'objet d'évaluation dans certains centres hospitaliers. Il est donc opportun et même impératif de bien cerner et de comprendre au moins un des rôles primaires de l'ICS : la consultation en milieu hospitalier adulte.

³ Consultations sur sites Web de l'Université de Montréal et de l'Université McGill.

But de l'étude

Cette recherche a pour but de décrire le rôle de consultation que joue l'infirmière clinicienne spécialisée auprès de la clientèle adulte en milieu hospitalier universitaire, à partir de la narration de leur expérience.

Questions de recherche

1. Selon l'expérience décrite par les ICS, quels sont les buts et objectifs du rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée?
2. En quoi consiste le processus de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée?
3. Quels sont les facteurs situationnels qui permettent à l'infirmière clinicienne spécialisée d'exercer son rôle de consultation et quels sont ceux qui lui nuisent?
4. Quelles sont les caractéristiques de l'ICS (consultante) et de celui qui sollicite une consultation (consultée) dont il faut tenir compte dans un contexte de pratique infirmière avancée afin que la consultation soit efficace?

Une étude de ce genre servirait non seulement à clarifier le rôle de consultation de l'ICS; elle contribuerait à l'avancement des connaissances en pratique infirmière avancée et fournirait des pistes intéressantes pour améliorer la formation des futures infirmières cliniciennes spécialisées.

CHAPITRE II
RECENSION DES ÉCRITS

Dans ce chapitre, il sera question de la recension des écrits qui se rapportent aux différents aspects traités dans le cadre de ce projet de recherche. La recension portera sur plusieurs thèmes. Le concept de rôle selon la théorie du rôle est celui qui sera abordé en premier lieu, afin de nous permettre de comprendre ce que sous-entend le terme « rôle » et les éléments qui peuvent influencer un rôle comme celui de la consultation, dans une organisation. Nous examinerons ensuite la pratique infirmière avancée; l'infirmière clinicienne spécialisée; le rôle de consultation de celle-ci et le modèle de consultation en pratique avancée tel que conçu par Barron & White (2009) qui servira de modèle conceptuel.

1. RÔLE ET LA THÉORIE DU RÔLE

Afin de mieux comprendre le «rôle» de consultation de l'ICS, la signification du concept «rôle» sera analysée selon le point de vue sociologique, à travers la théorie du rôle. Ensuite, nous l'examinerons selon le concept «d'ambiguïté de rôle » qui lui a été évoqué dans la littérature comme étant une des causes principales de la difficulté d'implanter le rôle d'ICS ainsi que celui de consultation. Ceci nous permettra de comprendre ce qui peut influencer le rôle de consultation.

Le concept de rôle a été raffiné très tôt en sociologie structurelle-fonctionnelle en partant du principe que le rôle est déterminé par la structure organisationnelle et que les individus sont socialisés de façon rigoureuse dans leurs rôles et selon leur fonction dans l'organisation (Reidy, 2005). Des développements, survenus plus tard en théorie organisationnelle, ont contribué à faire reconnaître que les changements subis par une organisation favorisaient la naissance et l'évolution des rôles. Il est donc évident que dans un climat de changements, les rôles en transition tels que celui de consultation, plutôt que d'être simplement définis par la socialisation, sont de plus en plus ouverts afin de répondre aux demandes situationnelles et à la négociation. Bien que ce processus permette un meilleur développement du rôle, il laisse place à

l'ambiguïté et exige la définition constante des rôles qui ont été créés (Reidy, 2005).

Selon Biddle (1986), sociologue, la théorie du rôle est la science qui étudie les caractéristiques comportementales d'individus dans un contexte précis. Les comportements suscités par un rôle sont prescrits par le contexte et la position sociale dans laquelle ils se jouent; de plus, chaque rôle connaît ses attentes spécifiques. Cet auteur propose cinq postulats : les comportements sont composés de modèles et de caractéristiques se rapportant à des personnes se trouvant dans un contexte précis; le rôle est associé à un ensemble de personnes qui partagent une même identité; les individus sont souvent conscients des rôles qui se jouent et sont, jusqu'à un certain point, influencés par le fait d'en être conscients; les rôles persistent dans le temps, en partie à cause de leurs conséquences/fonctions et de leur enracinement dans des systèmes sociaux plus élargis; les individus sont tenus d'apprendre des rôles (socialisation) qui peuvent leur procurer du plaisir ou de l'anxiété en les exécutants.

Murray (1998) explique que selon la théorie du rôle, les comportements sociaux ne s'effectuent pas au hasard ni sans raisons, mais selon des modèles et d'une manière plutôt prévisible. Ils ont une conséquence et une signification pour l'individu. Cette méthode, ne conçoit pas pour autant que les comportements sociaux doivent être rigides et statiques; au contraire, ils doivent être dynamiques et changeants chez les individus qui assument un même rôle. Il décrit le «rôle» comme étant un concept de nature interdisciplinaire qui inclut trois types de structures dans une société : la position sociale, la culture et l'individu. La société, en attribuant une position sociale à un individu, lui prescrit ce qu'elle doit faire et être, elle lui dicte ce qu'elle attend de lui. La culture prescrit les attentes que l'on a envers l'individu, selon les normes valorisées par la société. L'individu agit selon ce qu'on attend de lui et qui valorise sa position sociale.

Les comportements associés au rôle sont attribués selon la position sociale et les attentes que les individus ont envers eux-mêmes et les autres. Le «rôle» subit donc une certaine forme de socialisation puisqu'il est influencé par des normes, des croyances, des attitudes ainsi que des demandes provenant d'un certain milieu, soit la société (Biddle, 1986; Winnubst & Egbert, 1985; Hilbert, 1981). Nous savons que l'ICS, de par sa formation et son rôle, doit agir, en principe, à partir de connaissances acquises en tout premier lieu au cours de son éducation universitaire, en deuxième lieu dans la pratique avancée et, finalement, par l'expertise qu'elle a développée dans un champ particulier. Cependant, Scott (1999) ajoute que l'ICS doit en plus s'ajuster aux demandes d'une société évolutive aux besoins changeants, ainsi qu'à un domaine scientifique en pleine évolution.

Selon Brykczynski (2009), un rôle devient ambigu lorsque les attentes ne sont pas claires ou lorsque les responsabilités ne sont pas bien définies. L'ambiguïté subsiste lorsqu'il y a incertitude quant au développement des sous-rôles ou manque de connaissances quant à la discipline. Il existe toujours une certaine ambiguïté par rapport à un rôle; cette ambiguïté peut, par contre, avoir un effet positif puisqu'elle permet à l'individu d'être créatif. Dans un contexte de changements et d'innovation tel qu'on remarque dans le domaine de la santé et dans notre société, il n'est pas étonnant que les rôles de chacun aient aussi à changer (Brykczynski, 2009; Reidy, 2005; Redekopp, 1997).

L'étude descriptive de Scott (1999) avait pour but de décrire les rôles, les habiletés et les activités qui permettent aux ICS de diminuer le coût des soins de santé et les activités qui peuvent générer un revenu (ces dernières activités sont typiques à la PIA aux États-Unis). Les ICS devaient posséder une formation de niveau universitaire (maîtrise). La toile de fond qui a servi comme guide dans cette étude était basée sur la théorie du rôle. Le sondage fût effectué auprès des ICS qui avaient un abonnement à la revue *Clinical Nurse Specialist Journal*. De ce groupe, un échantillon de convenance de 724 ICS a été retenu.

L'instrument de 68 items avait été validé par trois ICS expertes. L'étude rapporta que les ICS passaient une grande portion de leur temps dans les rôles qui leur sont attribués en PIA. Ceux-ci sont énumérés selon le plus de temps passé dans un rôle, en allant au moins de temps possible, ces rôles étaient : expertise clinique, éducation, consultation, gestion et recherche. La force de cette étude réside dans le fait qu'elle est celle qui est parvenue à nous décrire le plus en détails, en quoi consiste le champ de pratique de l'ICS, ses activités, ses habiletés et performances (aux États-Unis). Elle confirme que l'ICS continue de partager la majorité de son temps entre ses rôles primaires, surtout en pratique clinique et en consultation. Il est démontré que l'ICS agit en tant que leader et agent de changement dans le développement et l'implantation de politiques de soins, dans l'élaboration et l'évaluation de standards de qualité, tout en incorporant les résultats probants.

L'analyse précédente du concept de « rôle » nous permet de mieux comprendre qu'un rôle, quel qu'il soit, est déterminé et régi en partie par l'organisation (société) dans lequel il se développe. L'organisation, ici le domaine de la santé qui est en continuelle évolution, fait en sorte que le rôle doit s'ajuster et évoluer afin de répondre aux demandes situationnelles de l'organisation. Ce besoin constant de devoir s'ajuster aux exigences et se transformer rend justement la définition de ce rôle ambiguë.

2. PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE

Afin de pouvoir comprendre le rôle de consultation de l'ICS en milieu hospitalier, oeuvrant avec la population adulte, il nous faut comprendre le contexte dans lequel ce rôle est pratiqué et ce qui le régit : la pratique avancée.

On retrouve dans cette section, des écrits qui dépeignent l'historique de la PIA, son fondement. Par la suite, certaines recherches seront abordées afin de faire état de la PIA telle qu'elle est dans la réalité.

La pratique infirmière avancée (PIA) existe depuis les années quarante aux États-Unis (Dunn, 1997) et depuis les années soixante au Canada (AIIC, 2005). Elle a pris naissance aux États-Unis et a été grandement influencée par le mouvement féministe de l'époque, qui prônait l'indépendance et l'autonomie des infirmières. La pénurie de ressources médicales dans les régions éloignées ainsi que les besoins ressentis en santé primaire à l'époque sont deux autres facteurs qui ont incité le développement de la pratique avancée en soins infirmiers (Lefebvre, 2003; Castledine, 2002).

En 1995, l'American Nurses Association (ANA) définit la PIA comme une pratique basée sur un ensemble de connaissances cliniques avancées et d'habiletés qui ne peuvent être acquises autrement qu'avec un niveau minimum de formation universitaire de deuxième cycle en soins infirmiers. Ce niveau d'instruction est le point d'appui de la spécialisation; l'épanouissement du rôle et de l'expertise de ces infirmières en pratique avancée en dépend. (Hamric, 2009; De Grasse & al., 2001; AIIC, 2000). Les compétences scientifiques demeurent les mêmes quel que soit le type d'infirmières en pratique avancée; ce qui les différencie entre elles, c'est leur spécialisation qui les amène à pouvoir gérer des problèmes complexes (Hamric, 2009). Davies & al. (1995), avance que le terme « pratique infirmière avancée » va au-delà des rôles qu'on lui attribue. Selon Hamric (2009) et Davies & al. (1995), la PIA a pour but l'amélioration des soins prodigués dans notre société; elle contribue également à l'avancement des sciences infirmières.

Comme il a déjà été mentionné, il existe principalement quatre champs de pratique bien distincts en PIA. De plus, il ne faut pas oublier que le rôle de praticienne clinique; de consultante; d'éducatrice (enseignante); de chercheur, de leadership et d'agent de changement se retrouvent dans tous les champs de pratique avancée (Sparacino, 2009; RNAO, 2004; Bamford & al., 2000; McFadden & al., 1994). Huit compétences sont attribuées à la PIA : l'expertise clinique; la formation des infirmières et l'éducation des patients/famille; la

réalisation, l'utilisation et l'interprétation des résultats de recherches (données probantes); la consultation dans des situations complexes de soins; le leadership professionnel et la collaboration intra et inter-professionnelle; la capacité d'être un agent de changement; l'habileté à résoudre des problèmes éthiques (Hamric, 2009; Bryant-Lukosius & al., 2004; Lefebvre, 2003; Dunn, 1997; Davies & al., 1995). Spross & al. (1989) croient que le jugement clinique et le leadership sont des éléments essentiels qui sont beaucoup plus développés chez les infirmières en pratique avancée. Sans doute que tous ces éléments qui leur sont communs, contribuent à la difficulté de distinguer ces rôles surtout celui de l'ICS et de l'infirmière praticienne (IP).

Il est important de se rappeler que la PIA influence trois types d'objectifs de santé : les objectifs centrés sur les besoins des patients tels que changements de comportements, satisfaction des soins obtenus; les objectifs reliés au système de santé tels que la disponibilité des services et leur amélioration; les objectifs centrés sur les soins infirmiers, soit l'émergence des rôles en PIA et la collaboration avec les autres professionnels du domaine de la santé (Ingersol, McIntosh & Williams, 2000; Brown, 1998).

Au Canada, la pratique infirmière avancée (PIA), basée sur le modèle américain, s'est plutôt développée dans les provinces anglophones. Les champs de pratique en PIA qui ont connu une évolution plus rapide sont celui de l'infirmière praticienne et celui de l'infirmière clinicienne spécialisée. D'autres types de pratiques, basés sur les mêmes principes, ont surgi par la suite, comme celui de l'infirmière gestionnaire de cas; cependant, celui de l'infirmière praticienne sera le seul à être réglementé (AIIC, 2000).

En 1998, 3,363 infirmières canadiennes seulement, soit 1,5 % détiennent une maîtrise en sciences infirmières (AIIC, 2000). Ce n'est qu'en 2000, que l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC), reconnaît le deuxième cycle (universitaire) en sciences infirmières comme étant

nécessaire à la PIA. L'association propose alors un cadre de référence sur les activités, les compétences et caractéristiques propres à celles-ci (Lefebvre, 2003; AIIC, 2000). En 2002, la Loi 90 vient élargir le cadre d'exercice des infirmières et infirmiers par la répartition des actes des professions de la santé, et adapte la Loi sur les infirmières et les infirmiers au contexte actuel. Cette loi confère aux infirmières de nouvelles responsabilités qui vont au-delà du cadre habituel de la pratique infirmière et elle donne accès à certains actes habituellement réservés à d'autres professionnels de la santé (Lefebvre, 2003).

Bryant-Lukosius & al. (2004) ont identifié que l'absence d'objectifs bien définis pour les rôles de l'ICS et de l'infirmière praticienne (IP) maintenait l'ambiguïté existante entre ces deux champs de pratique. Selon elles, six facteurs influencent le développement, l'implantation et l'évaluation des champs en pratique avancée : la mauvaise utilisation des titres (ICS & IP) et l'inconsistance du niveau d'instruction requis pour ces postes; la sous-utilisation des infirmières en pratique avancée et de leur potentiel afin de suppléer au manque d'effectifs médicaux; la sous-utilisation des champs de compétences; la sous-estimation des facteurs environnementaux qui mettent en péril cette pratique; la sous-utilisation des données probantes quant à l'implantation de ces champs de pratique; le manque de clarification du champ de pratique et des buts visés par son implantation. De Grasse & al.(2001) ajoutent que le manque de structure en PIA contribue à l'inefficacité de ces rôles et de leur évolution. Selon elles, il ne semble pas y avoir de structure formelle à laquelle les infirmières en pratique avancée doivent se soumettre pour justifier leur champ de pratique.

L'étude de type exploratoire de Dunn & Nicklin (1995), avait pour but d'analyser la situation des rôles en PIA existants en milieu universitaire (tertiaire) au Canada. Cette étude était faite à la demande d'un hôpital universitaire canadien qui envisageait la possibilité future d'implanter des rôles en PIA. Cette étude comportait deux volets : soit une révision de la littérature

sur l'état des rôles en PIA et deuxièmement un sondage réalisé auprès d'infirmières gestionnaires, de 26 centres hospitaliers universitaires canadiens qui comptaient parmi leurs effectifs des infirmières en PIA. Ces institutions avaient été retenues à cause de leurs similitudes à l'institution qui avait sollicité l'étude. Les auteures ont conclu qu'il existe différents champs de pratique en PIA, dans nos hôpitaux universitaires. Les résultats ont révélé que plusieurs facteurs rendent difficile le développement et l'implantation des rôles en pratique avancée. Parmi ces facteurs, les plus importants sont : la diversité de programmes universitaires et de leurs exigences; l'utilisation inconsistante des titres, le manque de descriptions et de réglementation des rôles ainsi que la multitude d'opinions divergentes quant à ce que devrait être le futur des rôles en pratique avancée. Les résultats de cette étude soutiennent par contre que le développement et la promotion des rôles en pratique avancée sont en soit des stratégies appropriées du point de vue coût/efficacité qui permettent l'amélioration des objectifs de soins et des services de santé. Cette étude est significative puisqu'elle représente la réalité canadienne en PIA (taux de réponse de 88% au sondage, soit 23 des 26 institutions ciblées). Cette étude nous a permis de réaliser que nos problématiques sont apparentées à celles décrites par nos collègues des États-Unis et de l'Angleterre (Bryant-Lukosius & al., 2004; Castledine, 2002). Il demeure donc important de clarifier chaque type rôle en PIA ainsi que les rôles qui y sont associés et leurs objectifs afin de bien favoriser leur implantation. Il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine pour clarifier les différents rôles auprès des autres professionnels, des consommateurs de services de santé et des instances gouvernementales (Castledine, 2002; AIIC, 2000). Les résultats de cette étude demeurent après quinze années encore très valides : le rôle de l'ICS demeure ambigu auprès des autres professionnels, on utilise encore les titres de façon inconsistante et au Québec ces rôles ne sont pas réglementés sauf pour l'IP.

Malgré le grand nombre d'écrits qui ont été publiés en PIA, la plupart sont des discours qui portent sur ce que devrait-être celle-ci. Ils ne font que

décrire en quoi consiste le domaine de la PIA, les différents rôles primaires et ses compétences (Bryant-Lukosius & al., 2004; AHC, 2000; Davies & al., 1995). Ils contribuent peu à distinguer entre eux les rôles primaires tenus par différents types d'infirmières en PIA. Même si ces rôles ont bien été décrits auparavant, plusieurs écrits soulèvent le fait que l'ambiguïté existe toujours. Alors que le rôle de l'IP est de mieux en mieux perçu, celui de l'ICS semble demeurer ambigu alors qu'il est si important pour le futur que ce rôle soit défini plus clairement tout comme son champ de pratique et ses limites. Ajoutons que deux autres facteurs participent, notamment, au maintien de cette ambiguïté : l'inconsistance du niveau d'instruction requis en PIA et l'utilisation inadéquate des titres (Bryant-Lukosius & al., 2004; Dunn & al., 1995).

3. INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE

Une multitude d'articles ont été écrits sur les activités de l'ICS, la plupart sont des discours qui tentent de clarifier ce rôle et surtout de le différencier des autres types d'infirmières en PIA, en particulier, de l'infirmière praticienne. De nombreux auteurs avaient pour préoccupation de vouloir décrire et démontrer l'impact que pouvait avoir l'ICS sur les objectifs de soins des patients et de leur famille mais aussi sur ceux du système de santé. D'autres ont voulu démontrer sa contribution au savoir infirmier.

Le champ de pratique de l'infirmière clinicienne spécialisée fait partie des champs de pratique qui se sont développés en pratique avancée. Bien que celui-ci, ait à son origine les mêmes exigences et les mêmes compétences, il diffère de par ses objectifs et sa propre évolution. Il est important à ce moment de clarifier ce qu'est la spécialisation. La spécialisation en soins infirmiers implique une concentration dans un champ clinique du domaine des soins infirmiers. L'expérience clinique, acquise dans un certain domaine et pendant un certain temps, peut donc devenir une spécialisation telle que la pédiatrie, la neurologie, etc. (Hamric, 2009).

La PIA étant la base du développement du rôle de l'ICS, il n'est pas étonnant que le diplôme d'études supérieures soit devenu un critère obligatoire s'ajoutant à l'exigence de détenir une expertise dans un domaine de connaissances et de pratique en soins infirmiers. Comme toute autre infirmière en PIA, l'ICS doit détenir les huit compétences suivantes : maîtriser une expertise clinique dans un champ spécifique; être apte à former les infirmières et éduquer les patients et leur famille; savoir réaliser une recherche, en interpréter les résultats et les utiliser efficacement (données probantes); pouvoir répondre aux consultations dans des situations complexes de soins; servir de modèle et être un agent de changement; promouvoir et travailler à la collaboration intra et interprofessionnel, en tant que leader professionnel; posséder l'habileté à résoudre des problèmes éthiques (Hamric, 2009; Bryant-Lukosius & al., 2004; Lefebvre, 2003; Dunn, 1997). Ce sont ces compétences qui permettent d'exercer les rôles primaires en PIA (pratique clinique, consultation, éducation, etc.) (Sparacino, 2009; Darmody, 2005; RNAO, 2004; Bamford & al., 2000; McFadden & al., 1994). Le domaine clinique dont elle est responsable demeure le lieu central de ses activités. Ceci ne signifie pas que l'ICS prodiguera directement des soins au patient si ceux-ci sont complexes, uniques ou problématiques; elle pourra cependant être responsable de la qualité de ces soins. Elle sera également responsable de l'élaboration de normes de soins, du développement du cheminement clinique ou de l'identification d'une problématique spécifique (Hamric, 1989). En outre, l'ICS est impliquée dans le développement des lignes directrices et dans l'implantation des pratiques exemplaires (LaSala, Connors, Pedro & Phipps, 2007).

Le champ de pratique de l'infirmière spécialisée existe depuis les années 1900. A cette époque, le terme spécialiste désignait une infirmière qui avait une vaste expérience dans un domaine spécifique des soins infirmiers; elle pouvait aussi avoir complété le cours post-secondaire d'un hôpital ou encore détenir une expertise technique. C'est ce concept qui est à l'origine de la pratique de l'infirmière clinicienne spécialisée que l'on connaît aujourd'hui. Le domaine de

pratique de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) fut créé afin de garder les infirmières «expertes» dans les milieux cliniques, dans le but d'améliorer les soins offerts aux patients. Ceci a donc contribué à l'implantation et au développement de sa pratique surtout en milieu hospitalier (Castledine, 2002; Hamric, 1989). L'ICS en santé mentale (ou en psychiatrie comme on disait à l'époque) fut la première spécialité à être développée (Dunn, 1997; Hamric, 1989), suivi de l'ICS en oncologie (Hamric, 1989, 2009).

Selon Sparacino (2009), l'ICS est une ressource importante lorsqu'elle agit en tant que consultante auprès des autres infirmières ou autres professionnels de la santé. En leur transmettant ses connaissances, elle les aide à mieux prendre soin de cas complexes et les amène à découvrir par eux-mêmes de nouvelles solutions. L'ICS a le pouvoir d'influencer et de provoquer des changements par ses rôles d'éducatrice, de leader, de mentor et de «coach». Elle a l'opportunité de jouer tour à tour ces rôles, de façon formelle ou informelle. Ainsi, elle présente un modèle de rôle aux infirmières lorsqu'elle démontre, dans la pratique, son intégration de la théorie et des résultats de recherche. Son niveau de formation et ses connaissances scientifiques lui permettent de mettre en lumière des problèmes de recherche et d'évaluer les objectifs de soins à travers les données probantes.

Son leadership clinique et professionnel lui confère la responsabilité d'entraîner l'innovation clinique et le changement dans les soins infirmiers. Elle favorise le développement des compétences des autres infirmières en partageant son expertise, ce qui renforce le pouvoir de leur position et accentue leur autonomie (Dunn, 1997). Sa détermination à collaborer est une autre des qualités de l'ICS, ce qui l'amène à responsabiliser (empowerment) les infirmières et à leur faire comprendre qu'elles constituent une partie essentielle de l'équipe soignante. Par sa position dans l'organisation, l'ICS a le pouvoir d'influencer l'allocation des ressources et l'accès aux soins; elle peut également se prononcer sur les dilemmes moraux et éthiques. Elle compte donc plusieurs

sphères d'influence : le patient, le personnel infirmier et l'organisation; parfois même, l'ensemble du réseau de santé s'ajoute (Sparacino, 2009; Darmody, 2005; Sechrist & Berlin, 1998). L'ICS compte parmi ses multiples activités : évaluation; planification et identification des résultats obtenus; aide aux infirmières dans l'identification des problématiques de santé, en vue de les améliorer; évaluation des coûts versus la qualité des soins (Sparacino, 2009).

Plusieurs auteurs affirment que si l'on veut clarifier le rôle de l'ICS des autres infirmières en PIA, il faut absolument décrire en quoi consistent les activités de celle-ci et quelles sont ses contributions en ce qui concerne les objectifs de soins et les coûts financiers de ceux-ci (Darmody, 2005; Scott, 1999; York Brown, Samuels, Finkler, Jacobsen, Armstrong Persely, Swank & Robbins, 1997; Davies & al., 1995; McFadden & al., 1994). On tente difficilement de prouver que la présence de l'ICS est rentable. Certains tentent d'établir un lien entre ce rôle et la diminution du temps d'hospitalisation. C'est pourquoi il est si important de clarifier ce rôle, de bien identifier ses mandats et ses objectifs. On doit se questionner sur ce qui différencie la consultation de l'ICS de celle de ses collègues en PIA. L'ICS demeure la plus qualifiée pour intégrer de nouvelles connaissances dans la pratique (Sparacino, 2009).

Bien qu'il soit difficile de prouver l'impact de l'ICS sur les objectifs de soins, certaines études ont réussi à le démontrer. En 1994, Naylor, Brooten, Jones, Lavizzo-Mourey, Mezey & Pauly ont effectué un essai randomisé qui avait pour but d'étudier les effets d'un programme spécifique de planification de congé, conçu pour les personnes âgées et qui serait mis en oeuvre par des infirmières cliniciennes spécialisées. La taille de l'échantillon était de 276 patients admis à l'Hôpital Universitaire de la Pensylvanie. L'échantillon avait été réparti en quatre groupes : le groupe contrôle qui était subdivisé en un groupe de patients ayant des diagnostics médicaux (n= 70) et un autre des diagnostics chirurgicaux (n= 66) et le groupe subissant l'intervention qui lui aussi avait été divisé en deux groupes, le premier groupe ayant des

diagnostics médicaux (n=72) et l'autre, des diagnostics chirurgicaux (n=68). Cette étude a démontrée que le développement d'un modèle de soins où l'ICS prodiguait des interventions spécifiques envers une population âgée, on réussissait à diminuer le temps de séjour et à accorder le congé de l'hôpital plus tôt. On a pu constater une meilleure coordination des services et une diminution du taux de réadmission. Afin de pouvoir généraliser les résultats de cette étude, d'autres recherches devraient-êtré effectuées dans différents types d'institutions, avec d'autres types de populations ayants des diagnostics plus variés. Les résultats de cette étude ne pouvaient être généralisés à l'époque, mais depuis, d'autres études ont rapporté des résultats similaires quant aux effets positifs des infirmières en PIA sur la gestion des soins (Tolley & Prévost, 1997), plus précisément ceux de l'ICS (Benedict, Robinson & Holder, 2006).

En 2003, l'étude qualitative de Jack, Oldham & Williams, qui avait pour but d'évaluer l'impact de l'ICS en soins palliatifs sur son équipe en milieu hospitalier, a révélé que cet impact se produit à trois niveaux : le soutien qu'elle apporte aux membres de l'équipe, incluant médecins et infirmières (n=31); les suggestions et les conseils qu'elle prodigue par rapport à une problématique telle que la douleur; le partage de ses connaissances. Ce dernier aspect semblait être majoritairement perçu comme le plus important pour le bon fonctionnement et l'évolution de l'équipe. Bien que peu d'informations aient été fournies sur la méthodologie et que l'on puisse questionner la généralisation des résultats de cette étude, il n'en demeure pas moins que l'important partage des connaissances soit ressorti comme primordial. Il fait non seulement partie d'un des rôles primaires de l'ICS, celui d'éducatrice, il est aussi un élément important du rôle de consultation. Ce point n'a toutefois pas été exposé dans cette étude

Si l'ICS veut pouvoir maintenir son statut et sa crédibilité, il faudra absolument que celle-ci trouve des indicateurs concrets qui puissent évaluer ses activités afin de démontrer son impact et sa rentabilité. Ces indicateurs

fourniraient aux gestionnaires des soins infirmiers des données qui leur permettraient de plaider leur importance auprès des dirigeants institutionnels.

L'étude randomisée de York & al., (1997) a démontré des résultats positifs, chez des femmes enceintes à risque d'hypertension élevée et de diabète incontrôlé qui avaient obtenu leur congé plus tôt. Celles-ci étaient suivies par une ICS. Les coûts associés à leurs soins étaient moins élevés que le groupe contrôle. Les participantes avaient eu moins d'admissions et avaient donné naissance à un nombre moins élevé de bébés de petits poids que l'autre groupe. Cette étude approfondie entre le groupe recevant l'intervention de l'ICS et le groupe de contrôle a démontré un impact positif sur ce type de population. Malgré ces résultats positifs, il est impossible de prédire si un même type d'intervention aurait le même résultat auprès d'une autre population de patients. Par contre cette étude, nous permet de voir qu'il est important de quantifier et de mesurer l'impact des activités entreprises par les ICS. Dans une autre étude, un groupe d'ICS a eu à développer et implanter une intervention visant à outiller les infirmières de leur établissement dans le soulagement de la douleur en incorporant des résultats probants (Barnason, Merboth, Ozehl & Tietjen, 1998). Cette étude est inestimable car elle témoigne de la position stratégique de l'ICS dans le développement et l'amélioration des standards cliniques ou dans l'élaboration des lignes directives en milieu clinique. Son expertise et ses compétences lui donnent la capacité d'implanter, d'évaluer et d'assurer la qualité des soins. Ces deux études démontrent le grand besoin qu'a l'ICS de prouver, par des mesures concrètes, son impact, son efficacité et sa rentabilité.

Une méta-analyse des écrits scientifiques, effectuée par Lloyd Jones et publiée en 2005, traitant du développement des rôles en PIA dans les hôpitaux de soins aigus, a révélé que plusieurs facteurs influencent le développement des champs de pratique et de leurs rôles primaires. Les facteurs qui exercent le plus d'influence en PIA sont : l'ambiguïté du rôle ainsi que les attitudes des autres professionnels de la santé. Ces facteurs peuvent par contre être réduits

lorsqu'on prend le temps de bien définir les champs de pratique de chacun et de bien les expliquer aux autres professionnels afin de réduire toute ambiguïté possible. Bien qu'il soit difficile de catégoriser des devis qualitatifs, l'auteur s'est servi de critères d'inclusion et d'exclusion afin de pouvoir identifier les articles qui discutaient des éléments qui pouvaient faciliter ou empêcher le développement de la PIA en milieu hospitalier (aigus). Mais seulement quatorze écrits ont été retenus pour cette analyse. Bien que plusieurs des écrits portent sur l'ICS, peu portaient effectivement sur les facteurs facilitant ou les barrières permettant le développement des champs de pratique en PIA. L'auteur signale, qu'il existe beaucoup plus d'ambiguïté dans la définition du rôle de l'ICS que pour tout autre rôle en PIA. Il est donc évident que cette étude ne permet pas de tirer des conclusions mais qu'il faudra faire d'autres études plus approfondies. Selon Scott (1999), il n'est pas étonnant que nous ayons de la difficulté à clarifier les activités de l'ICS surtout celles qui lui donnent une valeur économique, ce fait, lui cause préjudice. Le champ de pratique de l'ICS ainsi que ses rôles primaires (consultation et autres) doivent donc être plus structurés, mieux définis afin que l'on puisse les distinguer des autres infirmières en pratique avancée (Bamford & al., 2000).

En dépit du fait que l'ICS soit l'infirmière en PIA qui a le plus fait couler d'encre, il n'en demeure pas moins que son champ de pratique demeure ambigu. Pour certains, il est encore confondu avec celui de l'IP. Il demeure difficile de prouver sa rentabilité et son influence sur l'amélioration de la qualité des soins et des objectifs de santé. Il faudra développer des outils qui lui permettront de décrire concrètement ses activités et de les comptabiliser. Ces outils devront lui permettre de pouvoir démontrer la différence qui existe entre son rôle de consultation et celui des autres infirmières en PIA. Cette tâche ne sera pas facile puisque toute infirmière en PIA a comme modèle de consultation, celui de Caplan (1970).

4. RÔLE DE CONSULTATION DE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE

Dans cette partie, il sera question du rôle de consultation de l'ICS qui est basé sur la PIA. Ce rôle a été surtout développé par les ICS. Il n'est donc pas étonnant que la majorité des écrits sur ce sujet proviennent du champ de pratique de cette dernière et portent surtout sur les aspects théoriques de ce rôle. Cette section aura pour but de clarifier ce que l'on entend par « consultation » et de décrire les différents types de consultation selon le modèle de Barron & White (2009).

Caplan (1970) définit la consultation comme étant une interaction entre deux professionnels soit le consultant, qui est le spécialiste, et la personne qui consulte «consultee» au sujet d'une problématique qu'elle ne peut résoudre à partir de ses connaissances ou qu'elle juge relevant d'un autre champ d'expertise que le sien. Caplan ajoute que lorsqu'on parle de consultation en tant qu'interaction professionnelle, celui qui demande la consultation conserve la responsabilité professionnelle du patient. Il ajoute que le terme «consultation» est utilisé trop souvent et de façon libérale. Ce qui lui fait perdre son sens. Certains, selon cet auteur, y font allusion lorsqu'ils font référence aux activités professionnelles menées par des spécialistes, d'autres utilisent ce terme aussi pour décrire une activité professionnelle tenue entre deux personnes, relativement à une tierce personne.

Ce qui distingue le rôle de consultation de celui de la gestion de cas, c'est le degré de responsabilité assumé par l'ICS quant à la gestion directe de la problématique, cet élément faisant partie du champ d'expertise du consultant. La consultation est avant tout une interaction entre deux professionnels, dans laquelle tous reconnaissent le consultant comme étant l'expert. Il existe quatre types de consultation : celle qui est centrée sur les besoins du client/patient; celle qui est centrée sur les besoins de celui ou celle qui demande la consultation; celle qui est centrée sur un programme portant sur un aspect

administratif des soins cliniques; celle qui est centrée sur celui qui consulte lorsqu'il est en conflit avec les objectifs organisationnels (Barron, 1989; Barron & al., 1996; 2009).

Barron suggère une démarche où le consultant doit respecter le processus de consultation. Il doit d'abord évaluer la demande, déterminer s'il a l'expertise et les habiletés nécessaires pour traiter la demande et procéder à son intervention en ayant soin d'en estimer le résultat. L'objectif infirmier de la consultation est d'acquérir de nouvelles connaissances, de nouvelles habiletés afin d'améliorer et de faire avancer la pratique infirmière (Barron, 1989; Barron & al., 2009).

Le rôle de consultante constitue un élément important de la pratique infirmière avancée. Les écrits sur le sujet illustrent surtout le rôle de l'ICS puisque les autres rôles en PIA se sont surtout concentrés sur les soins cliniques directs. La consultation a été le plus développé par les ICS. Selon McFadden & al. (1994), l'ICS passe la majorité de son temps dans la pratique clinique (directe ou indirecte), suivi en second lieu par son rôle de consultation. La consultation demeure un des plus importants domaines de sa pratique, surtout en milieu hospitalier (Barron & al., 2009; Vanbree Sneed, 2001; Barron, 1989). L'ICS s'est distinguée en développant énormément la compétence de consultation; c'est ainsi qu'elle utilise le plus souvent son expertise clinique. Les patients et les infirmières bénéficient de ce partage la plupart du temps, mais il arrive que ce soit d'autres professionnels tels que les médecins qui la sollicitent pour son expertise. Le but de la consultation ainsi que ses objectifs sont toujours liés à une problématique de santé; elle porte aussi sur la qualité des soins ou sur le coût par rapport à l'efficacité (Barron & al., 2009).

5. MODÈLE CONCEPTUEL DE CONSULTATION EN PRATIQUE AVANCÉE DE BARRON & WHITE

Le modèle conceptuel qui sera à la base de cette étude sera celui de la consultation en pratique infirmière avancée de Barron (1989) qui, lui, s'inspire de la démarche en soins infirmiers et du modèle de consultation en santé mentale de Caplan (1970).

Ce modèle, qui a été raffiné en 1996 par Barron & White, est tout à fait approprié car il permet aux ICS de mettre en évidence les stratégies qui permettront au patient/famille de bénéficier de ses connaissances et de ses habiletés, issues de la pratique avancée. La consultation contribue à l'amélioration du système de santé et des objectifs de soins par la communication des connaissances existantes pour solutionner les problèmes cliniques ainsi que par son impact sur le développement professionnel continu de celui qui sollicite la demande de consultation (Barron & al., 1996, 2009). Nous avons choisi ce modèle car il est celui le plus utilisé en PIA.

En pratique avancée tout comme en santé mentale, il existe quatre types de consultation. Il y a tout d'abord la consultation qui est centrée sur les besoins du patient/famille. Ce type de consultation est le plus sollicité. Le but de cette consultation est d'assister celui qui en fait la demande et de développer un plan de soins ou de traitements pour un patient ayant un problème particulièrement difficile ou complexe. Le deuxième type de consultation est celui qui est centré sur les besoins de celui qui en fait la demande. L'objectif de ce type de consultation est d'assister le demandeur dans sa difficulté à gérer la situation. Elle a comme but d'aider le demandeur à acquérir les connaissances, les habiletés, la confiance et l'objectivité nécessaires qui l'amèneront à gérer le problème de façon efficace. Le troisième type de consultation est centré sur les besoins administratifs d'un programme : la planification et l'administration cliniques de programmes de santé. Le quatrième et dernier type, lui, correspond aux besoins de celui ou ceux qui en font la demande lorsque ceux-ci éprouvent

de la difficulté ou sont en conflit avec les objectifs de l'organisation (Barron, 1989; Barron & al., 1996, 2009).

Les sept principes à la base du modèle de consultation en pratique avancée infirmière proviennent aussi du modèle en santé mentale. Ils sont : la consultation est habituellement initiée par celui qui en sollicite la demande; la relation entre le consultant et celui qui en fait la demande est non hiérarchique, d'association et de collaboration; le consultant doit toujours considérer les facteurs contextuels lors d'une demande de consultation; le consultant ne détient aucun pouvoir sur la gestion des soins du patient; il n'a aucun pouvoir de prescription; il ne fait qu'émettre des recommandations; celui qui a sollicité la consultation a le droit d'accepter ou de refuser les recommandations faites par le consultant; la consultation doit être documentée (Barron & al., 2009).

Au centre du modèle de Barron & White (2009), on retrouve les buts et les objectifs de la consultation. À l'extérieur, se situe le champ écologique, défini comme étant le processus de consultation. Plusieurs étapes font partie de ce processus. Tout d'abord, le consultant évalue la demande de consultation; il procède par la suite à sa propre évaluation de la situation; ensuite, il détermine les habiletés et les connaissances nécessaires à la gestion du problème; il intervient, puis évalue les résultats. Le champ écologique est constitué par le contexte et les circonstances dans lesquels la consultation est sollicitée. Ce champ doit donc être bien compris afin que la consultation puisse s'avérer efficace. D'autres éléments se retrouvent dans le champ écologique tels que les caractéristiques du consultant, celles de celui qui en fait la demande et celles du client/patient (et sa famille), plus les facteurs contextuels, tels qu'illustrés dans la figure 1 (p. 30).

La plupart des écrits trouvés dans la littérature sur le rôle de consultation de l'ICS portent surtout sur la description théorique de la

consultation selon le modèle de Caplan (Barron & al., 1996, 2009; Manley, 1997; Barron, 1989; Beare, 1988; Rogers & al., 1987).

L'étude de Gordon, Pellino, Enloe & Foley (2000) portant sur le développement d'un service de consultation sur la gestion de la douleur géré par des infirmières en PIA dont des ICS, avait démontré que la position de leadership dans lequel elles se retrouvaient, leur permettait de subvenir aux besoins de l'organisation et des prestataires de services. De plus, les infirmières en général, jouent un rôle primordial dans le développement et l'implantation de services qui ont pour but de gérer la douleur. Parmi les activités effectuées par ce service, il y a eu l'élaboration et le développement d'un plan permettant d'évaluer les besoins des professionnels, des patients, des standards de pratique pour le soulagement de la douleur et l'évaluation continue de l'évolution du soulagement de la douleur chez les patients. L'emphase de ce projet avait pour but d'assister le personnel dans la solution de problèmes et le développement de leurs habiletés. Il est important de mentionner que cette étude avait été réalisée dans le cadre d'activités visant l'amélioration de la qualité et des standard de pratique. On a pu constater des changements positifs auprès du personnel quant aux perceptions qu'il avait au sujet du soulagement de la douleur. Le personnel qui auparavant avait de la difficulté à administrer les analgésiques par crainte d'accoutumance, consultait de façon plus fréquente l'ICS spécialisée dans le soulagement de la douleur afin de mieux répondre aux besoins de leurs patients. Cette étude nous démontre que par le biais de la consultation et de leurs compétences, les infirmières cliniciennes spécialisées qui oeuvrent dans la gestion de la douleur, ont eu une influence sur la pratique clinique de leurs collègues, la qualité de soins des patients et les objectifs institutionnels. Tout ceci fait partie de la vision de la PIA, du champ de pratique de l'ICS et de son rôle en consultation.

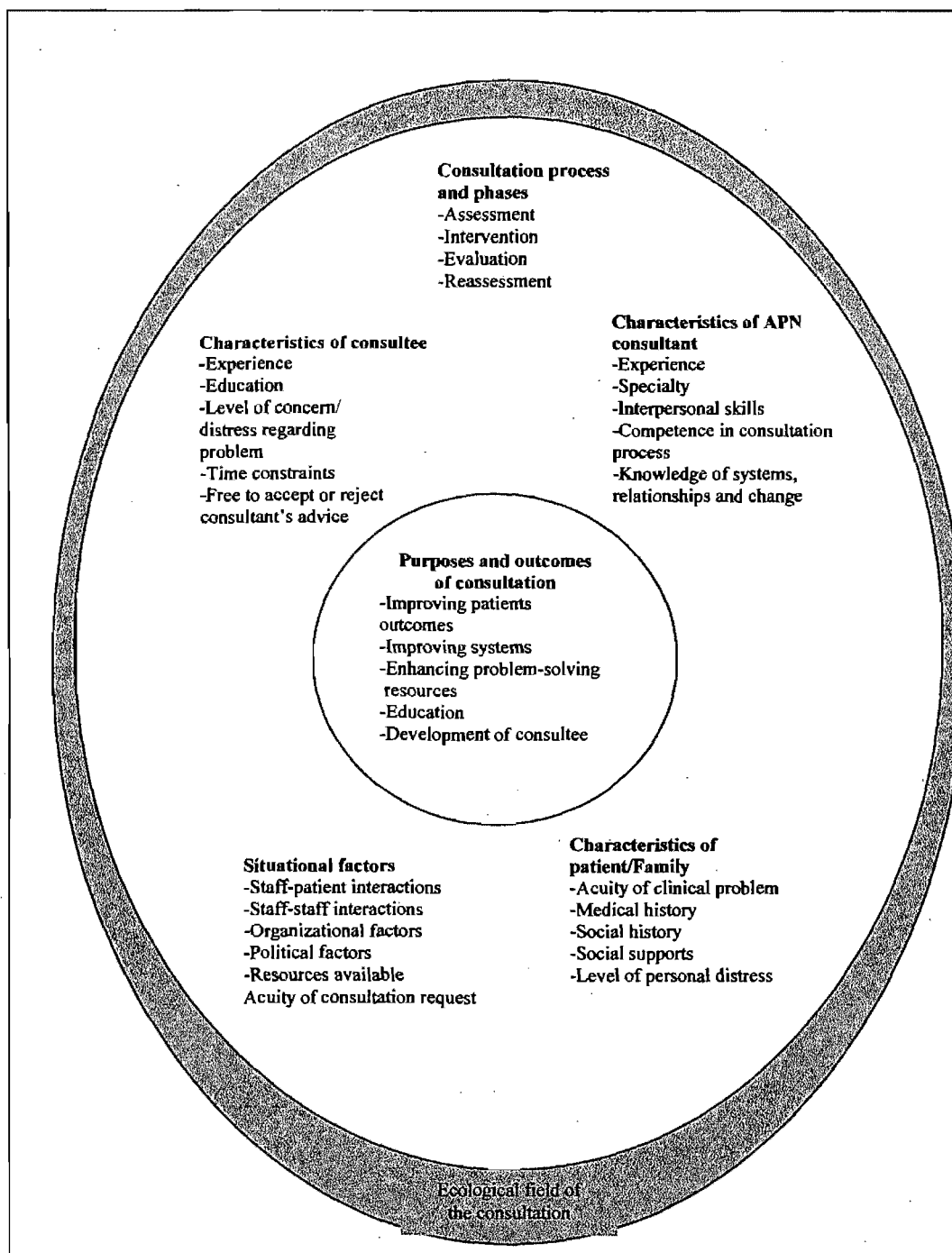


Figure 1. Modèle de consultation en pratique infirmière avancée de Barron & White. Adaptation tiré de : Barron, A.M., White, P.A. (2009). Consultation. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson, *Advanced practice nursing : an integrative approach*. Philadelphia : W.B. Saunders ed. p197.

La plupart des écrits qui se rapportent au rôle de consultation de l'ICS ou en PIA, définissent très rarement en quoi consiste le rôle de consultation (et

son processus) dont il est question. Certains s'appuient sur le modèle théorique de Barron & White (1996, 2009) lors de leur discours portant sur les rôles de consultation en PIA. Il est important que l'ICS s'attarde à décrire en quoi consiste son rôle de consultation, le processus, les résultats obtenus afin de le démystifier et de voir si celui-ci a évolué au fil des années.

6. RÉSUMÉ

Les quelques principes de la théorie du rôle vus plutôt, ont permis de comprendre qu'un rôle passe habituellement par un processus de socialisation. L'ICS subit ce processus de socialisation tout d'abord pendant sa formation, ensuite dans son domaine de pratique qui est la PIA et finalement dans son champ de spécialisation mais d'autres éléments exercent une influence sur celle-ci. Il y a tout d'abord le fait que par son expertise, sa capacité de répondre rapidement au changement, elle soit vue comme la meilleure candidate non seulement pour solutionner les problèmes complexes mais pour répondre aux changements soudains de notre société, de notre système de santé. Ceci fait en sorte que ses priorités sont constamment révisées et que ses rôles et ses activités sont constamment eux aussi remis en question, se transformant ainsi selon la priorité du moment. Il est donc important de saisir l'opportunité afin de clarifier les activités de l'ICS et surtout son rôle de consultation qui est celui qui la distingue des autres infirmières en PIA. En effectuant cette recherche nous pourront voir si ce rôle subit aussi des transformations, s'il est toujours cohérent avec le modèle de consultation de Barron & White (2009).

CHAPITRE III
MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre aborde les éléments suivants de la méthode de recherche utilisée : le devis de recherche, le milieu, l'échantillon, le déroulement de l'étude, la collecte des données, l'analyse des données, les considérations éthiques et les critères de scientificité.

1. DEVIS DE RECHERCHE

Le devis utilisé pour ce travail fut la recherche qualitative de type descriptive interprétative, fondée sur la perspective naturaliste. Cette approche a pour but de comprendre un phénomène et de le décrire selon la perspective et le sens que leur donnent les principaux acteurs intéressés et ceci, dans leur milieu naturel (Loiselle, Profetto-McGrath, Pollit, & Beck, 2004a; Macnee, 2004; Gillis & Jackson, 2002; Burns & Grove, 2001; Creswell, 1998). Cette méthode nous a permis d'étudier une situation sociale circonscrite et d'explorer certaines questions que peut difficilement aborder le chercheur en utilisant une méthode quantitative (Duquette & Gratton, 2003; Burns & Grove, 2001). En recherche qualitative, on utilise différents types de données empiriques telles que l'étude de cas, l'expérience personnelle, l'introspection, l'histoire de vie, l'observation, l'interaction et l'entrevue (Creswell, 1998). Les données de notre étude étaient basées sur l'expérience des ICS œuvrant auprès de la clientèle adulte en milieu hospitalier. Dans cette étude, l'analyse des données a été effectuée tout au long de la cueillette des données (Burns & Grove, 2001). Le devis qualitatif nous a permis une certaine flexibilité ainsi qu'une capacité d'adaptation à ce qui était découvert sur le terrain au cours de la cueillette de données (Loiselle & al., 2004a).

Le devis qualitatif était tout à fait justifié. Il a permis à l'étudiante chercheuse d'étudier le rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée auprès de la clientèle adulte en milieu hospitalier, selon la perspective et la signification que chacune des participantes attribuaient à leur expérience puisqu'elles tenaient elles-mêmes, dans ce cas-ci, le rôle

d'infirmière clinicienne spécialisée. L'étudiante chercheuse a donc accordé autant d'importance à la démarche qu'aux résultats obtenus (Creswell, 1998).

2. MILIEU

Le milieu choisi pour cette recherche fut un centre hospitalier universitaire situé dans une région métropolitaine; environ une cinquantaine d'infirmières cliniciennes spécialisées faisaient partie de son personnel infirmier. Nous avons sollicité la participation des ICS qui suivaient une population adulte en milieu hospitalier afin de participer à cette étude.

3. ÉCHANTILLON

Dans cette étude, il s'agissait d'un échantillon à choix raisonné, ce qui exige que les éléments de la population soient choisis à cause de la correspondance de leurs caractéristiques avec les buts de la recherche. Les critères d'inclusion ont donc été établis selon un choix conscient et raisonné de la part de l'étudiante chercheuse (Macnee, 2004; Burns & Grove, 2001). Selon Gillis & Jackson (2002), ce type d'échantillonnage nécessite un engagement à entendre en entrevue des participants qui possèdent l'expertise liée au phénomène étudié, afin de pouvoir obtenir le plus d'information sur le sujet à l'étude (Burns & Grove, 2001). Parmi les critères d'inclusion, il était essentiel que les participantes possèdent au moins cinq années d'expérience en tant qu'infirmière clinicienne spécialisée; de plus, elles devaient détenir une maîtrise en sciences infirmières comme formation de base, ce qui constitue un critère impératif pour maîtriser les connaissances associées à ce rôle, si l'on se fie aux ouvrages publiés sur le thème (AIIC, 2005). Le fait d'accepter de participer sur une base volontaire constituait un autre critère d'inclusion. L'ICS devait, en plus, effectuer un suivi auprès d'une population adulte en milieu hospitalier. Le fait que les participantes provenaient de spécialisations différentes était perçu comme un critère enrichissant pour la collecte de données.

Pour cette étude, nous avons évalué que 8 participant(e)s permettraient d'atteindre une certaine saturation des données (Bernier & Perrault, 1987). Dans des recherches de type qualitatif, dont le but est la découverte de nouvelles connaissances dans un domaine, de petits échantillonnages sont suffisants pour obtenir de l'information sur le phénomène à l'étude (Miles & Huberman, 2003). La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction des objectifs de recherche (Loiselle & al., 2004b; De Grasse & Nicklin., 2001). Dans cette étude, les participantes jouent un rôle actif plutôt que passif, on les nomme informatrices clés car elles fournissent de l'information pertinente et intuitive au chercheur, du fait qu'elles connaissent bien le phénomène à l'étude (Loiselle & al., 2004b; Gillis & Jackson, 2002).

3.1 Sélection des participantes

La sélection des participantes fut effectuée en trois étapes :

- a) L'infirmière consultante en pratiques cliniques, choisie pour tenir le rôle de facilitatrice sur le terrain, avait d'abord identifié les ICS œuvrant dans l'institution qui détenaient les critères d'inclusion;
- b) Par la suite, une lettre fut envoyée aux ICS détenant les critères nécessaires. Cette lettre expliquait le projet de recherche, ses buts et ses objectifs de même que les critères d'inclusion (Voir annexe 1);
- c) Les huit premières participantes qui possédaient les critères requis et qui ont exprimé la volonté de participer au projet de recherche ont formé l'échantillon. Nous avons ensuite communiqué avec ces dernières afin de répondre à leurs questions, clarifier qu'il s'agissait bien d'une participation volontaire et déterminer le lieu et la date de l'entrevue.

3.2 Profil des participantes

Les entrevues ont été réalisées auprès de huit infirmières cliniciennes spécialisées possédant leur diplôme de maîtrise. Trois d'entre elles avaient

obtenu un certificat de spécialisation dans leur champ de pratique. Il faut préciser qu'au Québec le certificat de spécialisation n'est pas obligatoire pour travailler en PIA mais dans d'autres provinces, aux États-Unis et ailleurs ceci est requis. Une des participantes, en plus d'être ICS, était coordonnatrice de programme. Chacune d'entre elles a d'abord rempli un questionnaire qui avait pour but de tracer leur profil sociodémographique. Les résultats représentent la synthèse de ces données (Voir tableau 1, p.118). La majorité des ICS interviewées se situait dans le groupe d'âge des 41 - 49 ans et la plupart d'entre elles occupaient un poste à temps plein. Les participantes détenaient une moyenne de 24,2 années d'expérience en soins infirmiers ainsi qu'une moyenne de 7,8 années d'expérience en tant qu'infirmière clinicienne spécialisée. Le pourcentage général de temps passé en consultation a été situé entre 20 % et 75 %, mais la moitié d'entre elles passaient de 26 à 50 % de leur temps dans le rôle de consultation. On peut remarquer, à partir du tableau 2 à la page p.120, qu'il n'y a pas de surreprésentation d'ICS appartenant à une même mission.

4. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Dans cette partie, nous décrirons comment s'est déroulée l'étude. Sept phases l'ont composée :

- a) Une fois que l'étudiante chercheuse et sa directrice ont élaboré les questions de recherche; après avoir établi ensemble le projet et identifié le site où il aurait lieu; une lettre fut envoyée à la directrice associée en soins infirmiers responsable du développement professionnel et académique pour lui demander si le projet pouvait se dérouler dans cette institution (Voir annexe 2);
- b) Une fois le projet accepté par la directrice associée, l'infirmière consultante en pratiques cliniques de l'institution fut choisie pour être facilitatrice du projet sur le terrain. Sa connaissance du rôle d'infirmière clinicienne spécialisée, sa propre expérience dans ce domaine, sa

connaissance du milieu et de la recherche qualitative justifiaient ce choix. De plus, l'établissement où avait lieu l'étude exigeait qu'un membre du milieu fasse partie du groupe de recherche;

c) L'étudiante chercheuse soumit alors son projet au comité d'éthique de la recherche de l'université et de l'institution où il devait se réaliser (Voir Annexe 3 & 4);

d) Le choix raisonné de l'échantillon fut effectué au cours de cette étape;

e) La collecte de données constitua l'étape suivante. Elle sera explicitée plus loin dans le texte;

f) On procéda ensuite à l'analyse des données;

g) S'ensuivit finalement la discussion des résultats qui émergeaient de l'analyse des données, par rapport au modèle de Barron & White, à la littérature et à l'état actuel des connaissances.

5. COLLECTE DES DONNÉES

La procédure de collecte de données a été effectuée à partir d'entrevues semi-dirigées d'une durée approximative de 60 à 90 minutes et comportant des questions ouvertes. Les participantes devaient également remplir un bref questionnaire portant sur des données socio-démographiques telles que leur âge, leur niveau de scolarité et le nombre d'années d'expérience qu'elles avaient à leur acquis (Voir annexe 5 et 6). Les missions (médecine, chirurgie, oncologie et autres) auxquels appartenaient les infirmières cliniciennes spécialisées de l'institution seraient illustrés à l'aide d'un tableau afin de ne pas compromettre leur anonymat, illustré dans le tableau 2, à la page 120.

Les entrevues ont été enregistrées sur bandes magnétoscopiques. Cette technique permet d'étudier et de comprendre le phénomène à l'étude pour pouvoir le décrire tel que perçu et vécu par les participants d'une recherche. La dynamique de coconstruction de sens qui s'établit entre le chercheur et les participants lors d'une entrevue semi-dirigée maximise la compréhension du phénomène à l'étude tel que perçu par le participant (Savoie-Zajc, 1997). Miles et Huberman. (2003) ajoutent que l'entrevue est un acte de coopération par deux parties et non un recueil d'information.

Un canevas d'entretien basé sur le modèle de Barron & White, a permis de clarifier la question de recherche et d'identifier les thèmes qu'il fallait explorer; il a servi, en outre, d'aide-mémoire pour les sujets que l'étudiante chercheuse avait à aborder (Voir annexe 7 et 8). Un journal de bord fut utilisé pour documenter le processus encouru tout au long du projet, afin de rendre compte de l'évolution de la recherche (Gendron, 2004).

6. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données fut effectuée à partir du modèle de Barron & White qui est à la base du rôle de consultation de l'ICS. Deux types de données ont été recueillis au cours de cette étude. Tout d'abord, les données démographiques qui ont fourni de l'information sur les participants (soit l'échantillon). Ces données ont été présentées sous forme de tableau. Deuxièmement, les données qualitatives recueillies au cours des entrevues semi-dirigées ont été analysées et interprétées selon la méthode de Miles et Huberman (2003) qui est illustrée à la page 40 (figure 2). Cette méthode comprend trois étapes : la condensation des données; la présentation des données; l'élaboration/vérification des données (Miles & Huberman., 2003; Burns & Grove, 2001; Huberman & Miles, 1994).

Première étape de l'analyse : la condensation des données ou transformation des données. Celle-ci renvoyait à l'ensemble des processus de sélection, de centration, de simplification, d'abstraction et de transformation

des données brutes que l'étudiante chercheuse avait recueillies; elle référerait aussi aux notes de terrain. Cette phase du travail incluait la production de résumés, des opérations de codage, repérage de thèmes, regroupements, divisions ainsi que la rédaction de mémos. Cette phase avait débuté avant même la cueillette des données; elle s'est opérée tout au long du processus de recherche, même au moment où l'étudiante chercheuse a identifié son cadre conceptuel, sa question de recherche. Au cours de cette étape, le chercheur fait des choix, ce qui peut être considéré comme étant déjà une forme d'analyse.

Deuxième étape : la présentation des données. Au cours de cette phase, on a procédé à un assemblage organisé de l'information, ce qui permet de tirer des conclusions, de comprendre le phénomène ou encore, parfois, de passer à une nouvelle analyse.

L'élaboration et la vérification des conclusions faisaient partie de la troisième étape de l'analyse. Les conclusions n'ont pas été vérifiées seulement en fin de processus analytique; elles l'ont été tout au long du processus d'analyse. Cette vérification pouvait s'avérer succincte ou très détaillée et rigoureuse, selon les méthodes choisies par l'étudiante chercheuse pour démontrer la validité des résultats obtenus (Miles & Huberman., 2003).

Ces trois étapes pouvaient être effectuées en parallèle ou se chevauchant, avant, pendant et après la collecte de données. Elles pouvaient aussi former un processus cyclique et interactif. Selon Miles & Huberman,(2003) et Huberman & Miles. (1994), l'analyse des données est un processus continu et itératif.

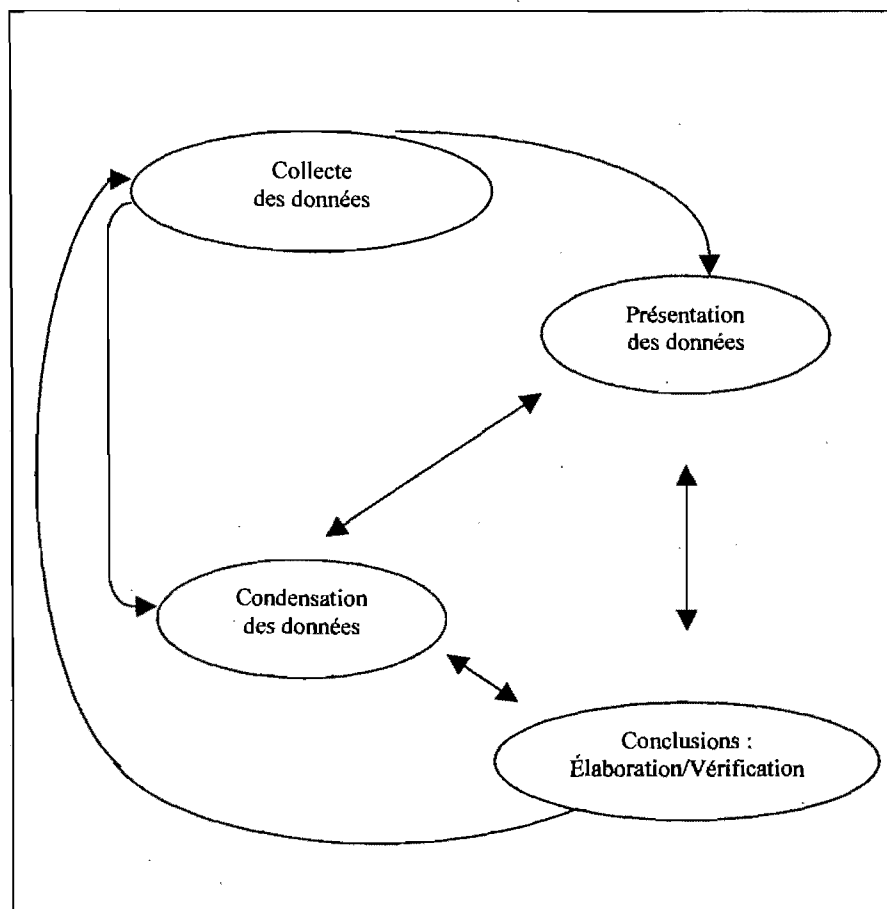


Figure 2. Modèle d'analyse qualitative de Miles et Huberman.

Tiré de: Miles M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyses des données qualitatives*.

De Boeck: Bruxelles. p 31.

7. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les participantes ont signé un formulaire de consentement à l'entrevue et à son enregistrement (Voir annexe 9 & 10). Ce formulaire indiquait qu'il s'agissait d'un projet de recherche et en précisait les détails. En apposant sa signature au formulaire, la participante manifestait son consentement libre et éclairé (Doucet, 2002). En outre, les participantes indiquaient, dans le consentement, si elles acceptaient d'être contactées à une date ultérieure afin de valider si l'interprétation, le sens donné au verbatim correspondait bien à leur expérience.

Afin de garantir l'anonymat et la confidentialité, les entrevues enregistrées sur cassette audio, ainsi que leurs transcriptions, ont été identifiées par un code ne permettant pas de connaître l'identité de la participante. Seulement l'étudiante, sa directrice ainsi que sa co-directrice de thèse avaient accès à ce matériel. La co-directrice apparaissait sur les formulaires de consentement comme investigatrice principale de la recherche, ceci étant exigé par l'institution où avait lieu l'étude (CUSM). Tout le matériel serait gardé sous clef dans le bureau de la co-directrice. L'étude terminée, les cassettes audio et leur transcription seraient gardées dans un classeur sous clé, pendant cinq ans. Après cette période, le matériel serait détruit.

8. CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ

Les critères de scientificité utilisés pour cette recherche sont : l'authenticité, la crédibilité, la fiabilité. L'authenticité implique que les résultats obtenus doivent bien correspondre à la signification et/ou à l'expérience telle qu'elle est décrite par les participants (Gendron, 2004; Macnee, 2004; Miles & Huberman, 2003; Carnevale, 2002; Laperrière, 1997). Pour s'assurer de l'authenticité des résultats obtenus, l'étudiante chercheuse a validé ses interprétations et ses résultats auprès de deux des ICS interviewées, ce qui a permis en même temps de valider auprès d'elles si le contenu des thèmes émergents reflétait bien leur vécu et leur expérience.

Ces deux ICS avaient été sélectionnées pour la richesse de leurs entrevues; elles devaient également figurer au nombre de celles qui avaient consenti à ce qu'on les contacte ultérieurement, en tant qu'informatrice clé.

Afin d'établir plus rigoureusement sa crédibilité, l'étudiante chercheuse s'est assurée auprès de sa directrice et de sa co-directrice

(experte dans le rôle d'ICS) que la transcription du verbatim des participantes reflétait bien le contenu des entrevues. De plus, pour s'assurer que son processus d'interprétation ainsi que l'interprétation qu'elle en faisait correspondaient bien à l'expérience vécue par les ICS interviewées, l'étudiante chercheuse, sa directrice et sa co-directrice, ont procédé au codage de deux des entrevues (les mêmes entrevues). Il était ainsi possible de vérifier si l'analyse de l'étudiante était semblable à celles de ses directrices de recherche. L'étudiante chercheuse a également vérifié la crédibilité de ses résultats auprès d'une ICS considérée comme experte dans le phénomène étudié. Cette ICS avait nécessairement plus de dix ans d'expérience dans le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée et connaissait en profondeur le rôle de consultation dans ce domaine (Macnee, 2004). L'imputabilité procédurale (fiabilité) fut assurée quant à elle par la consignation, dans un journal de bord (audit trail), de la description détaillée du projet de recherche ainsi que de son contexte de déroulement. D'autre part, la prise de notes effectuée durant les entrevues permettrait à des vérificateurs externes de comprendre le processus adopté ainsi que les prises de décisions (Gendron, 2004; Macnee, 2004; Carnevale, 2002; Laperrière, 1997).

L'étudiante chercheuse a accordé autant d'importance à la démarche qu'aux résultats obtenus (Creswell, 1998). Les résultats ont été explicités, et les faiblesses et biais potentiels ont été identifiés quant à la taille de l'échantillon, le taux de participation et la démarche de la collecte des données lors des entrevues.

9. RÉSUMÉ

En résumé, le devis qualitatif qui fut choisi a permis de décrire le rôle de consultation de l'ICS auprès de la clientèle adulte en milieu hospitalier universitaire selon leur propre expérience. L'échantillon à

choix raisonné était tout à fait indiqué car il a permis de sélectionner des participantes qui maîtrisaient bien ce rôle. Après avoir obtenu l'approbation des comités d'éthique de l'université ainsi que de l'institution où eut lieu la recherche, l'étudiante chercheuse est allée sur le terrain effectuer les entrevues. Les données furent analysées selon la méthode de Miles et Huberman (2003) : analyse et organisation des données en unités significatives. Il fut alors possible d'obtenir des sous-thèmes qui pouvaient mieux expliquer les thèmes généraux. Les démarches entreprises par l'étudiante chercheuse afin de valider l'authenticité, la crédibilité et la fiabilité des résultats ont été décrites dans ce texte.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Le présent chapitre est consacré aux résultats de l'analyse effectuée dans le but de clarifier et décrire le rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée à partir de l'expérience des participantes. Par la suite, on abordera les résultats de l'analyse thématique, divisés en thèmes et sous-thèmes correspondants aux questions de recherche. Les thèmes principaux sont : la conceptualisation du rôle de consultation selon les participantes; les buts de la consultation, les types de consultation; les indicateurs de résultats de consultation; le processus de consultation; les différents facteurs contextuels qui influencent la consultation; deux défis auxquels ont fait face les participantes ainsi que les stratégies qu'elles ont adoptées pour les surmonter. Ces thèmes et ces sous-thèmes ont été élaborés à partir des extraits du verbatim¹ des entrevues réalisées auprès des participantes.

1. CONSULTATION : DÉFINITION, BUTS ET CONCEPTUALISATION

1.1 Consultation : définition selon les participantes

En tout premier lieu, il est important de clarifier comment les ICS participant à ce projet décrivent la consultation. Pour elles, la consultation est un partage de connaissances, de recommandations basées sur leurs expertises; elle a pour but de permettre à la personne qui les sollicite de pouvoir planifier ou donner les meilleurs soins possibles aux patients. Voici leur définition de la consultation :

« When someone calls me about a patient... You try to get them to think more broadly about the situation which I think is definitely the role of the consultant, it's to get them to see it through a different set of lenses. » (JECMHD 01; 281)²

¹ Afin de ne pas perdre le sens donné par les participantes à leur expérience, les extraits de verbatim des entrevues en anglais ont été conservés tels quels; ils n'ont, donc, pas été traduits.

² Identification des citations provenant des participantes : JECMHD identifie le projet de recherche, ceci est une exigence de l'institution où a eu lieu la recherche; les deux chiffres suivants constituent le code attribué à chaque participante. Seule l'étudiante chercheuse connaît l'identité de la participante, afin de respecter les règles de recherche sur l'anonymat et la confidentialité. Les trois derniers chiffres nous ramènent à la ligne du texte de la transcription de l'entrevue d'où la citation a été extraite.

« ...C'est un échange de connaissances... la plus grosse partie de ma consultation, c'est quand les infirmières me demandent : « Peux-tu venir nous parler de tel sujet, parce que nous avons telle problématique? » Même s'il y a une partie qui est de la formation, pour moi, ça c'est de la consultation! » (JECMHD 02: 174).

La description du rôle de consultation perçu par les ICS repose sur les besoins du consultee et de ce dont il a besoin pour pouvoir prendre soin du patient et de sa famille. Cette définition est très importante car elle est le fondement même de leur perception.

1.2 Buts de la consultation

L'analyse des résultats nous a permis de réaliser que la majorité des participantes se considéraient experte en tant qu'ICS dans leur domaine de pratique et que leur but principal était d'améliorer la qualité des soins administrés aux patients; elles y parviennent en partageant leurs connaissances avec les autres professionnels, les rendant du même coup experts eux aussi.

1.2.1 Partage des connaissances

Dans cette étude, le partage des connaissances est perçu comme étant la transmission d'informations et d'expertises dans un champ spécialisé. Cependant, les connaissances partagées peuvent aussi être d'ordre plus général, pas nécessairement propre à une spécialité telle que la fin de vie, les conflits interpersonnels ou autres.

Toutes les participantes étaient d'accord pour dire que la majeure partie du temps passé en consultation s'écoulait à partager leurs connaissances avec le consultee ou toute autre personne ayant exprimé le besoin de discuter d'un aspect des soins prodigués au patient. Ce n'est pas toujours par manque de connaissances ou par besoin de recommandations que se font ces demandes; le seul besoin de validation, soit personnel, soit professionnel suffit. Les citations suivantes illustrent ce fait :

« Le partage des connaissances, je pense qu'il est énorme. Je pense que les gens viennent nous voir parce qu'en principe ils assument que nous avons développé une expertise avec ce genre de population... c'est l'expertise que tu développes comme clinicienne qui fait que ton rôle de consultante est meilleur! » (JECMHD 03; 464)

« ... il y a eu dernièrement beaucoup de décès de jeunes personnes et ça a amené de la détresse. Il y avait de la détresse au niveau des patients, des familles et de la détresse au niveau des équipes... » (JECMHD 02; 35)

Dans certains cas, l'ICS n'est pas seulement consultée dans le but de partager son expertise, mais aussi afin qu'elle intervienne directement auprès du patient et de sa famille :

« I would get consulted when there's a nursing issue, a family issue or there's some bridging that needs to be done between patients and staff. They would ask me to get involved. There is also some direct intervention which is working with the patients themselves... Planning for their care depending on their pathology. »
(JECMHD 04: 42)

L'ICS est reconnue pour son expertise. En partageant ses connaissances continuellement mises à jour, elle s'assure que la qualité des soins continue de s'améliorer. Elle a ainsi l'occasion d'évaluer les connaissances déjà acquises par les personnes qui la consultent, de pousser davantage leur questionnement, de leur faire voir les choses sous un autre angle et les rendre, à leur tour, plus experts.

« I have always believed that part of my consultation role is to make other people better!... Because if everybody is better then the patient is getting better care, and is getting care at a more expert level... »
(JECMHD 05; 669)

« ... staff come to me about doing a project in the unit. I work with them. I give them some guidance. I give them some resources... I get consulted by the other multidisciplinary members who come to talk to me about various patients that they are dealing with or that they have issues or concerns... » (JECMHD 01; 229)

« I look to get them to reflect and to be part of solving problems. It's better to work in a way where we share the problem for a while and try to see if we could frame the problem differently because that changes the approach... we come up with a plan so people can see that it creates a continuity of approach which then changes the whole dynamic with the patient and the family. » (JECMHD 01; 300)

1.2.2 Amélioration de la qualité des soins

La majorité des ICS interviewées font partie du comité d'amélioration de la qualité de leur département. Elles croient que leur travail, leur engagement dans le développement des programmes ainsi que leurs recommandations faites par le biais de la consultation favorisent l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients.

« I came in as a CNS to create a program for inpatients and outpatients... we've been able to work on it and it has evolved. » (JECMHD 08; 16)

«...We were able to do a quality assurance satisfaction survey looking at accessibility, wait times, patient satisfaction in the time frame that they are in the ambulatory setting and from an inpatient program we have our yearly prevalence survey which provide us with our quality clinical indicators for our balance score card... We are implementing our Best Practice Guidelines... [they are mostly spearheaded by CNS] » (JECMHD 06; 150)

Une des ICS a remarqué, à travers son rôle de consultation, un manque de connaissances par rapport à différents domaines. Elle a donc développé une formation spéciale destinée aux infirmières afin de les rendre plus expertes. Elle leur a ainsi donné du pouvoir pour mieux faire valoir les besoins et la qualité de vie de leurs patients.

L'amélioration de la qualité des soins a un impact direct et positif sur la qualité de vie des patients :

« Dans mon rôle de consultante... je me suis assurée que la personne a eu les bons services pour qu'elle ait une meilleure qualité de vie... » (JECMHD 03; 441)

Les buts principaux de la consultation, identifiés à partir des résultats sont : le partage des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. Il n'en demeure pas moins que l'ICS saisit toutes les occasions qui se présentent à elle pour apporter changements ou amélioration. Par exemple, lorsqu'elle donne du pouvoir aux professionnels qui la consultent, ceux-ci deviennent à leur tour plus habiles à gérer des situations de plus en plus complexes et à donner de meilleurs soins.

1.3 Conceptualisation du rôle de consultation

Dans cette section, les résultats ont servi à décrire comment les ICS conceptualisent leur rôle de consultation, à partir de leur propre expérience. Trois concepts ou activités ont été identifiés : la gestion des situations de crise; la continuité des soins des patients; le soutien et le développement de sa propre équipe.

Il est intéressant de mentionner qu'une des ICS interviewées s'est distinguée des autres par le fait qu'elle considérait que la consultation ne faisait pas partie de sa pratique clinique. Ses activités se limitent aux patients de son unité. Selon elle, la consultation constitue uniquement le suivi des patients se trouvant dans les autres unités que la sienne et qui ont une comorbidité reliée à sa spécialité. Elle doit, en tant que consultante, s'assurer que tous les patients reçoivent les mêmes soins et aient droit aux mêmes programmes que ceux hospitalisés dans son unité. Le fait qu'elle soit également coordonnatrice de programme influence aussi considérablement son rôle d'ICS. Elle était la seule participante à détenir un poste chapeautant ces deux rôles à temps partiel. L'entrevue l'a amenée à se questionner sur cette particularité, qui l'amène probablement à voir son rôle de consultation différemment que ses autres collègues.

1.3.1 Gestion des situations de crise

Les ICS ont identifié que la consultation les amène à passer une partie de leur temps à gérer des situations de crise et à assurer la communication entre divers services. Elles ont identifié trois types de situations de crise : situations en fin de vie; conflits entre professionnels de la santé; conflits avec les membres de la famille du patient.

Selon certaines ICS, les circonstances traversées en fin de vie se retrouvent parmi les raisons importantes pour lesquelles elles sont consultées. Des participantes expliquent comment le contexte de la mort ainsi que les valeurs culturelles sont des éléments qui compliquent les soins du patient et la relation avec la famille, ce qui devient un motif raisonnable pour justifier une demande de consultation :

« Particularly at end of life situations...The nurses think that the doctors should stop long before the doctors think that they should stop. So there's a lot of communication strain, so part of my job is to get the two sides talking! » (JECMHD 01; 457)

« ...actively treating family, struggling with levels of care, incorporating what that means. Elevating or actualizing family goals about comfort and perceptions of quality of life. When it becomes an end of life issue and then looking at how does one move a family or all the team members... » (JECMHD 06; 547)

Presque toutes les participantes ont déclaré avoir déjà été sollicitées en consultation pour des questions relatives à la famille des patients plutôt qu'aux patients eux-mêmes. L'hospitalisation d'un être cher constitue souvent un événement traumatique qui rend très tendues les relations avec les différents professionnels de la santé.

« We have had several instances of very difficult nurse/family interactions in the unit. Families screaming at nurses, nurses screaming at families... I have to stop the yelling » (JECMHD 01; 287)

« ...it's more working with the family to accept and to try to find solutions with them... Because some of the issues were very traumatic

and problematic for the families ...we had a family meeting...»
(JECMHD 08; 559)

La citation suivante résume bien comment se déroule fréquemment un épisode de soins pour le patient, sa famille et le personnel; elle en révèle également la complexité :

« I deal with families who are dealing with end of life decision-making or end of life situations...with families of patients who are critically ill and things change from moment to moment... with families of patients who have been in the unit for a long time and who's cases are very complex, where they have a lot of ups and downs... a whole different situation from immediate end of life critical issues, it's sort of the chronic critical illness and helping families, helping staff to deal with that... » (JECMHD 01; 223)

Une autre forme d'expertise détenue par les ICS est en lien avec leur savoir-faire et les habiletés qu'elles développent à reconnaître les situations complexes ou conflictuelles pouvant se détériorer et engendrer des situations de crise, soit pour le personnel, soit pour la famille. Cette aptitude leur permet de prévoir le moment où leurs services deviennent nécessaires.

« I know in terms of transferring difficult patients, which are usually not the patients but the family complexities, I have taken up a style of having pre-meetings... And sometimes, it is preparing the units before the patient actually comes. » (JECMHD 07; 337)

« ...I am always checking in so that you know when things are going well and you know when things are not so well... So you can't just drop it when you've started it. You can't drop the ball, you have to keep running with the ball but you don't necessarily see that family every day. » (JECMHD 01; 360)

La complexité médicale et psychosociale de bon nombre de situations, ainsi que la dynamique déclenchée entre les intervenants de la santé et les proches du patient ont pour effet que les situations sont perçues comme des situations de crise et que l'ICS est perçue comme consultante experte dans la gestion de ces situations de crise.

1.3.2 Assurer la continuité des soins

Les ICS ont par ailleurs reconnu que lorsqu'elles sont consultées pour une situation complexe et difficile, elles héritent souvent de la responsabilité d'assurer la continuité des soins du patient dans leur unité et souvent tout au long de son hospitalisation. Plusieurs d'entre elles doivent demeurer responsables même lorsque le patient est transféré dans une autre unité de soins. Elles doivent s'assurer, même si le patient se trouve ailleurs dans un autre domaine d'expertise, qu'il continue de recevoir les soins qui lui conviennent.

« I work with patients that transition across settings... so the patient crosses many settings and sometimes my role is to make sure that there is continuity of care across those settings! When I have a patient in the critical care unit (CCU), just because the patient is in the CCU doesn't mean that her care needs related to our specialty have to suffer, sure maybe it has become a secondary issue not a primary issue... Sometimes it's ensuring safety across settings too.» (JECMHD 05; 92)

« ... it's looking at the continuity of care of the patient. And so in nursing I think the advanced practice role nurse... plays a part in being able to tie that together... but then influencing the other entire health care network. » (JECMHD 06; 320)

Afin d'assurer la bonne transition des patients et la continuité des soins prodigués dans une autre unité, un autre département, les ICS se consultent entre elles :

« There's always a continuation! There's always follow-up! You can't just stop! And sometimes that follow up takes place outside on another unit... When I call a CNS in another unit about a patient, it's an extension of my consultation role. I am saying to her that this situation is complex enough that we will need to transition this patient upstairs and that she needs to be involved! That's me consulting her around transitioning patients. » (JECMHD 01; 379)

Pour l'une des participantes, la continuité des soins prodigués doit être assumée au-delà de l'institution, ce qui l'amène même à se déplacer et à intervenir dans la communauté :

«... there are examples of some advanced interventions that we have done and we have linked with two or three CLSCs' or some subsets of our extended partners... we have the luxury of being able to go to Châteauguay and do some teaching and going to a patients' home and showing them in particular how to keep the patient at home.» (JECMHD 06; 198)

Une autre participante perçoit comme faisant partie de son rôle le devoir d'assurer la continuité des soins au sein de sa propre équipe. Elle procède de façon à ce que toute son équipe observe le patient. Elle doit voir à la continuité des soins et s'assurer aussi que le patient reçoit tous les services auxquels il a droit. (JECMHD 03; 178)

Tout comme les autres membres de son équipe, l'ICS qui fait partie d'un service de consultation s'engage fermement à assumer, dans son domaine d'expertise, la continuité des soins prodigués au patient. Dans cet extrait, la participante compare cet engagement à celui du mariage : il s'agit d'un engagement sérieux qui peut durer longtemps. Ainsi, tout au long de la relation thérapeutique ou de l'épisode de soins, durant son *mariage* avec le patient et sa famille, l'ICS doit faire face à des victoires et à des échecs car les traitements peuvent s'avérer efficaces dans certains cas, et inefficaces dans d'autres, à cause des complications qui se présentent.

« Because the responsibility is that you took this patient in the beginning and we espoused him in a way so that's why I said when we see the new patient we think: Do we want to get married to this patient? Because it's going to be forever! » (JECMHD 08; 387)

1.3.3 Soutien et développement des équipes de soins

Comme il a déjà été mentionné, la consultation est un partage de connaissances; cependant, il peut s'agir aussi d'une demande de soutien lorsque le consultee ou son équipe ne se sent pas assez compétent dans un domaine particulier ou une situation précise. On peut penser, à titre d'exemple, à une situation en fin de vie où le soulagement de symptômes pour contrer la douleur

nécessite d'utiliser des méthodes plus spécialisées. Ainsi, le consultee, ou son équipe, réclame des besoins spécifiques à leur propre développement. Les membres de l'équipe de l'ICS peuvent aussi faire appel à elle pour les mêmes raisons.

« Il y aura toujours besoin de ce service partout dans l'hôpital, c'est pas juste dans une unité spécifique et il faut donner les outils et le soutien à ces différentes équipes-là pour faire face au patient qui a des besoins spécifiques... » (JECMHD 02; 669)

« They are coming to me because they think I might be able to help but they may actually just want to talk... There are different levels of consultation. They may have their own ideas. ...Or they may want me to work with them, or move in and take over for a period of time. » (JECMHD 01; 690)

L'ICS amène les membres de son équipe à examiner le patient d'une manière plus globale, à mettre en lien ses conditions médicale et psychosociale; elle les entraîne à se questionner au plan éthique, à surveiller si les droits et volontés du patient sont respectés. Une des participantes décrit ceci comme l'objectif que se donne l'ICS à ramener son équipe à la réalité. Les termes utilisés sont : *reality injection role*, *reality check*. (JECMHD 07; 415)

Les résultats de cette section ont démontré que les participantes percevaient ainsi leur rôle de consultante : gestionnaire de situations de crise, responsable d'assurer la continuité des soins prodigués aux patients même à l'extérieur de leur département, capable de soutenir et de promouvoir le développement de leur équipe et celui des autres équipes.

1.4 Types de consultations

Les entrevues réalisées ont permis de constater que les ICS donnaient différents types de consultations : consultations formelles ou informelles, directes ou indirectes, et externes. Il existe aussi le type de consultation dite de

« corridor ». Les citations nous permettront d'illustrer les types de consultations ainsi que leurs différences.

Il est essentiel de mentionner que trois des infirmières cliniciennes spécialisées interviewées faisaient partie intégrante de l'équipe de consultation de leur service (spécialisation) tandis que pour les cinq autres, la consultation était une pratique autonome. Ces dernières perçoivent la consultation comme une activité basée sur leur expertise et leur expérience. Elles portent seules la responsabilité de leurs recommandations et de leurs interventions. Parmi les participantes, une seule affirme que son rôle de consultation est limité seulement à la population admise dans son unité seulement.

1.4.1 Consultation formelle

La consultation de type formelle peut se présenter sous deux formes : il faut distinguer la consultation faite avec demande écrite et celle sans demande écrite. La consultation formelle avec demande écrite se différencie de l'autre par le fait qu'elle est sollicitée à travers le processus habituel de consultation utilisé par la plupart des départements ayant un service de consultation, soit en remplissant le formulaire identifié spécifiquement *Demande de consultation*. Dans un premier temps, l'ICS inscrit ses recommandations sur le formulaire de consultation puis, si d'autres suivis sont nécessaires, elle inscrira ses notes au dossier du patient. Trois des participantes utilisent strictement cette méthode de consultation.

« I have a formal consult. I don't see the patient if there's no consult form. I write my notes on the consult. » (JECMHD 08; 64)

« ...lorsque quelqu'un m'appelle en disant qu'ils ont un patient sur leur unité avec un diagnostic secondaire relié à notre service, alors là, j'ai une consultation formelle avec la requête dans le dossier... » (JECMHD 03; 34)

La consultation formelle, sans requête officielle sur papier, est décrite comme une consultation où l'ICS est sollicitée en consultation par d'autres

professionnels mais sans que le formulaire officiel soit complété. La demande de consultation peut être faite par téléphone ou en personne, de vive voix. Quatre des participantes ont identifié ce mode de consultation comme étant la façon habituelle de procéder pour les consulter. Les participantes sollicitées par ce procédé inscrivent elles aussi leurs recommandations et leurs suggestions dans les notes de progrès du patient. Une seule infirmière a affirmé répondre à ces deux types de consultations formelles, avec et sans formulaire.

1.4.2 Consultation informelle

Cinq des participantes à ce projet ont déclaré qu'elles considéraient aussi comme consultation toute question émise dans le but d'améliorer l'approfondissement des connaissances ou de clarifier un aspect d'une problématique de santé, ou encore de permettre au consultee de valider ses croyances. Ce type de consultation est identifié comme étant une *consultation informelle*. Ces consultations ont la caractéristique de survenir sur le terrain et à l'improviste. Les citations suivantes tentent d'illustrer les différents aspects de ce type de consultation.

« I can speak with a nurse about a patient and I can give her advice, I can give her my opinion about what's going on or what can be done but a lot of times the nurses come to [me]. If they need a very formal [opinion] I write it out but I don't have a consult then. I don't believe that there is the need of a consult in order to teach the nurses what is the best match in this situation... If they need to consult my service then they need to write me [a consult]. » (JECMHD 08; 76)

« Some people do a formal consultation and then I will fill out the consultation form. Otherwise I write in the progress notes... chart the evolution of the patient or my plan, my assessment of what's going on. » (JECMHD 05; 197)

«... knowing who is likely to want my help and then just being there and available so that they think to ask me. And that happens almost every day that I will walk down the unit and somebody will just go: " I need to talk to you about somebody. " That happens! » (JECMHD 01; 127-134)

1.4.3 Consultation directe et indirecte

Nous devons également tenir compte d'une autre distinction formulée par certaines ICS : la consultation directe et la consultation indirecte. Les termes *directe et indirecte* sont associés à la relation qu'elles ont avec le patient dans le processus de consultation. Si la consultation a pour but de les amener à avoir un lien direct ou à intervenir directement auprès du patient ou de sa famille, il s'agit d'une *consultation directe*.

Si l'ICS est sollicitée dans le simple but de soutenir les membres de son équipe ou d'autres professionnels de la santé, si on la consulte dans le but d'obtenir de l'information qui rendra ces professionnels plus efficaces dans leurs interventions, il s'agit là de *consultation indirecte* puisque le but premier de la consultation n'est pas lié à une problématique de santé, mais plutôt à un rôle de support ou à un échange d'opinions. L'extrait suivant illustre leur perception d'une telle distinction.

« Mais s'il y a une situation complexe sur un étage... ce qui arrive, c'est que moi, je vais faire plutôt du soutien ou une intervention auprès de mon infirmière pour aider mon équipe à intervenir dans cette situation... je vais essayer de voir comment je peux aider mon équipe à travailler sur cette [situation], j'appelle ça de la consultation pour patient mais en indirect, je suis sur le bord de la patinoire au lieu d'être au centre de la patinoire. » (JECMHD 02; 72)

1.4.4 Consultation externe

Certaines participantes reçoivent des demandes de consultation qui proviennent de l'extérieur de l'institution. Ces consultations peuvent parvenir du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'OIIQ, leur association professionnelle, ou encore de différents organismes de santé ou partenaires d'un programme cadre. Selon les ICS, ce type de consultation est moins fréquent que celles mentionnées plus haut. Voici quelques citations qui illustrent bien ce genre de consultations :

« ... j'ai été demandée comme experte à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, pour siéger sur différents comités de travail... j'ai

travaillé au niveau pancanadien à développer la certification dans ma spécialisation... et au niveau provincial pour développer des programmes dans ma spécialisation... » (JECMHD 02; 126)

Deux ICS considèrent les présentations à des conférences comme une forme de consultation externe, puisqu'il s'agit de partager des connaissances au niveau international.

« ... That involved being asked to speak in Italy about what is the role of a clinical nurse specialist in my program. » This was an obvious acknowledgement that in patient programs were a valuable contribution to the people who are specialized in this area and what a CNS consultation role can add to it » (JECMHD 06; 96)

« ...we presented at the Quebec World Congress about consultation liaison... I feel so privileged to be recognized as that by my medical colleagues and to be asked to participate in a medical arena as a world congress! » (JECMHD 08; 124)

Une des participantes indique qu'il est souvent difficile de distinguer s'il s'agit bel et bien d'une demande de consultation et non d'une demande de formation. Elle considère qu'un choix s'impose quant à la possibilité de transmettre des connaissances dans d'autres établissements ou dans son milieu. La demande de consultation externe étant elle aussi très fréquente, on peut considérer qu'elle représente un moyen d'améliorer les soins administrés à la population dans d'autres institutions et, par extrapolation, de prévenir des admissions dans notre institution. La consultation externe favorise aussi l'élargissement du réseau professionnel de l'ICS.

« I get consulted when there's a particular agency in the community like a residence that has a particular problem. Again there's a fine line, is it education or is it consultation?... I don't do many of those because of the time issue... And if I started doing that there would be no time for me here. Some of the things that are requested, I do them there and I don't get to do them here... » JECMHD 07; 132)

1.4.5 Consultations de corridor

L'ICS reçoit un autre type de demande de consultation, soit celle dite *consultation de corridor*. Ces consultations se veulent principalement informatives. Leurs objectifs ne concernent pas nécessairement un patient hospitalisé ni une problématique institutionnelle, mais bien, parfois, une problématique d'ordre personnel, concernant un membre de la famille de celui qui initie la consultation... en plein milieu du corridor.

« I get a lot of hallway consultation from staff who want some advice about what to do for an aunt, a parent, a neighbor, or even recommendations. » (JECMHD 07;130)

Les résultats ressortis dans cette section, ont permis de voir que les ICS classifiaient de différentes façons les demandes de consultation reçues dans leur pratique : selon la méthode par laquelle elles sont approchées; selon la provenance de la demande, soit de l'institution, soit de l'externe; selon qu'elles nécessitent une intervention directe ou indirecte avec le patient.

1.5 Indicateurs des résultats de la consultation

Les entrevues réalisées auprès des ICS nous ont permis de voir que peu d'entre elles disposaient d'indicateurs formels leur permettant de vérifier si leurs interventions ont un impact sur les soins administrés aux patients et sur la qualité des soins. Quelques-unes semblent avoir des indicateurs *formels* alors que pour les autres, ils sont dits *informels*. La prochaine partie illustrera les indicateurs existants dans la pratique.

Les indicateurs de résultats constituent un aspect important de la pratique puisqu'ils permettent aux ICS et à leur gestionnaire de démontrer l'impact de leur rôle sur la qualité et l'amélioration de l'état de santé des patients ainsi que sur les objectifs de l'organisation. Très peu d'ICS bénéficient d'indicateurs quantifiables qui peuvent être traduits en mesure de rentabilité ou d'impact sur les soins prodigués.

Les prochains extraits d'entrevues ont pour but de démontrer les indicateurs qu'utilisent certaines ICS dans leur domaine de spécialisation.

1.5.1 Indicateurs formels

« The CNS's in my group do stats. Patient visits are indicators! I know how many patients I saw on my own last year, in each period. Every phone call... we started putting on other types of direct and indirect care like case management or when I coordinate the care [of the patient]. But the clinical care is only quantified by the amount of patient, by the number of patients seen in a fiscal period. » (JECMHD 08; 159)

1.5.1 Indicateurs informels

Les exemples suivants démontrent la variété d'indicateurs informels qui existent selon le contexte des différentes participantes et leurs frustrations à trouver des outils qui réussissent à justifier l'impact de leur rôle.

« Particularly at end of life situations, an indicator for me would be: Do the physicians understand the nurses concerns in this particular situation? Do the nurses understand why the doctors are doing certain things... So I guess team improvement and team communication would be some! Reduction in family anxiety, reduction in angry and strained interactions between nurses and families. » (JECMHD 01; 458)

« Consultations keep coming and growing from year to year. I would explain the outcomes many times by the part that is more case management because we get to know the patients. We try to help them so that they don't have to come to the emergency. » (JECMHD 08; 136)

« I have looked at tracking tools... I used to track how many I did because I thought that that was a good number but with some you are involved for days and days... Other patients, I see everyday, ten times a day, I coordinate all kinds of interesting things, and so it looks very different! I don't think that there is any formal measurement! » (JECMHD 05; 124)

La plupart des ICS ne disposent pas d'indicateurs pouvant évaluer l'impact de leurs interventions. Bien qu'il en existe sur la qualité des soins prodigués, ils ne peuvent être mis en corrélation avec l'impact de l'ICS faisant

partie de cette équipe. Les indicateurs le plus fréquemment utilisés se limitent à quantifier le nombre de patients vus.

2. PROCESSUS DE CONSULTATION

Le processus de consultation est entrevu comme étant la marche à suivre ou les étapes de la consultation. Bien que la question posée aux participantes était : En quoi consiste le processus de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée selon leur propre expérience? Elles n'ont pas décrit de façon catégorique les étapes de la consultation, mais plutôt son déroulement.

Les infirmières cliniciennes spécialisées divisent le processus de consultation en quatre phases distinctes : la clarification du but de la consultation, l'évaluation et la cueillette d'information, l'intervention et, enfin, l'évaluation.

2.1 Phases du processus de consultation

2.1.1 Clarification du but de la consultation

Il est essentiel de clarifier, dès la première étape du processus de consultation, le but de la requête du consultee afin de pouvoir y répondre adéquatement. L'ICS doit clarifier ce à quoi on s'attend d'elle sinon la consultation risque d'être inefficace. Elle doit aussi s'assurer que la consultation est appropriée et dirigée vers la bonne consultante.

« A medical student called me last week about a patient that he assumed was known to our service... And so the questioning begins in this triage process... And I said that I just wanted him to know that there are many programs and patients have recollections of various team members, which may or may not fit with a particular desired consult once again... This was clarified but had he done a little bit more investigation of the patient, it may have revealed the appropriate team to be consulted. »
(JECMHD 06; 601)

« ...des fois, on pense qu'on a répondu puis on a passé complètement à côté de la track! Des fois, c'est peut-être parce que nous n'avons pas eu

tous les éléments ou nous on pensait que c'était ça la demande, puis finalement c'était autre chose! » (JECMHD 02; 881)

2.1.2 Évaluation et cueillette d'information

Toutes les ICS ont affirmé qu'elles devaient être bien informées sur le cas ou la situation avant de pouvoir émettre un avis ou recommander une intervention. Elles ont dit avoir besoin de comprendre non seulement le contexte de la demande mais aussi tout ce qui entoure la problématique qu'on lui demande d'examiner. Elles doivent considérer toutes les solutions possibles afin de bien répondre aux besoins sollicités lors de la consultation. À ce stade, l'ICS accumule toute l'information possible afin d'être en mesure d'évaluer correctement la situation. Il s'agit de l'étape d'évaluation.

« When someone calls me about a patient, the first thing I have to do, is find out everything they know about that patient... Assess the situation. Sometimes they will present the problem in a certain way but when I start to pull all sorts of information from out of them; we start to see the problem differently, just by having that discussion... To try to see if they can identify that the problem might be different than how they had originally framed it. » (JECMHD 01; 265)

2.1.3 Intervention

L'intervention peut prendre différentes formes selon l'ICS qui la réalise, son expertise et aussi selon les besoins de la situation et du consultee. Selon le type de consultation, l'ICS aura à décider si elle interviendra auprès du consultee en partageant ses connaissances ou en lui fournissant seulement l'appui dont il a besoin. Puisque l'ICS n'a pas le pouvoir de prescrire un traitement pour le patient, celui-ci (le pouvoir) appartenant à l'équipe traitante, son intervention pourra se limiter à émettre des suggestions ou des recommandations basées sur son expertise et son expérience. Chaque situation étant différente, l'intervention pourra être simple ou plus complexe, être réalisée en une seule fois ou répartie sur plusieurs étapes.

« You are the expert here in your practice, in your environment, on the context, you know the patient. I'm here just to assist you, to see how best to frame all this and to see if there's specialized information that

you need or that would help you do what you do, caring for that patient.
 » (JECMHD 04: 96)

2.1.4 Évaluation de la consultation

La plupart des ICS assurent le suivi de leur consultation. Selon le type d'intervention réalisée, elles retournent vérifier si leur action a porté fruit, s'il est nécessaire de réajuster un traitement ou s'il faut en considérer un autre. Si leur intervention portait davantage sur le partage de connaissances ou l'enseignement, elles tenteront d'obtenir un *feedback* de l'équipe qui a consulté, des gestionnaires en soins infirmiers ou des infirmières. Ce *feedback* est nécessaire pour vérifier si leur intervention a été efficace.

«... je vais toujours faire un suivi, pas nécessairement auprès des infirmières qui sont au chevet mais soit auprès de l'infirmière clinicienne ou de l'assistante infirmière chef, à savoir, est-ce que cela a aidé ou pas? Où est-ce que l'équipe se retrouve par rapport à ça?... »
 (JECMHD 02; 868)

Les données obtenues dans cette section démontrent que la consultation se divise en quatre phases. Ces phases peuvent-être réparties selon la façon dont est sollicitée la consultation, ou d'après la population visée. Elles peuvent aussi être sollicitées par des parties autres que l'institution de santé à laquelle appartient l'ICS. Ces étapes doivent se suivre car si l'une d'entre elles est escamotée, le rendement final de la consultation peut être compromis.

2.2 Défis et stratégies

À l'intérieur de ses fonctions, l'ICS doit surmonter plusieurs défis qui sont reliés aux attentes soulevées par son rôle d'experte ainsi que par les demandes provenant de l'environnement. Du fait que son rôle se modifie au fil du temps à cause de l'évolution constante des éléments qui l'entourent, trois défis à relever ont été ressortis durant les entrevues : l'ambiguïté du rôle, l'évolution du rôle et celui de l'environnement.

2.2.1 Défis

2.2.1.1 Ambiguïté du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée

L'ICS partage son horaire de travail entre les différents domaines de la PIA : la recherche, la pratique clinique, l'éducation et, bien entendu, la consultation. Les trois derniers domaines s'entrecroisent et il est parfois facile de les confondre. De plus, les ICS interviewées ont révélé qu'elles devaient constamment *prioriser leurs priorités* quotidiennes à cause de leur vocation à gérer les situations complexes et de crise sans détenir beaucoup d'indications sur les attentes auxquelles elles doivent répondre; vient s'ajouter à cela, les attentes reliées à leur titre *d'experte*, celle qui doit *tout savoir* dans son champ de spécialisation. On a déjà noté, précédemment, la difficulté à définir en quoi consistait exactement la consultation. Rappelons qu'elle peut être considérée comme une demande d'aide et de partage de connaissances.

« Another barrier that I might face is other people's lack of understanding about my role and that is I guess a mutual barrier because there are times where I'm not always clear on where we are all going and how to create unity within the group so there's clarity amongst all of us about all of our roles together and how we impact the system at large. (JECMHD 06; 416)

Les fonctions que les ICS accomplissent dans leur domaine de spécialisation s'avèrent plus souvent qu'autrement différentes de celles qui leur sont transmises lors de l'implantation de son rôle. La bonne intégration de l'ICS dans une équipe ou un département dépend aussi des autres professionnels, de la compréhension qu'ils ont de son rôle.

« Initially, there was a description of my role in the job description and I can say it hasn't really panned out the way it was visualized by the powers that created the position... It was clear that other people had other ideas about what I should be doing and the team as a whole didn't have a concerted idea. And there was some resistance to my presence in certain areas. So after a while I took the path of least resistance and I also took on a piece that seemed to be the neediest and that was solving the problem of this specific population. I would say that this is my first and still ongoing consultation role. » (JECMHD 07; 50)

« I think the head nurses influence, they can either be a facilitator or a barrier in terms of getting the clinical nurse specialist involved. They are sometimes the entry to a unit. It can be made more difficult, if your role is not understood or it's not an inviting or welcoming atmosphere... It depends too at what point you get involved in the patient's care... There needs to be some understanding and it's constant negotiation, constant, constant, constant negotiation, at many levels... Physician, nurse, sometimes the specialty services too. » (JECMHD 05; 69)

Pour certaines ICS, leur rôle est circonscrit à l'intérieur d'un service ou d'une équipe de consultation en constante évolution, à cause des changements opérés à l'intérieur du système. Il en découle en retour que ces professionnels ont des attentes différentes envers les ICS.

« Le rôle de consultation par rapport aux autres domaines. Comment ça se vit?... c'est d'apprendre à prioriser les priorités... Le titre d'*infirmière clinicienne spécialisée*, c'est très lourd sur nos épaules! On se dit: "Je suis supposé être celle qui connaît tout!" » (JECMHD 02; 231)

Il arrive que deux ICS oeuvrant dans le même champ de spécialisation et ayant la même description de tâche, mais se trouvant dans des pavillons différents, aient des objectifs complètement différents. Ces différences transforment sa pratique et, par le fait même, les raisons pour lesquelles on la consulte. De plus, il ne faut pas oublier que chacune de ces personnes transforme le rôle selon sa personnalité, ses forces, ses habiletés, sa propre vision du rôle et les demandes qu'on lui exprime.

« ... [rôle de l'ICS] c'est pas toujours clair! C'est la première chose qu'on apprend du fameux rôle de l'*infirmière clinicienne*. Il n'y en a pas une qui a le même rôle et c'est marqué partout dans les livres et le rôle évolue pour chaque personne avec le temps, selon les besoins qu'on voit apparaître... » (JECMHD 02; 295)

« I think that the four components that are the ground for the CNS and how it is translated into actual practice and the scope of practice depend on the person, the individual, their strength, their penchant... what each CNS is doing... how that is being defined and done in her practice. At the other site, the population is different and even though we're doing

the same job, same institution but different sites, it looks different!»
(JECMHD 04; 258)

2.2.1.2 Évolution du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée

En général, les ICS ont affirmé que leur rôle avait évolué depuis leur entrée en fonction. Parmi les raisons les plus importantes : la venue de nouvelles problématiques et de nouvelles technologies; la transformation et l'évolution de notre société; la croyance que les ICS ont développé leur propre rôle avec le temps.

« ... quand on commence on part avec une certaine idée et on répond surtout à la demande... le rôle a changé ! Au début, il y avait une première façon de voir. ...Et j'ai réussi à changer ça! » (JECMHD 02; 368)

« So there has been many changes at many levels related to the type of care that we provide. Also patients are getting older. There is more referrals... to new technologies... they have more concomitant disease that before they did not use to have and so the population has changed as well! » (JECMHD 05; 161)

2.2.1.3 Évolution de l'environnement

Les ICS sont grandement influencées par l'environnement dans lequel elles oeuvrent, soit l'organisation et le système de santé. Elles doivent être flexibles et répondre au besoin, surtout en temps de pénurie de ressources, dans une période où la population de plus en plus âgée est de plus en plus malade, et dans un contexte social qui, lui aussi, évolue. L'extrait suivant démontre la situation à laquelle l'ICS fait présentement face

« ... I think as the stressors in the clinical environment climb, the consultation piece and the need for people like the CNS's to be instantly available to deal with crises situations is becoming more obvious and the demand for intervention is becoming more frequent! And so I guess to a certain extent if you are good at dealing with those kinds of situations, the more of them there are, the more people expect you to be available for those situations! Which then takes away from the other 75-80% of your job that doesn't disappear when this other piece grows... » (JECMHD 01; 203)

Contre l'ambiguïté de son rôle et en assurant le développement tout en suivant l'évolution de l'environnement dans lequel elle œuvre, sont des défis continus dans la réalité de l'ICS. Ces défis ont un impact direct sur son rôle de consultation puisque cette activité occupe une large part de son temps.

2.2.2 Stratégies

La section précédente nous a permis de connaître les défis que les ICS avaient identifiés comme contraignants, tant dans leur rôle en général que dans celui de la consultation. Quelques ICS ont expliqué les stratégies utilisées pour essayer de contre l'ambiguïté du rôle, principalement en essayant de le clarifier plus précisément. Par ailleurs, la pratique réflexive fut aussi vue comme une méthode pouvant les aider à réussir leurs défis.

2.2.2.1 Clarification du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée

Un des plus grands défis auquel doit faire face l'ICS, est celui de l'ambiguïté de son rôle. Afin de mieux le saisir, il faut donc le présenter dans son propre contexte. Il a déjà été noté que le rôle de l'ICS n'était pas clair, car il est continuellement en train de s'ajuster aux changements provoqués par le milieu, soit l'institution où elle œuvre et le système de santé qui dicte les politiques de santé, les standards de soins. De plus, l'ICS doit s'ajuster aux changements fréquents de personnel infirmier, aux changements réguliers et mensuels d'équipes médicales en formation constante. Si elle veut demeurer efficace, elle doit sans arrêt clarifier son rôle, le décrivant nettement à chaque nouvel employé, à chaque nouvelle équipe médicale et lors de chaque consultation.

« I think we expand and contract sometimes in our roles too and we have to reclarify... But I'm functioning differently now than I was a while back, they need clarification of that and I need to put it into words, put it into a job description again or a description of my role within a project. But time will allow for more evolution in the multidisciplinary of roles that we are constantly being challenged to face. » (JECMHD 06; 237)

« We have... how many residents changing every month? We have close to a hundred nurses and then we have all the other staff. And there's probably never a day in the unit where you have all the same staff!... The teams are always changing, they're changing shifts, and they're changing sides... There are always new people coming so the team is always at a forming stage. And there are teams within teams, so it's very very hard to get everybody in a direction, all at the same time. » (JECMHD 01; 481)

On ne peut nier que la pénurie de ressources et le fait que les patients soient de plus en plus malades créent un impact considérable sur le personnel, en augmentant leur stress. Le nombre de demandes de consultation de la part des professionnels tend à augmenter, non pas par ce qu'ils ont besoin de connaissances, mais plutôt d'aide. Le temps alloué à ce type de consultation par les ICS contribue largement à nourrir l'ambiguïté de leur rôle puisqu'elles sont alors tenues de commettre des actions à la place d'un autre professionnel qui manque de temps pour les faire. Et tout ceci est considéré comme une consultation.

« I think one of the things that's most difficult about the CNS role, is getting everybody to agree on how much time we should be spending doing each part of the role! So I have to sort out for myself what's the most important thing for me to do now?... I could probably spend my whole day in the unit doing just that consultation part of the role, except that that's not my only job! I can't spend my day like that! » (JECMHD 01; 190)

« ...when they are busier, they consult more! And for not as severe situations because they just can't cope!... I might get consulted for more things, which I try to respond to because you know there is usually a good reason for their consultation! Either they can't manage or it's too complex or they just don't have the time! So if the unit is really busy, I will do stuff like making a CLSC referral as opposed to waiting for the nurse to do it... so that we have like a joint care for the patient, or we negotiate... » (JECMHD 05; 226)

2.2.2.2 Pratique réflexive

Afin de mieux clarifier leur rôle et mieux communiquer ce qu'elles veulent exprimer dans leur pratique, les ICS de cette institution appartiennent toutes à un groupe de pratique réflexive où elles discutent, à intervalles

réguliers, des situations qu'elles ont vécues afin de voir si la gestion pourrait en être améliorée la prochaine fois.

« ... Basically the goal of reflective practice is to have an effective communication, so that when you find yourself in a situation; you could think and respond to what is happening, to what is being said in a way where you're facilitating the communication and not blocking it... we need to be able to facilitate what we think, what we feel, to be able to communicate and to be transparent. We're talking about learning, mutual learning! Reflective practice enables you to communicate better and to monitor what the other person understands and feels... It stems from the art of negotiation. » (JECMHD 04; 418)

les résultats obtenus nous ont permis de réaliser à quel point la clarification de son rôle, de même que celui de la consultation, représentait un défi quotidien pour l'ICS. Bien qu'on la consulte parce qu'elle est une experte du domaine, elle se préoccupe de constamment préciser ce qu'elle fait dans tous ses domaines de pratique.

3. FACTEURS CONTEXTUELS INFLUENÇANTS

LA CONSULTATION

Les domaines de pratique de l'ICS sont influencés par des facteurs contextuels qui sont souvent hors de son contrôle. Il sera donc plus particulièrement question, dans cette partie, des facteurs contextuels qui influencent la consultation de l'ICS. Les éléments seront analysés de façon à comprendre l'impact qu'ils ont sur la consultation. En premier lieu, il sera question de l'environnement dans lequel oeuvrent les participantes; puis, nous traiterons des conflits interpersonnels, des limites de leur spécialisation, et enfin de leurs responsabilités académiques.

3.1 Environnement

On entend par le terme environnement, le milieu où travaillent les participantes, soit l'organisation elle-même, soit l'administration, soit les autres professionnels. L'environnement est façonné par les exigences du milieu qui sont : prodiguer le plus efficacement possible les meilleurs soins à une

population nécessitant des soins de plus en plus sophistiqués, à une époque où la technologie est en évolution constante. L'ICS, en tant qu'experte, doit être au diapason de cet environnement en perpétuelle transformation.

3.2 Influence des rôles ayant existés antérieurement

Les participantes ont vécu des expériences très variées. À leur entrée en fonction, certaines d'entre elles ont dû prendre la relève d'une infirmière qui suivait déjà un type de population spécifique. Cette personne n'était pas nécessairement une infirmière reconnue comme experte ou n'avait pas de certification, ni de titre en PIA. D'autres devaient poursuivre le rôle déjà implanté par une ICS. D'autres encore ont dû implanter le rôle d'ICS dès leur arrivée. Malgré ces disparités, toutes les participantes ont affirmé que le travail accompli par les infirmières qui les avaient précédées avait été très utile; il leur avait même servi de fondement dans le développement de leurs propres fonctions.

« Les éléments qui ont été facilitateurs, qui m'ont aidée dans mon rôle de consultation, je pense que c'est l'expérience de l'autre qui est venue avant moi qui m'a dit quels genres de situations arrivaient sur les autres planchers, c'est sûr que ça m'a aidée. » (JECMHD 03; 65)

3.3 Modèle de rôle

Deux des ICS affirment qu'il leur a été bénéfique d'avoir eu, au préalable, une personne qui leur a servi de *modèle*. L'une d'entre elles ajoute qu'elle aurait souhaité avoir eu ce genre de soutien à ses débuts en tant qu'ICS.

« She was a sort of a role model because of the work she was doing part time in different areas. She was a mentor for me. I also spent time learning from the other disciplines first, sort of walking around in somebody else's' footsteps... for a period of time and slowly I started taking on some of the triaging of new patients. » JECMHD 06; 41)

« ...when I was a staff nurse, I had a CNS as a role model... it was because of the CNS who came and worked on our unit... and her approach and her vision... that the role model is very important to me... her involvement and me developing my CNS role... When I first started what was missing was that role model. » (JECMHD 04; 303)

3.4 Soutien administratif

Presque toutes les participantes ont indiqué que le soutien administratif de l'organisation, celui de la direction des soins infirmiers et celui des gestionnaires d'unité était primordial, non seulement au moment de l'implantation du rôle de l'ICS mais tout au long de son développement.

« D'avoir surtout eu le soutien de ma directrice lorsque j'ai émis ma vision, cela a été très encourageant et ainsi que la vision du département des soins infirmiers qui existe ici, qui est de promouvoir la pratique avancée; la vision de ce que peut être une infirmière clinicienne spécialisée, de ce que peut être la consultation d'une infirmière clinicienne, pas seulement de faire partie d'une équipe de consultation mais aussi une pratique plus autonome, des cas complexes. » (JECMHD 02; 401)

« ... Having a physician in charge of the unit, who seems to trust you, is very important, who sees you as a resource... It's the same with the nurse manager. You have to have the support of those people! Again that's a thing that's fostered. You just don't roll into the role and all of a sudden people see you as a resource! You have to create it and it has to grow. And both sides have to work at it. » (JECMHD 01; 511)

Seulement deux des participantes ont affirmé avoir eu de la difficulté à implanter leur rôle à cause d'un manque de soutien administratif. L'une d'entre-elles avait une gestionnaire qui, elle aussi, était novice dans le domaine; et l'autre oeuvrait dans un département qui subissait une restructuration.

3.5 Soutien des pairs (*peer*)

Le soutien fourni par les pairs (les autres ICS) a une valeur précieuse aux yeux des participantes. Celles-ci affirment que la présence et le soutien des autres ICS ne sont pas seulement importants, ils représentent la survie de leur rôle. La diversité qui existe chez les ICS, tant au point de vue de la description de leurs rôles que de leur savoir-faire et de leurs personnalités, constitue pour elles une source intarissable d'apprentissage réciproque (*mutual learning*) et un soutien inestimable.

« The access to people with experience in the CNS role is very helpful when you are trying to develop your own version of that role. So you have different models. I think it would be very difficult to be the first CNS in a place where there had never been a CNS before, because you would really be flying kind of blind so I have had the advantage of having a lot of different role models that I think were helpful! » (JECMHD 01; 524)

« Il y a plusieurs infirmières cliniciennes spécialisées et ça c'est une chance! Je pense que mes collègues d'ici qui avaient plus d'expérience ont aidé à chapeauter mon rôle. » (JECMHD 02; 388)

« ... And to have more than one mentor... to have the culture between the CNS group. We're all mentors even to the ones who are there for fifty years... We're in different areas and we're enriched by sharing our expertise...and learning from each other... » (JECMHD 04; 338)

Les éléments qui ont été abordés plus haut ont un élément commun : ils influencent de façon positive l'implantation, le développement et la survie du rôle de l'ICS dans l'organisation.

3.6 Conflits interpersonnels

Les conflits interpersonnels qui ont été relevés par des participantes portent sur la communication ou le soutien entre professionnels ainsi que sur la méconnaissance des fonctions de l'ICS.

« Sometimes, the physician and I disagree as to what is the best plan of care. Those are always awkward to work with! I guess the ones that don't go well is when information process doesn't necessarily go through... Either I have information that I don't necessarily communicate to all the appropriate people or I don't know that this is happening... Sometimes there is underlying agendas. I think that the one they get most frustrated at, it's when there is information that they don't have and because they see me usually as having the information...» (JECMHD 05; 400)

« Ce qui a été difficile, c'est que mes médecins ont demandé que j'aie à cette unité et quand j'ai voulu essayer d'avoir leur soutien... j'ai pas eu de soutien! Le médecin qui était en consultation à ce moment-là a dit qu'il n'avait pas besoin d'y aller... alors que moi je pense qu'il aurait dû y aller pour essayer d'échanger avec les médecins qui avaient ce défi... » (JECMHD 02; 1034)

3.7 Limites de la spécialisation

Bien que les ICS soient des expertes et qu'elles fassent partie d'équipes ultraspécialisées, il n'en demeure pas moins que leur expertise et leur capacité d'action sont limitées. Ce phénomène semble avoir un effet décourageant pour l'ICS comme le démontre l'extrait suivant.

« ... Lately there has been more and more treatment failure... Because we work with human beings. They're not like a machine. It's not like you give this and it's going to work! ... They're human beings! And it may be because we're getting only the sickest! Like the most rejected cases from other hospitals because we are a quaternary institution. »
(JECMHD 08: 630)

3.8 Responsabilités académiques

La plupart des participantes ont des obligations académiques en plus de leur tâche régulière. Puisque l'institution fait partie d'un centre hospitalier universitaire, et que les ICS sont reconnues comme étant expertes dans leur domaine de spécialisation, on s'attend à ce que ces dernières donnent des cours à différents niveaux universitaires, soit comme superviseure, soit à titre de conseillère auprès des étudiantes, dans leurs projets. Ces attentes créent des contraintes de temps puisque ces activités académiques doivent se réaliser pendant leur temps de travail régulier qui est déjà restreint.

« Because you're meant to be supposedly an expert in research development. Even for example mentoring [students in research projects] and three courses at the university and I remember when there were the first two requests from the school of nursing in early 2000. I felt totally unequipped to mentor anybody in the process of developing a clinical research project... But then if I thought that time frame was challenging. You manage to muster through it and you figure you do have some skills or some expertise... I mean you know we have integrated the Cegep students and they seem to be a little easier than another master's student in preparing their research project. »
(JECMHD 06: 479)

Il a été démontré que plusieurs facteurs contextuels pouvaient influencer, de façon positive, l'implantation et le développement du rôle de consultation de l'ICS dans une organisation; par contre, d'autres facteurs

peuvent y nuire. C'est ainsi que les conflits interpersonnels et la réalisation, par l'ICS, des limites de sa spécialisation sont perçus comme des facteurs contextuels démoralisants.

4. CARACTÉRISTIQUES RELIÉS AUX INTERVENANTS

Cette section explique qu'il y a des facteurs reliés aux intervenants engagés dans cette consultation soit l'ICS, qui est la consultante, et le consultee, la personne qui consulte. Ces facteurs auront une influence sur la réussite de la consultation. Il sera question de la dynamique relationnelle qui les lie.

Les entrevues réalisées auprès des participantes ont révélé que les ICS attribuaient en grande partie le succès de la consultation aux compétences et aux habiletés des intervenants ainsi qu'à la relation qui s'installe entre eux. Elles ont aussi précisé que les deux intervenants (ICS et consultee) devaient avoir des caractéristiques spécifiques pour que la consultation soit efficace. Elles ont par ailleurs identifié que l'ICS devait posséder les compétences nécessaires pour évaluer dès le départ l'efficacité de sa contribution dans un rôle de consultante.

4.1 Infirmière clinicienne spécialisée

L'infirmière clinicienne spécialisée, qui a pour base la pratique infirmière avancée, doit posséder un niveau d'instruction universitaire de maîtrise. Cette formation lui conférant des connaissances approfondies et des compétences très spécifiques, elle est énoncée comme obligatoire dans la littérature portant sur le sujet; ce degré d'instruction est également exigé par les associations professionnelles d'infirmières ainsi que par les employeurs. L'ICS doit aussi posséder des aptitudes qui l'habilitent dans le cadre de son travail et plus précisément dans sa fonction de consultante.

4.1.1 Compétences

Afin de mieux saisir les perceptions des participantes, il est important de clarifier ce que l'on entend par *compétences*. La compétence est définie en PIA comme étant la qualité ou le fait d'être compétent; ayant les connaissances qui permettent à une personne de parler et de comprendre un langage spécifique [traduction libre] (Spross et Lawson, 2005, p.52). On fait ici allusion au langage scientifique du domaine de la santé.

Les compétences qui ont été identifiées dans ce projet sont : expertise, modèle de rôle et coaching, leadership, collaboration, « advocacy¹ » et éducation. Chacun de ces concepts sera illustré à partir du verbatim ressorti des entrevues.

4.1.1.1 Experte

L'expertise de l'ICS est basée sur la PIA, sur les connaissances spécifiques qu'elle détient dans un domaine ainsi que sur l'expérience qu'elle a acquise. Les citations qui suivent font état de l'impact du phénomène d'experte sur sa pratique. Ces deux citations offrent différents points de vue sur ce que l'on entend par experte.

« At this point in my life, a lot of people see me as an expert...And so by virtue of who I am and what I have done, I think people give me a level of credibility that I don't necessarily have to achieve... » (JECMHD 05; 562)

« I see myself as a resource person for the team and for the whole group of nurses here, because in my specialty I'm probably the only one that knows very well this domain so I'm like a resource person for anybody who needs any information about our practice, about a clinical issue or about any intervention in my specialty area. It's because of my expertise that they call me and I feel supported. » (JECMHD 08: 98-109)

¹ Le terme anglais ADVOCACY est utilisé tel quel dans sa forme anglaise afin de ne pas perdre son sens dans la traduction.

4.1.1.2 Coach et modèle de rôle

Le terme *coaching* détermine l'ensemble des actions posées par une personne dans le but de faciliter et assurer le passage d'une autre personne, d'une situation à une autre [traduction libre] (Judith A. Spross, 2005). Le modèle de rôle réfère à quelqu'un qui démontre la façon de faire et d'être. Ces deux rôles sont parfois difficiles à dissocier.

« Delirium was the topic that I was asked to present... So that's the educational part. Now the coaching part is how it is translated into the actual practice and so it could be done individually and it could also be as a group. "So now we have this patient, what do we do? And what worked, what didn't? It's really trying to create and draw from what they know, how they've done it, putting it in a frame because they have the experience. » (JECMHD 04; 82)

4.1.1.3 Leadership

En pratique infirmière avancée, le leadership est considéré comme une compétence. Le leadership exige les qualités suivantes : être un bon agent de changement tant au point de vue clinique que professionnel; être capable de permettre aux autres d'acquérir plus de pouvoir (empowerment); être capable aussi d'influencer les processus politiques à plusieurs niveaux, dont celui organisationnel (Hanson & Spross, 2005, p 301).

« Le leadership, c'est quand j'ai réalisé, après la première année que j'ai travaillé dans ce rôle d'infirmière clinicienne spécialisée et que j'ai été en consultation, que les infirmières ont besoin de développer plus leurs connaissances. Donc le rôle de leadership que j'ai assumé, c'était de former un groupe pour développer des cours...» (JECMHD 02; 266)

4.1.1.4 Collaboration et partenariat

La collaboration est un élément essentiel du développement de l'ICS, car pour bien exécuter son rôle de consultante, elle doit-être capable de travailler avec d'autres, en équipe. Le partenariat implique des liens, des objectifs communs.

« Je pense que c'est quelqu'un qui sait travailler en partenariat avec les autres équipes parce qu'on est là comme consultant donc on fait des

suggestions; après ça, c'est à l'équipe de décider s'ils veulent suivre ou pas nos suggestions, nos interventions. On ne peut pas s'imposer!... Ça prend quelqu'un qui est facile d'approche, qui aime les relations humaines... et du respect pour les gens qui nous consultent.» (JECMHD 02; 801)

4.1.1.5 « Empowerment & advocacy »

L'*empowerment* s'explique par le fait que l'ICS fait partie des leaders en soins infirmiers. Elle a la possibilité de donner aux infirmières et autres professionnels un certain pouvoir qui leur permet d'utiliser leurs compétences et expertises; elle peut même leur donner de l'autorité. L'*advocacy* réfère aux habiletés et expertise que possède l'ICS et qui lui permettent de revendiquer les droits et les besoins des patients et aussi ceux des autres professionnels.

« It's being there advocating for patients even though at times, it's advocating to let them die. It's stepping in with the staff... But it has to be addressed because we manage to prolong a lot of suffering unless we address those kinds of issues. Sometimes, it's supporting the nurses that initially were very uncomfortable when a physician started down the road towards curative rescue care which can get quite invasive. So I feel my role has been that. » (JECMHD 07: 462-480)

4.1.1.6 Éducation

L'éducation est non seulement une compétence, c'est aussi un des domaines de pratique de l'ICS qui lui est conféré par la PIA. Pour les participantes interviewées, l'enseignement devient une façon de répondre aux besoins identifiés lors de la consultation.

« Quelle est la différence entre la consultation et l'éducation? La forme d'éducation, c'est quand moi je vois des problématiques et que je me dis qu'il faudrait répondre à ces-besoins là, il faudrait peut-être faire telle formation!... Mais quand on dit qu'il y a une problématique et qu'une des façons de répondre à la problématique c'est d'aller faire de la formation, alors au point initial, pour moi, c'est une demande de consultation. C'est pas toujours clair! » (JECMHD 02: 281)

Une des questions survenues lors des entrevues portait sur l'identification des caractéristiques nécessaires à la consultante (ICS) et au consultee pour que la consultation soit efficace. La plupart des répondantes ont

identifié des habiletés qui permettent à chacun d'atteindre les buts d'une consultation. C'est ce qui sera discuté dans cette section.

4.1.2 Caractéristiques de l'infirmière clinicienne spécialisée

Au cours de l'étude, il est devenu apparent que les ICS attribuaient plusieurs caractéristiques comme étant des conditions essentielles au succès de la consultation. Ces caractéristiques sont très souvent reliées à l'individu même. Elles sont aussi désignées comme étant des habiletés pouvant déjà exister ou pouvant se développer au fil du temps et avec l'expérience. Ces éléments sont constamment mis de l'avant par les ICS dans leurs interrelations avec les autres et dans la consultation. Les participantes ont déterminé comme étant des éléments primordiaux au dénouement d'une consultation : la fiabilité, le professionnalisme, le respect, la flexibilité et la capacité de travailler en interdisciplinarité, l'autonomie, le pouvoir d'influencer et celui de négocier. Chacune des citations suivantes a pour but de démontrer leurs convictions à ce sujet.

4.1.2.1 Fiabilité

Les ICS rapportent que malgré leur expertise, elles doivent établir une relation de confiance qui entraînera, elle, la crédibilité. La citation suivante décrit non seulement comment l'ICS doit créer un environnement propice à la fiabilité et à la crédibilité, elle exprime aussi qu'elle doit être à l'écoute de tout, présente partout. La participante nous révèle la stratégie qu'elle utilise pour arriver à ses fins :

« They have to start to trust your reliability before they will even think about picking up the phone or stopping you in the hallway and saying: "I need help with this" There's a whole issue of visibility, credibility, that comes long before consultation comes!... There's a technique that I developed that I call *listening with your third ear*... You are always scanning, your looking at the patients, your listening to all of the myriad of conversations that are going on... because at any moment there may be a place where you need to move in to help support, sort out, change a dynamic, what ever!... you've got to be listening with that third ear...

that's supposed to be a major part of my consultation role. » (JECMHD 01; 57)

4.1.2.2 Respect envers le consultee

La réussite de la consultation dépend de l'attitude du consultant envers le consultee. Respecter le consultee sous-entend que l'ICS doit le voir comme ayant lui aussi des connaissances. Elle doit respecter le fait qu'il puisse accepter ou refuser ses recommandations. Les extraits suivants illustrent non seulement le respect mais aussi l'ouverture d'esprit qu'elle doit posséder.

« You need to understand that people might not want to do every thing in your suggestions or that they might need support to try to do some of those things... I think you have to acknowledge what they know and respect what they want and what they bring. » (JECMHD 01; 734)

« Sometimes I get consulted for a very sophisticated level of intervention and sometimes it's very basic and you have to look at where it's coming from too. I think you need to be open and curious as to what's bringing that consultation but also how do you manage it so that the person is satisfied with the information and that you have been helpful but not annoying... and so I think sometimes too, you need to set limits. » (JECMHD 05; 492)

4.1.2.3 Habileté à travailler en interdisciplinarité et flexibilité

L'extrait suivant illustre bien que l'ICS doit-être capable de fonctionner avec des individus ayant leur propre personnalité et qui sont aussi des experts dans leur domaine. La flexibilité est reliée au fait que l'ICS doit être capable de répondre aux demandes de consultations pouvant survenir à n'importe quel moment. Elle doit donc s'avoir prioriser ses activités ainsi que les consultations.

« Alors ça prend quelqu'un qui est capable de travailler en équipe avec différentes équipes... de travailler avec différents types de professionnels, différents types de personnalités. Une consultation n'est pas nécessairement prévue entre 9 heures et 10 heures, ça peut arriver à n'importe quel moment de la journée, donc ça prend quelqu'un de flexible! » (JECMHD 02; 777)

Trois autres éléments significatifs ont été soulevés par les participantes comme faisant partie des qualités qui leur permettaient de réussir, non

seulement dans leur rôle de consultante, mais aussi dans le reste de leurs fonctions. Il s'agit de l'autonomie, du pouvoir d'influencer et celui de pouvoir négocier.

4.1.2.4 Autonomie

L'autonomie réfère à la capacité de l'ICS de pratiquer de façon indépendante, de pouvoir faire seule le choix d'un traitement ou d'une intervention sans devoir obtenir l'approbation d'un médecin ou d'un représentant de l'organisation.

« I count a lot on my expertise, my knowledge because I'm almost alone in making any decisions... A lot of autonomy! It's so specialized in my field that nobody else around you is capable of helping you if you have a question... So as a specialty, you feel like you are acting alone. » (JECMHD 08; 343)

4.1.2.5 Pouvoir d'influencer

Le pouvoir d'influencer fait allusion aux habiletés, à l'expertise et au leadership que détient l'ICS, et qui lui permettent d'expliquer certaines problématiques, de mettre en place des programmes car sa vision et ses connaissances sont considérables. Cette citation fait état du pouvoir d'influence et des différents impacts qu'elle peut-exercer avec celui-ci.

« I think involving a CNS in care, can be very good for the patient outcomes. I think we do have influence in terms of what actually happens to the patient both in terms of educating the patient and affecting the quality of care that the patient receives. I think that sometimes, we make it go faster just by our very presence and we clarify a lot of the ambiguity in the situation... I think that the CNS has a lot of power! I think that it's power of influence! We have a lot of power in terms of affecting the quality of care, influencing programs that go ahead and programs that don't, we look at specific populations and how they are cared for. » (JECMHD 05; 582)

4.1.2.6 Pouvoir de négociation

Le pouvoir de négociation est étroitement lié à son leadership, à sa réputation en tant qu'experte et à sa renommée au sein de l'organisation. En

tant que consultante, l'ICS doit être capable d'émettre son point de vue par rapport à un traitement, de négocier des modalités de soins pour des patients qui sont à la fois uniques et très malades.

« La négociation fait définitivement partie de tous les rôles de la clinicienne et je pense qu'il fait énormément partie de la consultation! » (JECMHD 03; 651)

Les résultats présentés précédemment démontrent le sens autocritique des ICS. Elles ont pu identifier les caractéristiques, les habiletés ainsi que les compétences jugées nécessaires pour maximiser leur rôle de consultante. Elles ont aussi indiqué qu'elles faisaient preuve d'autonomie et qu'elles usaient de leur pouvoir pour influencer l'avancement des soins de santé et pour en négocier différents aspects dans le but d'en améliorer la qualité.

4.2 Consultee

Selon les participantes, le consultee, qui sollicite la consultation pour les différents motifs déjà mentionnés, doit, lui aussi, posséder des qualités particulières qui le feront bénéficier le plus possible de la consultation. La clarté, la concision, le respect et le soutien envers la consultante ainsi qu'une attitude favorisant la collaboration font partie des résultats obtenus. Une participante déclare que le consultee n'est pas un *tableau vide* « blank slate » (JECMHD 01; 758). Une autre précise qu'il apporte lui aussi une expertise et des connaissances à la table (JECMHD 03; 568).

« Le consultee doit bien connaître la situation, pourquoi il vient nous demander en consultation... à la limite du possible d'avoir une certaine compréhension de ce que je peux lui offrir et d'être flexible. » (JECMHD 03; 618)

Ces deux citations résument ce qu'ont exprimé la majorité des participantes comme étant leurs attentes envers le consultee :

« D'être clair dans leurs demandes! Je m'attends à avoir de l'information de la part des personnes qui demandent une consultation et du soutien dans le sens que si j'ai besoin d'information à savoir

qu'est-ce qui s'est passé, je dois être capable de l'obtenir et d'obtenir aussi de la collaboration de la part de l'équipe... Ils doivent être capables de travailler en équipe, d'être clairs, nets et précis le plus possible, d'être ouverts à ma suggestion... et d'avoir du respect entre professionnels et de la collégialité. » (JECMHD 02; 828)

« ... They may not agree with it [consultation] and they are free to disagree with it but you hope that at least they will listen... The other thing that is good is when the consultee thinks that the ideas that we have come up with together are worth trying. I think it's ok if they think about it and they act on it and then we get some direct feedback. That's the right thing to do so that the consultation role becomes more successful. » (JECMHD 01; 789)

Cette section nous a permis de comprendre les habiletés et les caractéristiques que les ICS voyaient comme essentielles chez le consultee afin que la consultation soit efficace, qu'elle soit une réussite. Ces qualités, celles de l'ICS comme celles du consultee, sont autant d'éléments qui faciliteront la consultation.

4.3 Relation entre le consultant et le consultee.

La relation qui s'établit entre la consultante et le consultee influence grandement le résultat de la consultation. Il est indéniable que chaque intervenant apporte avec lui son expérience, son bagage de connaissances, sa personnalité, et que ceux-ci façonnent le déroulement de la consultation; ils influent également sur le résultat. Il n'est donc pas étonnant que les résultats illustrent en partie que les ICS perçoivent cette relation comme devant miroiter les mêmes qualités qu'elles s'étaient accordées à elles-mêmes ainsi qu'au consultee. La dynamique entre les intervenants d'une consultation doit être fondée en tout premier lieu sur le respect mutuel, puis sur la collaboration. Les citations présentées sont essentielles puisqu'elles décrivent les éléments identifiés comme importants par les participantes dans cette relation.

« En premier, je verrais ça comme une dynamique de relation professionnelle ou est-ce qu'un autre professionnel a des besoins. Il recherche une expertise, des connaissances chez une autre personne qui est considérée comme expert devant elle... puis c'est ça une relation

professionnelle, d'échange d'information et puis il y a aussi du « give and take » des fois. C'est comme une société, c'est comme ça que je vois ça! » (JECMHD 03; 565)

« I think that it should be very much a collaborative one! ... I think there has to be openness to collaboration! I think people have to be able to see what you bring to the table. » (JECMHD 05; 475)

« There has to be openness on both sides. I have to feel it that I'm being allowed to have all the information. An openness to look at that information from different angles. And an openness to try something a little bit different » (JECMHD 07; 515)

Les participantes ont identifié que les deux intervenants devaient se respecter mutuellement. Leur relation doit être bâtie sur un respect réciproque, dans un environnement ouvert au partage des connaissances et à l'apprentissage mutuel. Les deux intervenants doivent donc assumer leur part de responsabilités dans le processus de consultation.

« ... the nurses are funny. I think by in large they don't like to be seen as needing to consult another nurse... Part of that is recognizing when in fact you're being consulted. Because it doesn't come across as: I would like to consult you on a particular problem I am having with a patient and a family situation. It's like: " Who are you here to see? Well that patient..." and then they've got something to talk to you about... In fact I don't really need help but is she sending me something I might be able to use. That's an informal consultation. Nothing ends up in the chart but it's something about their patient care. » (JECMHD 07; 588)

La section qui précède dressait un portrait des caractéristiques et qualités que l'on doit retrouver, tant chez le consultee que chez la consultante, pour que leur relation facilite le propos de la consultation. Cette relation prend naissance dans le respect mutuel et le désir de collaborer. Elle doit s'établir dans le plus grand professionnalisme afin que la consultation s'avère des plus prospère.

5. MODÈLE SYNTHÈSE DE LA CONSULTATION

Les résultats de cette étude, nous ont permis de constater que certains des thèmes et des sous-thèmes s'influençaient les uns les autres. Nous avons résumé ceux-ci à l'aide d'un modèle synthèse situé à la page 84 (figure 3). Ce modèle ne représente pas un système mais bien les résultats obtenus. Il représente le rôle de consultation tel qu'interprété par l'étudiante chercheuse à partir de l'expérience explicitée par les participantes. Ce modèle synthèse indique tout d'abord que les intervenants dans la consultation, soit l'ICS qui est la consultante et le consultee, exercent une influence l'un sur l'autre; de plus, ils sont responsables de l'atteinte du but de la consultation. En outre, chaque participant entre en relation avec l'autre en y apportant ses propres caractéristiques. L'ICS, dont le rôle est basé sur la PIA, doit détenir certaines compétences au départ. L'ICS, en tant que consultante, est influencée par plusieurs facteurs contextuels; ces facteurs, positifs ou négatifs, ont été identifiés dans cette section. Finalement les participantes ont constaté qu'elles rencontraient trois principaux défis : l'ambiguïté du rôle, l'évolution du rôle et l'évolution de l'environnement. Elles ont toutefois identifié deux stratégies pour surmonter ces défis, soit la clarification du rôle et la pratique réflexive. Les résultats de notre recherche démontrent bien que le déroulement et le résultat de la consultation sont influencés plus ou moins directement par de multiples facteurs.

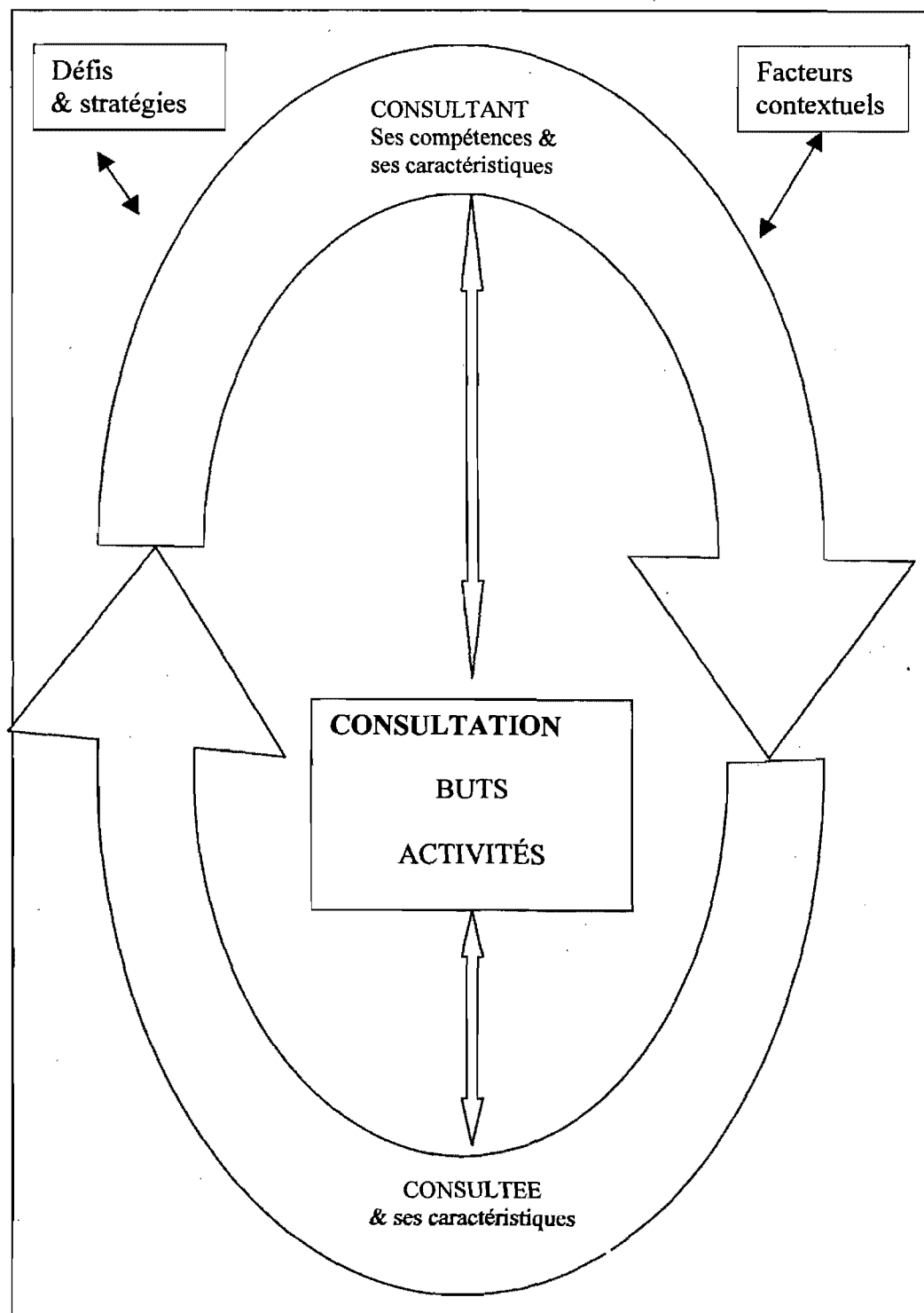


Figure 3. Modèle synthèse de la consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée.

6. RÉSUMÉ

En résumé, les résultats relevés dans ce chapitre, nous ont permis de comprendre comment les participantes concevaient leur rôle de consultation. Elles se voient comme des gestionnaires de situations de crise qui doivent aussi assurer la continuité des soins à la population hospitalisée; elles doivent aussi, en plus de nombreuses autres tâches, voir au soutien et au développement de son équipe. Il est évident pour elles que les buts de la consultation demeurent le partage des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins de santé. Les ICS commencent à développer des indicateurs qui peuvent justifier et mesurer l'impact de leur rôle, en tant qu'ICS et en tant que consultante, malgré que la plupart d'entre eux soient de type informel. L'ICS classifie en différentes catégories la consultation telles que formelle, informelle, externe. Le processus de consultation se divise en quatre phases : la clarification, l'évaluation et la cueillette de données, l'intervention et, finalement, l'évaluation de l'efficacité de la consultation. Plusieurs facteurs situationnels ont été identifiés comme ayant un impact sur la consultation. Trois défis importants ont été soulevés : l'ambiguïté du rôle de l'ICS en général et celle reliée plus précisément à son rôle de consultation; l'évolution du rôle de l'ICS et celle de son environnement. Finalement, la clarification du rôle et la pratique réflexive ont été identifiées comme étant des stratégies favorables à la survie dans leur rôle. Un modèle-synthèse a donc été élaboré afin de pouvoir illustrer les grands thèmes issues de notre étude.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Ce chapitre présente la discussion des résultats qui sont ressortis de l'analyse thématique effectuée au cours de cette recherche et selon l'état actuel des connaissances. En répondant aux questions de recherche nous avons atteint notre but : décrire le rôle de consultation de l'ICS auprès de la clientèle adulte en milieu hospitalier. Nous ferons d'abord part de la réflexion que nous avons livrées sur le concept de « rôle » ainsi que sur l'ambiguïté qui entourait le domaine de la pratique et le rôle primaire de consultation de l'ICS. Ensuite, la discussion sur les résultats ainsi que le modèle conceptuel de Barron & White seront présentés. Puis, les points suivants seront abordés : la conceptualisation du rôle de consultation de l'ICS; les caractéristiques nécessaires au consultant et au consultee afin que la consultation soit efficace; les facteurs contextuels qui influencent le rôle de l'ICS en général et celui de la consultation plus particulièrement; les défis auxquels les ICS font face régulièrement et les stratégies qu'elles ont mises de l'avant pour les surmonter. La portée scientifique et la pertinence sociale de notre étude seront ensuite démontrées. Finalement, il sera question de l'impact des résultats sur la pratique, la formation et la recherche. Les résultats de cette étude serviront à faire avancer les connaissances en pratique infirmière avancée quant au champ primaire de l'ICS et son rôle de consultation.

1. THÉORIE DU RÔLE ET RÔLE DE CONSULTATION

La théorie du rôle qui a été présentée dans le cadre de la recension des écrits, nous a permis de mieux comprendre les différents enjeux du rôle de l'ICS selon les cinq postulats proposés par Biddle (1986). De plus, Murray (1998) a ajouté que les comportements sociaux s'effectuent selon des modèles et de façon plutôt prévisible; ils ne doivent pas pour autant être rigides et statiques. Les rôles sont donc influencés par la société, la culture et l'individu lui-même.

Le contexte de développement du rôle de l'ICS est donc celui de la PIA. De plus, il subit une certaine socialisation à travers la formation universitaire, la

société qui est représentée par l'organisation, l'expertise développée dans son champ de spécialisation et la culture ou les attentes qu'on a envers elle. Il est facile de comprendre que le rôle de l'ICS devient ambigu lorsque les attentes que l'on a envers elle ne sont plus claires ou que ses responsabilités ne sont pas bien définies. Les résultats de notre étude font état plutôt d'une évolution qui s'est faite au fil du temps et en réponse aux demandes faites par l'environnement. L'ambiguïté du rôle de l'ICS est due à ces changements constants de l'environnement. L'organisation exige que l'ICS s'adapte à ces besoins, ce qui cause une incessante transformation de son rôle et des objectifs qu'elle visait. De ce fait, l'ICS doit continuellement clarifier son rôle auprès des intervenants et de l'organisation.

2. RÉSULTATS ET LES PRINCIPES DU MODÈLE CONCEPTUEL

Dans cette partie, nous discuterons des résultats en fonction du modèle de Barron & White, qui a servi de fil conducteur pour notre étude.

Le modèle de consultation de Barron & White (2009) a servi de cadre conceptuel pour ce projet de recherche et pour la formulation du questionnaire guide. Ce modèle est le seul, à notre connaissance, qui illustre de façon détaillée les différents éléments de la consultation en PIA. Il en fait l'objet d'une présentation détaillée dans le chapitre sur la recension des écrits. Les résultats ont démontré que les étapes de la consultation sont identiques au modèle de Barron, et malgré l'évolution de ce modèle à travers le temps (1989, 1996 et 2009), il demeure encore le modèle conceptuel auquel on réfère le plus. Notre modèle (Voir figure 3, p 85), lui, démontre que la relation créée entre le consultant et le consultee influence grandement les buts et le résultat de la consultation. Il définit que chacun des intervenants possède ses propres caractéristiques et que la consultante doit détenir, en plus des caractéristiques énoncées, les compétences spécifiques décrites dans la partie des résultats. Notre modèle établit que le consultant est influencé par des facteurs contextuels et aussi par les pressions de l'environnement. Le modèle de Barron & White

n'illustre pas les relations créées entre les différents intervenants et celles établies avec le patient.

Une nouvelle notion vient s'ajouter au rôle de consultation de l'ICS. Dans le modèle traditionnel de consultation, celui de Caplan, le consultant n'a que le pouvoir d'émettre des suggestions; il n'a aucun pouvoir de prescription et ne détient aucun pouvoir sur la gestion des patients. Les participantes ont pourtant affirmé qu'elles sont responsables de leurs recommandations; elles sont aussi souvent responsables d'effectuer les interventions qu'elles ont suggérées, telles que des recommandations pour la douleur, ou encore lorsqu'elles sont consultées pour remédier à une situation de crise.

3. PRINCIPAUX THÈMES EN LIEN AVEC L'ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

Il est important avant tout de mentionner que malgré le fait que les domaines de pratique de l'ICS, qui sont issus de la PIA (experte clinique, éducatrice, consultante, leadership et chercheure), soient décrits et traités séparément dans la littérature (RNAO, 2004; Bamford & Gibson, 2000; Sparacino, 2000; McFadden & Miller, 1994), il n'en demeure pas moins que, dans la réalité quotidienne de l'ICS, ces domaines se chevauchent. C'est surtout vrai pour les trois premiers domaines. Il est donc difficile pour elles de les dissocier (Manley, 1997). Au cours de cette étude, le phénomène est apparu évident lorsque les participantes avouaient leur difficulté à discerner quand la consultation devenait une forme d'éducation ou une intervention clinique. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'elles aient de la difficulté à différencier le rôle de consultante de celui d'éducatrice car dans les deux cas, il s'agit de partage de connaissances! Si ces rôles primaires que tient l'ICS sont difficiles à cerner par elle-même, comment ne peuvent-ils pas l'être pour les autres professionnels?

Notre étude démontre que le partage des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins sont les principaux buts du rôle de consultation de l'ICS. Les résultats nous apprennent que les ICS perçoivent, à travers leur expérience, que le rôle de consultation s'exerce dans trois principales activités quotidiennes : gérer des situations de crise; assurer la continuité des soins aux patients; soutenir et développer des équipes de soins.

3.1 Buts de la consultation

3.1.1 Partage des connaissances

Notre étude confirme ce qui a été décrit dans la littérature depuis que la PIA a vu le jour et que l'on a circonscrit le rôle de consultation. Elle établit que l'ICS se perçoit comme une experte ayant des connaissances avancées dans un domaine clinique spécifique, leur spécialisation. Nous avons constaté que lorsque l'ICS est sollicitée, sa consultation ne se limite pas au partage de ses connaissances sur une pathologie spécifique ou sur un besoin psychosocial particulier; elle doit aussi veiller à ce que l'organisation implante des objectifs de soins adéquats pour ce genre de patient. Contrairement à tout autre consultant, cette tâche s'ajoute à celle d'assurer la continuité et la qualité des soins dispensés au patient. Ceci prouve bien que sa consultation est plus complexe et exige plus de temps que celles effectuées par d'autres types de consultants, qui ne font qu'émettre des recommandations (Barron & White, 2009 ; Caplan, 1970).

3.1.2 Amélioration de la qualité des soins

Les résultats concordent avec la littérature quant à la responsabilité qui revient à l'ICS d'assumer la promotion et le maintien des standards de soins dans la pratique. Elle évalue la pratique clinique en participant ou en dirigeant des cercles interdisciplinaires de qualité ou en élaborant des cheminements cliniques « clinical pathway ». Un grand nombre des ICS de l'institution où a eu lieu notre étude, sont aussi engagées dans le développement des lignes directrices et l'implantation des pratiques exemplaires en soins infirmiers. Le

travail de consultation des participantes, tel que décrit dans nos résultats sur l'amélioration de la qualité des soins, sous-entend qu'elle est consultée pour des situations très complexes dont elle détient les solutions, à cause de son expertise, de sa connaissance de l'environnement, de son pouvoir d'influence et de négociation. De plus, l'ICS a le pouvoir d'influencer les objectifs de santé à trois niveaux : les objectifs centrés sur le patient; ceux reliés au système de santé et ceux qui sont centrés sur les soins infirmiers.

3.2. Types d'activités en consultation

La plupart des écrits portant sur la PIA traitent le plus souvent de la conception théorique des champs de pratique de l'ICS, dont la consultation; ils abordent également les compétences nécessaires pour accomplir leur rôle (Hamric, 2009; Bryant-Lukosius & al., 2004; Dunn, 1997; Davies & al., 1995). De nos jours, on tente encore de décrire en quoi consiste exactement la consultation dans la pratique journalière. L'importance de cerner les activités de consultation de l'ICS est toujours présente car cette précision servira à utiliser de mieux en mieux le temps de l'ICS et à maximiser son rendement. Les résultats de notre recherche viennent démontrer que l'ICS passe une grande partie de son temps en consultation, soit dans trois types d'activités : elle gère les situations de crise; elle assure la continuité des soins; elle contribue grandement au développement et au soutien des équipes de soins.

3.2.1 Gestion des situations de crise

Parmi les situations de crise, trois situations se distinguent : les situations en fin de vie; les situations de conflits interprofessionnels et de conflits entre les professionnels et la famille du patient.

Les résultats montrent que la gestion des situations de crise est un nouveau phénomène vécu par l'ICS. Il est important de noter que les participantes distinguent les situations complexes des situations de crise. Elles considèrent cette différence comme étant fondamentale et importante!

Les consultations en situations de fin de vie ne concernent pas uniquement les dernières étapes de la vie considérées comme faisant partie des soins palliatifs. Nos résultats démontrent que les conflits et les situations en fin de vie ne se retrouvent plus qu'aux soins intensifs ou palliatifs; ils se retrouvent maintenant dans la plupart des unités quelle qu'en soit la spécialité. Ceci a pour effet que l'ICS doit développer une expertise dans ce domaine. La majorité des ICS interviewées affirment que le nombre de consultations liées à cette problématique a fortement augmenté et qu'elles sont reconnues comme étant la ressource professionnelle la plus apte à gérer ces situations, peu importe leur champ de spécialisation.

Les participantes rapportent qu'elles sont maintenant reconnues comme expertes en situations de crise. Elles sont considérées comme des mentors capables de guider et de conseiller le personnel lors de situations difficiles comportant des dilemmes éthiques, de la violence, de l'abus ou des conflits avec des membres de la famille du patient. Cette dimension permet à l'ICS de bien travailler avec le personnel et de contribuer à l'outiller adéquatement. Cet impact positif résulte en une meilleure prise en charge du patient par le personnel qui, à son tour, devient plus compétent. En plus d'être une nouvelle raison pour que l'ICS soit consultée, cet aspect constitue un élément neuf pour la littérature.

3.2.2 Assurer la continuité des soins

Un nouveau concept semble émerger de l'étude : le fait que, de plus en plus, l'ICS doit assurer la continuité des soins d'une certaine population et suivre une situation complexe parfois unique au delà de son unité de soins et même jusque dans la communauté. Deux éléments précurseurs à ce concept sont : sa spécialisation et la complexité de la situation. Ce concept reflète les besoins de notre société actuelle, où les soins sont devenus de plus en plus complexes et spécialisés.

3.2.3 Soutien et développement des équipes de soins

Les écrits actuels ne font pas état du fait que l'ICS est reconnue comme source de soutien, pour sa propre équipe et souvent pour d'autres spécialistes. Les participantes perçoivent comme une responsabilité ce que la majorité appelle une demande de formation. Ce type d'activités a pour but de soutenir le consultee (ou l'équipe), de le rassurer dans sa planification de soins et de le faire évoluer. Il faut donc s'assurer que l'ICS aura, elle aussi, la formation appropriée et le soutien nécessaire pour accomplir cette tâche.

Les activités décrites plus avant font partie des nouvelles attentes que l'on a envers l'ICS. Il faudra donc en tenir compte lors de leur formation universitaire si on veut les outiller convenablement. L'organisation devra aussi tenir compte de l'existence de ces nouvelles activités afin de pouvoir maximiser le potentiel du rôle de l'ICS, assurer son développement et sa survie!

3.2.4 Indicateurs des résultats de la consultation

Plusieurs auteurs affirment que si l'on veut clarifier le rôle de l'ICS, il faut décrire en quoi consiste ses activités et préciser quelle est sa contribution aux objectifs de soins et quels sont les coûts financiers associés (Darmody, 2005; Sparacino, 2000; Scott, 1999; Brown, 1997; York & al., 1997; Davies & Hughes, 1995; McFadden & Miller, 1994). Malgré tout cela, l'ICS et les gestionnaires ont encore de la difficulté à démontrer son impact sur les soins et sa contribution aux objectifs de santé, car il est toujours difficile de trouver des indicateurs pouvant le démontrer. Quelques-unes des participantes ont des indicateurs *formels* qui peuvent être quantifiés, alors que la plupart ont des indicateurs dits *informels*, qui ne sont pas quantifiables ou ne peuvent être traduits en mesure de rentabilité et sont moins évidents. Notre étude témoigne donc que cette difficulté persiste encore de nos jours. Si l'ICS veut assurer sa survie, elle doit être capable de décrire ses activités, démontrer son impact en produisant des indicateurs démontrant sa rentabilité, surtout dans un système de

santé qui doit s'assurer que les patients reçoivent les meilleurs soins, au bon moment et ce de façon efficace/rentable.

4. DÉFIS ET STRATÉGIES

4.1 Défis

L'ICS fait quotidiennement face à différents défis. Trois d'entre eux rendent son implantation et son évolution particulièrement difficile. De plus, comme l'ICS et sa gestionnaire sont incapables de démontrer son impact sur les soins et l'organisation, il semble que le rôle de l'ICS soit toujours remis en question lorsque vient le temps des coupures budgétaires. À l'ambiguïté persistante de son rôle en général vient s'ajouter le fait qu'il est en constante évolution et son environnement également. De plus, grâce à ses compétences, son expérience, sa compréhension des problématiques de santé et celles du système de santé, l'ICS a la capacité de s'adapter facilement aux changements (rôle et environnement). Il n'est donc pas étonnant de voir que parfois on ne sait plus pour quelle raison on doit la consulter!...

Plusieurs auteurs ont identifié que certains éléments cultivaient l'ambiguïté du rôle de l'ICS. Il y a tout d'abord l'absence d'objectifs bien définis liés aux rôles de l'ICS et antérieurement avec ceux de l'infirmière praticienne (IP). De plus, le développement, l'implantation et l'évaluation des domaines de compétence en PIA sont influencés par plusieurs facteurs. À l'instar des études mentionnées, les résultats semblent plutôt attribuer le manque de connaissances sur le rôle de l'ICS à son évolution dans le temps et à son adaptation constante aux demandes faites par l'environnement. Ce sont ces éléments qui sont responsables de l'ambiguïté qui règne autour du rôle de l'ICS. L'ICS connaît bien les différents aspects de ses rôles primaires et de son champ de pratique car elle doit constamment prioriser ses activités afin de pouvoir répondre aux besoins de son environnement.

4.2 Stratégies

En dépit des défis identifiés dans notre recherche, les participantes ont mis en place des stratégies intéressantes pour contrer l'ambiguïté du rôle et les effets causés par son évolution ainsi que celui de leur environnement. Ces stratégies sont la clarification de leur rôle et la pratique réflexive.

L'ICS tente de saisir toutes les occasions qui se présentent à elle afin de clarifier ses rôles (experte clinique, éducatrice, consultante, etc.) et ses compétences. Dans l'institution où a eu lieu notre projet, certaines ICS participent au processus d'orientation du nouveau personnel infirmier et médical où elles ont la possibilité de clarifier leur rôle. Un groupe d'ICS a développé un formulaire de consultation qui indique les raisons majeures pour lesquelles on pourrait les consulter. Elles en sont encore au stade de projet pilote. La clarification du rôle est une stratégie mise en place par les participantes afin d'expliquer aux autres professionnels les différents aspects de leur rôle. Il est primordial de s'assurer qu'une ICS novice ait les ressources nécessaires pour bien comprendre son rôle, s'adapter aux nombreuses demandes qui lui sont faites et atteindre les objectifs qui lui sont fixés.

L'autre stratégie, utilisée par les ICS afin d'améliorer leur communication, est la pratique réflexive. La pratique réflexive a pour but de faciliter le changement, dans la pratique et en soi (Williams & Walker, 2003). La réflexion peut être un facilitateur de changement sans que le changement soit imposé. (Page & Meerabeau, 2000). Ces auteurs indiquent aussi que la pratique réflexive peut amener des changements dans la pratique clinique. Il a été rapporté que toutes les ICS du centre où s'est déroulée notre étude font partie d'un groupe de pratique réflexive. Les groupes de pratique réflexive garantissent aux ICS un endroit où elles peuvent se réunir et s'apporter du soutien. Elles y ont l'occasion d'échanger sur des problématiques organisationnelles communes, d'évaluer certaines des situations difficiles qu'elles ont vécues et de réfléchir sur des solutions possibles, de nouvelles

approches, des façons de faire qui les aideront à mieux gérer la situation la prochaine fois. Ces échanges risquent de provoquer un changement positif en elles-mêmes ou dans leur pratique, tout en leur apportant une bonne dose de valorisation. La pratique réflexive est une activité précieuse pour l'apprentissage mutuel « mutual learning ». Un formidable trésor de connaissances est ainsi regroupée!

5. FACTEURS CONTEXTUELS INFLUENÇANT LA CONSULTATION

Barron & White (2009) décrivent les facteurs contextuels comme étant ceux qui sont inhérents à l'organisation ou au personnel qui prend soin du patient. Il est évident que plusieurs facteurs peuvent influencer le processus de consultation. Parmi ces facteurs, il y a ceux qui se rapportent à la qualité des relations qui se développent entre le personnel et le patient ou entre les membres du personnel. Un manque de ressources peut survenir, des divergences politiques au sein de l'institution, ou encore des changements fréquents ou rapides au niveau organisationnel. Selon les auteurs, ces facteurs influencent la perception du consultant quant à l'importance de la consultation. Les résultats obtenus au cours de cette étude font plutôt état des facteurs qui peuvent influencer le développement, le maintien, la survie du rôle de l'ICS et, par conséquent, celui de la consultation. Les facteurs qui ont été identifiés par les participantes et qui seront discutés sont : l'environnement; le soutien administratif et celui des pairs; l'influence des rôles infirmiers antérieurs; le modèle de rôle. Finalement les conflits interpersonnels sont, quant à eux, perçus comme des facteurs nuisant au développement de l'ICS.

5.1 Environnement

Il est important de rappeler que l'environnement fait référence au milieu où oeuvrent l'ICS et les autres professionnels de la santé. Il inclut l'organisation qui, elle, comprend ses objectifs de santé, les priorités visées, la vision et les valeurs de l'institution. Il est évident que l'environnement

influence grandement l'ICS et la façon dont elle met en œuvre son rôle de consultation. La valeur et la place que donne l'organisation à ce rôle sont importantes si elle souhaite son bon développement. Il ne faut certes pas oublier que l'environnement n'est pas un milieu stagnant. Au contraire, il subit lui aussi les influences du système de santé, fait face à des pénuries de ressources, au développement technologique et à une population de plus en plus âgée qui requiert des soins de plus en plus aigus.

5.2 Influence des rôles infirmiers antérieurs

L'influence des rôles infirmiers antérieurs est définie par les participantes comme étant le travail amorcé par d'autres infirmières auprès de la même population ou dans une même spécialisation, avant la mise en place du rôle de l'ICS. Elles valorisent le travail fait par leur prédécesseures et le considèrent comme étant le fondement de leurs propres fonctions. De plus, certaines participantes ont identifié que le fait d'avoir eu un *modèle de rôle* avait été bénéfique pour elles. Il nous apparaît donc important de comprendre que si l'ICS a un rôle crucial de modèle à jouer, en consultation et dans d'autres rôles primaires, ceci devrait faire partie intégrante de sa formation.

5.3 Soutien administratif et soutien des pairs

Aux yeux des ICS interviewées, le soutien de l'administration et de ses pairs est primordial. En outre, le soutien des gestionnaires en soins infirmiers est non seulement essentiel au moment de l'implantation mais tout au long du développement de l'ICS dans ses différents domaines de pratiques incluant la consultation. Ce soutien est bien identifié dans la littérature. Par contre, il demeure alarmant de constater que les gestionnaires continuent d'être incapable de justifier les contributions majeures de l'ICS. Le soutien des pairs a été identifié par les participantes comme étant très important. Elles lui attribuent leur survie. La valeur inestimable attribuée par les ICS au soutien de leurs pairs est en partie due à leur diversité, non seulement dans leur spécialisation mais dans l'interprétation même de leur rôle, qui diffère de l'une à l'autre. Cette

diversité crée un immense répertoire de ressources, de soutien et d'apprentissages réciproques « mutual learning » dans lequel elles peuvent puiser. Le phénomène de consultation et de soutien entre infirmières et entre infirmières consultantes n'est pas nouveau. Kearney & Yurick (1996) avance que ce type de consultation devrait être favorisé et encouragé, surtout en PIA. Il est donc important que l'on favorise ce type d'échanges.

5.4 Conflits interpersonnels

Les conflits interpersonnels ont été identifiés lors de l'étude comme étant des facteurs contraignants dans l'implantation et le maintien de leur rôle. Ces conflits sont attribués à des difficultés de communication, à un manque de soutien lorsque le rôle est nouveau ou à la méconnaissance des fonctions et objectifs de l'ICS. Bien que certaines participantes aient soulevé ce thème, il n'était pas ressorti dans la littérature alors qu'il était un facteur important pour les participantes quant à l'implantation de leur rôle.

Les facteurs précédents sont autant d'éléments identifiés par les participantes comme ayant une influence sur leur rôle de consultation, que se soit lors de l'implantation du rôle ou tout au long de son développement. Il ne faut pas oublier que l'ICS doit constamment s'adapter aux besoins immédiats de l'environnement, qui sont en changement constant, comme il a déjà été mentionné. Le fait qu'elle soit reconnue par l'organisation pour son expertise et sa grande capacité d'adaptation et de flexibilité, ce qui lui permet de répondre rapidement aux nécessités de l'organisation, font d'elle une ressource inestimable. D'autre part, il faut retenir que la réussite de la consultation dépend de la clarté de son but, de l'ICS, du consultee et de la dynamique qui se crée entre eux.

6. CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTS

Malgré le fait que la consultation soit basée sur une relation non hiérarchique fondée sur la collaboration, son bon déroulement dépend aussi des

individus qui sont à la base de cette dynamique (Barron & White, 2009). Les résultats rapportés expriment que la dynamique pendant le processus de consultation dépend des caractéristiques du consultant, du consultee et de la relation qui se développe entre eux.

6.1 Facteurs reliés à la consultante (ICS)

Comme toute infirmière qui a pour base la PIA, l'ICS doit posséder les huit compétences énoncées dans la recension des écrits. Nos résultats ont démontré que les participantes perçoivent les compétences comme étant essentielles tout comme les auteurs déjà cités. D'autres éléments ont été retenus lors de notre étude, il s'agit plutôt d'habiletés reliées à l'ICS en tant que personne. Le pouvoir d'influencer et de négocier sont des habiletés qui sont étroitement liés à son expertise, à son leadership et à sa renommée auprès de l'organisation et à sa capacité de verbaliser les problématiques en jeu et sa vision et sa capacité de négocier des modalités de soins à la fois uniques et spécifiques. L'ICS doit aussi prendre conscience que le consultee possède son bagage de connaissances et d'expériences, il n'est pas une *page blanche* (blank slate). Il est évident que lors de l'implantation d'un rôle d'ICS, l'organisation doit s'assurer que les politiques d'embauche respectent et favorisent les éléments fondamentaux qui définissent l'ICS. Ces éléments sont : le niveau de scolarisation approprié ; une base en PIA et un minimum d'expertise dans le domaine de spécialisation. Elle doit mettre en place les ressources nécessaires à son développement et à l'atteinte de ses objectifs.

6.2 Facteurs reliés au consultee

Barron & White (2009) abordent très peu les compétences ou caractéristiques du consultee sinon que pour dire que ce dernier sollicite une consultation soit parce qu'il a un manque de connaissances ou qu'il fait face à une incertitude. Notre étude a révélé que tous ces éléments n'étaient pas réellement des habiletés requises chez le consultee, mais qu'il s'agissait plutôt des attentes que les participantes avaient à son égard. Elles attendent de lui le

respect, le soutien et la collaboration; elles espèrent aussi que leur demande en consultation soit claire et concise. Il est donc évident qu'il faut instruire les futures ICS et leurs équipes de consultation afin qu'elles puissent discerner les difficultés rencontrées par le consultee afin de pouvoir l'aider.

6.3 Facteurs reliés à la dynamique entre la consultante et le consultee

Les participantes ont mentionné que la consultation ne peut être efficace que si leur relation est basée sur le respect mutuel et la collaboration, ceci malgré le fait que chacun des intervenants apporte avec lui son expérience, son bagage de connaissances et sa personnalité. Tous ces éléments sont autant de facteurs qui vont influencer le déroulement et le résultat de la consultation, les intervenants doivent donc assumer leur part de responsabilité

7. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La force de cette étude réside dans le fait que notre recherche établit un lien entre la théorie et la pratique à partir du modèle théorique le plus utilisé dans la pratique infirmière avancée (Barron & White, 2009) et qu'elle est validée à partir de l'expérience des participantes. De plus, cette recherche apporte des pistes précises qui sont importantes pour les départements de soins infirmiers quant à ce qui doit être mis sur pied afin de développer et soutenir le rôle de l'ICS.

Cette étude réussit à décrire en détails certaines activités menées par l'ICS en consultation : la gestion des situations de crise, l'assurance de la continuité des soins au-delà de l'unité même. Elle explique, à travers la théorie du rôle, que le rôle de l'ICS et celui de la consultation ne sont pas ambigus mais qu'ils évoluent plutôt avec le temps et les besoins de l'environnement. Résultat : il faut continuellement les clarifier.

Le devis de type descriptif intuitif est tout à fait justifié et nous a permis de décrire, non seulement comment était perçue la consultation, mais aussi de

comprendre que les intervenants, consultant et consultee, devaient posséder certaines caractéristiques pour que la consultation soit efficace et réponde aux besoins exprimés.

La procédure de sélection d'un échantillon a été suivie à la lettre. Les participantes ont été choisies à cause de la correspondance de leurs caractéristiques avec les buts de la recherche et selon les critères d'inclusion qui, eux, avaient fait l'objet d'un choix conscient et raisonné de la part de l'étudiante chercheuse. La taille de l'échantillon est petite, mais la qualité de l'information fournie par les participantes nous a permis de mieux comprendre le rôle de consultation.

Cette étude ayant été effectuée dans une seule institution de la province, il est possible que les résultats soient idiosyncrasiques, donc particuliers à cette institution. La taille de l'échantillon, qui ne représente qu'environ 16 % du nombre d'ICS oeuvrant dans cet établissement, limite la possibilité de généraliser les résultats. Cependant, le fait que plusieurs des résultats reflètent les écrits sur le sujet suggère une certaine transférabilité.

Le fait que l'étudiante chercheuse soit elle-même ICS peut être perçu comme une force ou une limite. Afin de préserver sa crédibilité et prouver qu'elle n'a pas biaisé les résultats de l'étude, l'étudiante chercheuse s'est rigoureusement soumise au processus décrit dans la partie de la méthodologie traitant des critères de scientificité. Après avoir élaboré son analyse critique des résultats, elle s'est assurée de la faire valider par une ICS ayant été identifiée comme experte dans toutes les facettes du rôle de l'ICS.

8. CONTRIBUTIONS DE L'ÉTUDE

8.1 Portée scientifique

Cette étude est tout à fait pertinente du point de vue scientifique puisqu'elle a apporté une connaissance plus approfondie du rôle de l'ICS en

général et plus particulièrement du rôle de consultation. La description détaillée de la conception de la consultation confirme que celle-ci est basée sur le partage des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins; elle couvre principalement trois activités importantes : gestion des situations de crises, assurer la continuité des soins; soutenir et développer les équipes de soins. Alors que la plupart des auteurs ont écrit que le but de la consultation de l'ICS se résumait au partage de ses connaissances spécialisées, on a pu remarquer que ce rôle signifie bien plus. En effet, la consultation chez l'ICS ne se résume pas seulement à faire des recommandations, comme dans le modèle de Barron & White. L'ICS intervient directement et assume la responsabilité de l'intervention et des soins du patient au même titre que l'intervenant ou l'équipe qui la sollicite en consultation. De plus, de nouvelles dimensions s'ajoutent : la responsabilité de soutenir et de développer sa propre équipe et même celles des autres départements; celle de réduire les conflits entre professionnels et entre professionnels et la famille du patient; et celle d'évaluer des programmes au nom de l'équipe. Il semble que ceci dépasse le but de la PIA qui était décrit comme étant l'amélioration des soins et l'avancement des sciences infirmières (Hamric, 2009; Davies & Eng, 1995b).

8.2 Pertinence sociale

La pertinence sociale de notre étude réside dans le fait que notre système de santé se trouve présentement en situation de crise : pénurie de ressources; prestations de soins de plus en plus coûteuses; population de plus en plus âgée exigeant des soins de plus en plus complexes et sophistiqués. Notre recherche a pu démontrer que le rôle, en général, de l'ICS et celui, plus particulier, de la consultation doivent être maintenus puisqu'elle n'est plus seulement une experte dans sa spécialisation mais bien une experte dans la gestion de situations de crise (fin de vie, conflits interprofessionnels et entre professionnels et la famille du patient). Sa position privilégiée lui permet d'implanter, d'évaluer et d'assurer la qualité des soins. En outre, elle assure non seulement la continuité des soins mais aussi le soutien et le développement des

équipes de soins. Il semble donc évident que nous aurions intérêt à sauvegarder ce rôle plutôt que de l'abolir.

La situation des ICS au Québec est particulière. On pourrait même dire qu'elle est en danger! L'Office des professions du Québec ne reconnaît pas le titre d'infirmière clinicienne spécialisée. Le rôle d'ICS est donc en voie d'assimilation par d'autres rôles ayant des descriptions de tâche similaires sans qu'elles aient pour autant un fondement dans la pratique infirmière avancée, pierre angulaire du rôle de l'ICS. De plus, le minimum de niveau universitaire tel que la maîtrise n'est pas exigé pour remplir ces rôles alors que les écrits actuels provenant des États-Unis et de l'Angleterre questionnent sur la nécessité d'exiger le doctorat pour les professions en PIA. Nous savons qu'aux États-Unis entre autres, la spécialisation est réglementée par la certification à intervalles réguliers. Pourtant depuis des années, la littérature dénonce que le fait d'embaucher n'importe quel type d'infirmière pour tenir le rôle d'ICS est l'une des raisons majeures qui causent l'ambiguïté de ce rôle. Elles n'ont pas l'expertise ni les compétences nécessaires et le niveau d'éducation ne convient pas. L'institution où a eu lieu l'étude est l'une des seules dans la province à détenir un si grand nombre d'ICS. Il semble qu'ailleurs, dans d'autres institutions, on ait opté pour le titre d'infirmière cadre conseillère, dont la définition et les exigences semblent correspondre à ceux de l'ICS. Toutefois au Québec, la certification n'est pas encore obligatoire en guise de reconnaissance de spécialisation. Celles qui l'obtiennent le font sur une base volontaire. Il est donc tout à fait justifiable de vouloir clarifier en quoi consiste le rôle de consultation de l'ICS puisqu'en PIA c'est le rôle qu'elles ont le plus développé.

9. IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS

9.1 Implications pour la pratique

Les résultats de cette étude démontrent que les ICS ont un important rôle à jouer par le biais de la consultation. Nous avons constaté l'impact de sa présence et de ses actions sur la gestion des situations en fin de vie et sur les

conflits entre professionnels de la santé ainsi que les conflits entre ces professionnels et les membres de la famille des patients. Par sa reconnaissance en tant qu'experte, leader, modèle de rôle et « advocate », l'ICS est en position d'influencer des prises de décision touchant les objectifs de soins; elle peut également assurer la qualité des soins en développant et implantant des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, tout en se basant sur les données probantes. D'autre part, elle assure la continuité des soins au delà de son unité et jusque dans la communauté tout en continuant de soutenir et de développer sa propre équipe de soins ou d'autres. Il est impérieux que l'on reconnaisse la valeur de l'ICS et tout ce qu'elle apporte par le biais de ses consultations, surtout sur le plan administratif. Pour y parvenir, il faudra s'assurer que son rôle soit compris et bien défini et que les attentes envers elles soient claires. Les participantes ont énoncé que le soutien administratif et celui de leurs pairs étaient nécessaires à l'implantation et au développement du rôle de l'ICS. Par ailleurs, on peut dire que le modèle de rôle et le mentorat servent positivement son implantation. Il est aussi ressorti de l'étude que la pratique réflexive était un outil prometteur puisqu'il permet le changement dans la pratique clinique et en soi.

9.2 Implications dans la formation

Il est important que l'on se penche sur le niveau d'éducation de l'ICS et que l'on s'assure que les programmes développées en PIA ne soient pas élaborés que sur une base théorique mais qu'ils puissent suffisamment outiller l'ICS afin qu'elle maîtrise bien les différents domaines qui constituent son rôle. De plus au Québec, il faudra se positionner sur la certification afin de faire valoir la spécialisation. Compte tenu des nouvelles demandes académiques qui lui sont faites, telles que superviser des étudiants de niveau universitaire dans leurs projets de recherche, et compte tenu aussi qu'on s'attend à ce qu'elle fasse elle-même de la recherche pour faire avancer le domaine des sciences infirmières, il faudra que l'ICS ait reçu, elle aussi, une formation de niveau universitaire sur la recherche. Puisque notre étude a démontré que l'ICS jouait

un rôle primordial dans notre organisation en tant qu'experte en résolution de conflits et de situations de crise comme il s'en présente en fin de vie, il faudra s'assurer que, lors du développement des programmes de formation universitaire, ces nouvelles facettes du rôle aient été prises en considération.

9.3 Implications pour la recherche

Il est également important de continuer de décrire et de tenter de circonscrire de plus en plus le rôle en général de l'ICS ainsi celui de la consultation afin de pouvoir mieux les comprendre et les clarifier. Pour y arriver, il faudrait reproduire cette étude dans d'autres institutions à l'échelle nationale et même internationale. Il serait important de constater comment les autres professionnels de la santé perçoivent le rôle de l'ICS. Il est urgent que d'autres chercheurs se penchent sur l'impact de l'ICS sur la qualité des soins, sur les programmes qu'elle développe. Pour faciliter ces recherches, il faudrait que l'ICS s'efforce à développer des indicateurs démontrant son efficacité.

10. RÉSUMÉ

Cette partie nous a permis de valider si les résultats de notre étude concordaient avec le modèle conceptuel de consultation. Contrairement au modèle de Barron & White, notre modèle démontre que l'efficacité de la consultation dépend de la relation dynamique qui se développe entre le consultant et le consultee. Nous avons contribué à clarifier le rôle de consultation, en apportant des éléments innovateurs par rapport aux écrits : gérer les situations de crise, assurer la continuité des soins; soutenir et développer les équipes de soins. De plus, il ne semble pas que le rôle de l'ICS et celui de consultation soient aussi ambigus que prétendent les écrits. Il semble qu'ils se transforment plutôt au fil du temps, à cause de l'environnement qui évolue et exige que l'ICS s'adapte à ses nouveaux besoins. Finalement, notre étude a réussi à identifier plusieurs facteurs influençant le rôle de l'ICS et son domaine de consultation.

CONCLUSION

Le but principal de cette étude qui était de décrire le rôle de consultation des ICS œuvrant en milieu hospitalier a été atteint. L'approche qualitative descriptive ainsi que la méthode analytique de Miles et Huberman se sont avérées toutes deux intéressantes et efficaces pour atteindre notre but.

Cette approche a permis de confirmer que le rôle de consultation de l'ICS a pour but de transmettre et de partager des connaissances avec le consultee afin d'améliorer la qualité des soins. Elle a aussi aidé à identifier les principales activités qui permettent aux ICS d'atteindre leurs objectifs : gérer des situations de crise (fin de vie, conflits interpersonnels entre professionnels, et aussi entre professionnels et familles des patients); assurer la continuité des soins, le soutien et le développement des équipes de soins. Les caractéristiques des intervenants (consultante et consultee) ainsi que la dynamique se développant entre eux influent considérablement sur le succès de la consultation.

Trois défis importants, auxquels font face les ICS, ont été cernés : l'ambiguïté du rôle; l'évolution constante du rôle et celle de l'environnement. Afin de pouvoir surmonter ces défis, les ICS ont trouvé deux stratégies à adopter : la clarification du rôle et la pratique réflexive, une approche très novatrice. Le rôle d'ICS ainsi que son rôle primaire de consultation doivent être constamment clarifiés non pas parce qu'ils sont ambigus mais bien parce qu'ils sont en constante évolution afin de répondre aux besoins changeants de l'environnement.

Il est essentiel de continuer à explorer et surtout de documenter les activités liées au rôle de consultation de l'ICS. Un questionnement s'impose quant à la disparition de ce rôle dans notre société québécoise alors qu'il est, au contraire, en expansion ailleurs.

RÉFÉRENCES

- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2005). Énoncé de position émis en mars 2003: L'Infirmière clinicienne spécialisée. Document récupéré le 9, septembre, 2005. De www.cna-aiic.ca.
- Association. des Infirmières et Infirmiers du Canada.(2000). La pratique infirmière avancée, Cadre national. 1-22.
- Bamford, O. & Gibson, F. (2000). The clinical nurse specialist : perceptions of practising CNS's of their role and development needs. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 282-292.
- Barnason, S., Merboth, M.,Pozehl, B., & Tietjen, M.J. (1998). Utilizing an outcomes approach to improve pain management by nurses : a pilot study. *Clinical Nurse Specialist*, 12(1), 28-36.
- Barron, A.M. (1989). The clinical nurse specialist as a consultant. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross, *The clinical nurse specialist in theory and practice*. Philadelphia : W.B. Saunders ed. 125-146.
- Barron, A. M., & White, P. A. (1996). Consultation. Dans .A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson, *Advanced practice nursing : an integrative approach*. Philadelphia : W.B. Saunders ed. 165-183.
- Barron, A.M.& White, P.A. (2009). Consultation. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson, *Advanced practice nursing : an integrative approach*. St-Louis Elsevier. Saunders ed. 191-216.
- Beare, P.G. (1988). The ABCs of external consultation. *Clinical Nurse Specialist*, 2(1), 35-38.
- Bernier, L. & Perrault, A. (1987). Pratique du récit de vie : retour sur l'artiste et l'œuvre à faire, *Cahiers de recherche sociologique*. L'autre sociologie, vol.5, no 2, 29-43.
- Biddle, B.J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual Review of Sociology*, 8, 67-91.
- Brown, S.J. (1998). A Framework for Advanced Practice Nursing. *Journal of professionalProfessional Nursing*, 14(3), 157-164.
- Brunk, Q.A. (1992). The clinical nurse specialist as an external consultant : A framework for practice. *Clinical Nurse Specialist* 6(1), 2-4.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G. & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles : development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529.

- Brykczynski, K.A. (2009). Role development of the advanced practice nurse. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson. *Advanced practice nursing : an integrative approach*. Philadelphia : W.B. Saunders ed. 95-120.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research; conduct, critique and utilization* (4 ed). Toronto : W.B. Saunders.
- Caplan, G. (1970). Definition of Mental Health Consultation. Dans *The Theory and Practice of Mental Health Consultation*. New York : Basic Books, Inc., Publishers, 19-34.
- Carnevale, F.A. (2002). Authentic Qualitative research and the quest for methodological rigour. Dans *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 121-128.
- Castledine, G. (2002). The development of the role of the clinical nurse specialist in the UK. *British Journal of Nursing*, 11(7), 506-508.
- Creswell, J.W., (1998). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions*. Sage Publication.
- CUSM (2006). Données démographiques des infirmières cliniciennes spécialisées du CUSM. Direction des soins infirmiers. *Clinical Nurse Specialist telephone list*. Montréal.
- Darmody, J.V. (2005). Observing the work of the clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 19(5), 260-268.
- Davies, B. & Hughes, A.M. (1995). Clarification of Advanced Practice Nursing : Characteristics and Competencies. *Clinical Nurse Specialist*, 9, 156-160.
- Davies, B. & Eng, B., (1995b). Implementation of the CNS role in Vancouver, British Columbia, Canada. *Clinical Nurse Specialist*, 9(1), 23-30.
- De Grasse, C.& Nicklin, W. (2001). Advanced Nursing Practice : Old Hat, New Design. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(4), 7-12.
- Doucet, H (2002). La recherche qualitative. Dans *L'éthique de la recherche : guide pour les chercheurs en sciences de la santé*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal. 225-250.
- Duquette, A. & Gratton, F. (2003). Notes de cours. SOI 6103. Recherche en sciences infirmières. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

- Dunn, L. (1997). A literature review of advanced clinical nursing practice in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 814-819.
- Dunn, K. & Nicklin, W. (1995). The Status of Advanced Nursing Roles in Canadian Teaching Hospitals. *Canadian Journal of Nursing Administration*. Jan.-feb., 111-135.
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2005). Avis au groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel. Document récupéré le 15, septembre, 2005, www.fiiq.qc.ca/documents/memoires/professions/professions_1-2.htm.
- Gendron, S. (2004). Notes de cours. SOI 6171. Approches de recherche qualitative. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Gillis, A. & Jackson, W. (2002). Research for nurses : Qualitative research designs. Dans *Research for nurses : methods and interpretations*. Pennsylvania : F. A. Davis Company. 177-223
- Gordon, D.B., Pellino, T.A., Enloe, M.G. & Foley, D.K. (2000). A nurse-run inpatient pain consultation service. *Pain management Nursing*, 1(2), 29-33.
- Hamric, A.B. (2009). A Definition of Advanced Nursing Practice. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson. *Advanced practice nursing : an integrative approach*. Philadelphia : W.B. Saunders ed. 75-94.
- Hamric, A.B. (1989). History and overview of the CNS role. Dans Hamric, A.B. & Spross, J.A.. *The Clinical Nurse Specialist in Theory and in Practice*. Philadelphia : W.B. Saunders Company. 83-104.
- Hilbert, R.A., Toward an improved understanding of « role ». *Theory and Society*, 10(2), 207-226.
- Huberman, A.M. & Miles M.B. (1994). Data Management and Analysis Methods. Dans N.K. Denzin, Y.S. & Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA : Sage. 438-444.
- Ingersoll, G.L., McIntosh, E. & Williams, M. (2000) Nurse-sensitive outcomes of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1272-1281.
- Kearney, J.A. & Yurick, C.M. (1996). Nurse to nurse referral : The role of the child psychiatric nurse consultant. *Journal of Pediatric Health Care*, 10(3), 115-120.

- Keeling A.W. & Bigbee, J.L. (2005). The History of advanced nursing practice Nursing in the United States. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson, *Advanced practice nursing : an integrative approach*. Philadelphia : W.B. Saunders ed. 3-45.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Lapèrrière, R. Mayer & A. Pires. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin. 365-388.
- LaSala, C.A., Connors, P.M., Pedro, J.T. & Phipps, M. (2007). The role of the clinical nurse specialist in promotin Evidence-Based Practice and effecting positive patient outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(6), 262-270.
- Lefebvre H. (2003). Notes de cours SOI6173. Habilités professionnelles et jugement clinique. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Lloyd Jones, M (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice role in acute hospital settings : systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 191-209.
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Pollit, D.F. & Totano Beck, C. (2004a). Understanding qualitative research and methodology. Dans *Canadian essentials of nursing research*. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilks. 207-232.
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Pollit, D.F. & Totano Beck, C. (2004b). Examining sampling plan. Dans *Canadian essentials of nursing research*. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilks. 233-257.
- Macnee, C. L. (2004). Understanding research : Reading and understanding research in practice. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 101-124 & 179-210.
- Manley, K. (1997). A conceptual framework for advanced practice : an action research project operationalizing an advanced practitioner/consultant role. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 179-190.
- McFadden, E.A. & Miller, M.A. (1994). Clinical nurse specialist practice :facilitators and barriers. *Clinical Nurse Specialist*, 8(1), 27-33.
- Miles M.B. & Huberman, A.M. (2003). Introduction. Dans Miles M.B. & Huberman, A.M. *Analyses des données qualitatives*. De Boeck : Bruxelles. 11-36.

- Murray, T.A. (1998). Using Role Theory Concepts to Understand Transitions from Hospital-Based Nursing Practice to Home Care Nursing. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 29(3), 105-111.
- Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M. & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly : a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 120, 999-1006.
- Page, S. & Meerabeau, L. (2000) Achieving change through reflective practice : closing the loop. *Nurse Education Today*. 20, 365-372.
- Provost, M.A., Alain, M., Leroux, Y. & Lussier, Y. (2002). Normes de présentation d'un travail de recherche. Trois-Rivières : les éditions SMG. 3-179.
- Redekopp, M.A. (1997). Clinical nurse specialist role confusion : The need for identity. *Clinical Nurse Specialist*, 11(2), 87-91.
- Reidy, M. (2005). The educational role of the nurse in the context of the shift to ambulatory-care. Programme de doctorat en éducation. Université du Québec à Montréal, Montréal, (juillet 2005).
- Registered nurses association of Ontario (2004). The clinical nurse specialist. Dans *RNAO Practice* Page. 4(3).
- Rogers M. & Trimmell, J. (1987). Maximizing the use of the clinical nurse specialist as Consultant. *Nursing Administration Quarterly*, 12(1), 53-58.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (éd.). *Recherche Sociale : de la problématique à la collecte de données* (3e éd). Sainte-Foy; Presses de l'Université du Québec. 263-285.
- Scott, R.A. (1999). A description of the roles, activities, and skills of the clinical nurse specialists in the United States. *American Association of Critical-Care, Clinical Issues*, 13(4), 183-190.
- Sechrist, K. & Berlin, L. (1998). Special article : Role of the clinical nurse specialist : an integrative review of the literature. *American Association of Critical-Care, Clinical Issues*, 9(2), 306-324.
- Sparacino, P.S.A & Cartwright, C.C. (2009). The Clinical Nurse Specialist. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson. *Advanced practice nursing : an integrative approach*. 349-379. Philadelphia : W.B. Saunders ed.

- Spross, J. A. & Lawson, M.J. (2009). Conceptualizations of Advanced Practice Nursing. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson. *Advanced practice nursing : an integrative approach*. 47-84. Philadelphia : Elsevier Saunders ed.
- Spross, J. A. & Heaney, C.A. (2001). Shaping Advanced Nursing Practice in the New Millenium. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(1), 12-24.
- Spross, J. A. & Baggerly, J. (1989). Models of advanced nursing practice. Dans Hamric, A.B. & Spross, J.A.. *The Clinical Nurse Specialist in Theory and in Practice*. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 19-40.
- Tolley, G. & Prevost, S. (1997). Case management of critically ill elders : a case study. *American Association of Critical Care Nurses Clinical Issues*, 8, 635-642.
- Urden, L. (1999). Outcome Evaluation : An Essential Component for CNS Practice. *Clinical Nurse Specialist*, 13(1), 39-46.
- Vanbree Sneed, N. (2001). Power : Its use and potential for misuse by nurse consultants. *Clinical Nurse Specialist*, 15(4), 177-181.
- Williams, B. & Walker, B.A. (2003). Facilitating perception and imagination in generating change through reflective practice groups. *Nurse Education Today*. 23(2), 131-137.
- Winnubst, J.A.M. & Egbert, J.H., (1985). German developments in role theory : 1958-1980. *Sociology*, 19(4), 598-608.
- York, R., Brown, L.P., Samuels, P., Finkler, S.A., Jacobsen, B., Armstrong Persely, C., Swank, A. & Robbins, D. (1997). A randomized trial of early discharge and nurse specialist transitional follow-up care of highrisk childbearing women. *Nursing Research*, 46(5), 254-261.

TABLEAUX

Tableau 1
Caractéristiques de l'échantillon

| Caractéristiques | Fréquence absolue (n=8) | Fréquence relative (100%) |
|--|------------------------------------|--|
| Genre | | |
| -Féminin | 8 | 100% |
| -Masculin | 0 | 0% |
| Âge | | |
| -moins de 29 ans | 0 | 0% |
| -30 à 35 ans | 0 | 0% |
| -36 à 40 ans | 0 | 0% |
| -41 à 50 ans | 5 | 62.5% |
| -51 à 55 ans | 2 | 25% |
| -56 à 60 ans | 1 | 12.5% |
| -61 ans et plus | 0 | 0% |
| Dernier diplôme obtenu | | |
| -Collégial | 0 | 0% |
| -Baccalauréat | 0 | 0% |
| -Maîtrise | 8 | 100% |
| -Doctorat | 0 | 0% |
| Certificat de spécialisation obtenu | | |
| -Oui | 3 | 37.5% |
| -Non | 5 | 62.5% |
| Statut actuel | | |
| -Temps partiel | 2 | 25% |
| -Temps plein | 6 | 75% |
| -Remplacement (intérim) | 0 | 0% |

Tableau
Caractéristiques de l'échantillon (suite)

| Caractéristiques | Fréquence absolue (n=8) | Fréquence relative (100%) |
|--|------------------------------------|--|
| Années d'expérience en tant qu'infirmière | | |
| -5 à 10 ans | 0 | 0% |
| -11 à 20 ans | 2 | 25% |
| -21 à 30 ans | 5 | 62.5% |
| -31 à 40 ans | 1 | 12.5% |
| Années d'expérience en tant qu'ICS | | |
| -5 à 10 ans | 7 | 87.5% |
| -11 à 15 ans | 1 | 12.5% |
| -16 ans et plus | 0 | 0% |
| Pourcentage de temps passé en consultation* | | |
| -0 à 25% | 2 | 25% |
| -26 à 50% | 4 | 50% |
| -51 à 75% | 1 | 12.5% |
| -76 à 100% | 0 | 0% |
| Poste existait avant son arrivée | | |
| -Oui | 3 | 37.5% |
| -Non | 5 | 62.5% |

* Une des participantes n'a pas émis de réponse

Tableau 2
Caractéristiques de l'échantillon par mission

| Mission | Fréquence absolue de ICS interviewées par mission (n=8) |
|---|---|
| Chirurgie | 2 |
| Médecine | 1 |
| Neurologie | 2 |
| Oncologie et Soins respiratoires | 1 |
| Santé des femmes | 1 |
| Urgence | 0 |
| Santé Mentale | 1 |

Tableau 3
Caractéristiques
des intervenants et de leur relation dans la consultation

| Compétences de l'ICS | Caractéristiques de l'ICS | Caractéristiques du consultee | Caractéristiques de la relation de consultation entre l'ICS et le consultee |
|--|--|--------------------------------------|--|
| Experte | Fiabilité | Être claire & concis | Respect Mutuel |
| Coach & modèle de rôle | Respect | Respect | Collaboration |
| Leadership | Habilités à travailler en interdisciplinarité (flexibilité) | Soutien | |
| Collaboration & partenariat | Autonomie | Collaboration | |
| Empowerment & advocacy | Pouvoir d'influencer | Expert (connaissances) | |
| Éducation | Pouvoir de négociation | | |

Tableau 4
Fréquence des thèmes et sous-thèmes identifiés par entrevue

| Entrevue | | JECMHD 01 | JECMHD 02 | JECMHD 03 | JECMHD 04 | JECMHD 05 | JECMHD 06 | JECMHD 07 | JECMHD 08 |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Thèmes | Sous- thèmes | | | | | | | | |
| Consultation | | | | | | | | | |
| Conceptualisation | | | | | | | | | |
| -Gestion de situation de crise | -Conflit fin de vie | 3 | 3 | 1 | | 1 | 1 | 2 | |
| | -Conflit avec la famille | 3 | 2 | 2 | 2 | | 1 | 3 | 1 |
| -Assurer la continuité des soins | | 3 | | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | |
| -Soutien et développement des équipes | | 1 | 6 | 1 | 1 | | 2 | 3 | 1 |
| Buts de la consultation | | | | | | | | | |
| -Partage des connaissances | | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| -Amélioration de la qualité de vie | | | 3 | | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| -Indicateurs des résultats | - Formels | 1 | 1 | | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 |
| | - Informels | 1 | | | 2 | 3 | | | 1 |
| Types de consultations | | | | | | | | | |
| -Consultation formelle | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 |
| -Consultation informelle | | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| -Consultation externe | | | 2 | 1 | | 1 | 2 | 1 | 1 |
| -Consultation | | | 2 | | | | | | |
| • Directe | | | | | | | | | |
| • indirecte | | | | | | | | | |
| Processus de consultation | | | | | | | | | |
| -Clarification du but de la consultation | | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | |
| -Évaluation et cueillette d'informations | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | 2 |
| Entrevue | | JECMHD 01 | JECMHD 02 | JECMHD 03 | JECMHD 04 | JECMHD 05 | JECMHD 06 | JECMHD 07 | JECMHD 08 |
| Thèmes | Sous-thèmes | | | | | | | | |
| -Intervention | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 |
| -Évaluation de la consultation | | | 1 | | 1 | | | | |
| Facteurs contextuels | | | | | | | | | |
| -Intervenants | | | | | | | | | |
| ICS – Consultante | | | | | | | | | |
| ○ Compétences | Experte | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | | 2 | 3 |
| | Coach & modèle de rôle | 1 | | | 3 | | 1 | | |
| | Leadership | | 2 | | | | | | |
| | Collaboration & partenariat | 1 | 2 | | | 1 | 1 | | |
| | Empowerment & advocacy | 1 | | | | | 3 | 3 | |
| | Éducation | 1 | 5 | 1 | | 1 | | 1 | 1 |
| | Fiabilité | 4 | | | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ○ Caractéristiques | Respect envers le consultee | 1 | 1 | | 1 | | | | |
| | Habiletés interdisciplinaires & flexibilité | 1 | 1 | 3 | | 1 | 3 | 3 | |
| | Autonomie | 1 | | | | | 1 | 1 | 3 |
| | Pouvoir d'influencer | | | | 1 | | 1 | | |
| | Pouvoir de négocier | | | 1 | 3 | 3 | | 1 | |
| • Consultee ○ Caractéristiques | Openess, respect, collabo. | 2 | 3 | | | | 1 | 2 | |
| • Relation entre l'ICS et le consultee | | | | | | 2 | | | |
| Facteurs Situationnels | | | | | | | | | |
| -Environnement | | | | | | | | | |
| -Héritage | | | | | | | | | |
| -Modèle de rôle | | | | | | | | | |
| -Soutien administratif | | | | | | | | | |
| -Soutien des pairs | | | | | | | | | |
| -Conflits interpersonnels | | | | | | | | | |
| Défis et stratégies | | | | | | | | | |
| -Défis | • Ambiguïté du rôle | | 3 | | | 1 | | | |
| | • Évolution du rôle | | 2 | | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|---|--|---|--|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Évolution de l'environnement | | | | | | | | | 1 |
| -Stratégies | <ul style="list-style-type: none"> Clarification du rôle | | | 2 | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pratique réflexive | | | | | 4 | | 2 | | |
| | | | | | | | | | | |

ANNEXES

ANNEXE 1July 31st 2007

To: All Clinical Nurse Specialist
McGill University Health Centre
MGH & RVH site

Dear Clinical Nurse Specialist,

I am a Master's student at the Université de Montréal. The subject of my thesis is the role of consultation of the clinical nurse specialist (CNS).

Several articles have been written on the various roles of the CNS (including the consultation role) over the years. Although CNS are the best qualified to respond to changing demands of a healthcare system that is constantly evolving and patient/family needs that are more complex, administrators and CNS still have difficulty in demonstrating their contribution to the healthcare system and nursing. Descriptive data would allow us to explore, describe and clarify their contribution through their consultation role.

I am looking for CNS's who would like to participate in a semi-structured interview of 60 minutes on the consultation role of the CNS. The interview will be audio taped. All information obtained during this study will be kept strictly confidential. Any research data collected about you during this study will not identify you by name, or your workplace, or your specialty. Any reports published as a result of this study will not identify you by name. Your confidentiality will be protected to the extent permitted by applicable laws and regulations.

There is no eminent risk or discomfort in participating in this study. Some participants might feel uncomfortable talking about their role or find the interview long.

There is no cost or compensation offered for the participation in this study.

There is no direct advantages in participating in this study except for the feeling of having contributed information that could help us better understand the consultation role of the CNS.

The interview will be conducted during working hours and at your convenience.

Your participation in this study is entirely voluntary (willingly and freely). You may refuse to participate or you may decide to discontinue your participation at any time without any explanation.

In order to participate you must fulfill the following criteria: you must have at least five years experience in the role of clinical nurse specialist (CNS), you must have a master's degree (in nursing preferably) and follow an adult population within the hospital setting.

If you wish to participate or want more information on this study, feel free to contact me at:

Pager: [information retirée / information withdrawn] or
by e-mail at: [information retirée / information withdrawn]

No later than (*date to be determined once study approved*)

Sincerely,

Maria-Helena Dias, Student Master's program
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal,

Mary Reidy, Ph. D., Professor (retired), Faculté des sciences infirmières, de l'Université de Montréal, (Student's supervisor)

Jane Chambers-Evans, N., MSc. A., MSc en (Bioéthique), Nursing practice consultant, McGill University Health Centre, (Student's assistant supervisor),

ANNEXE 2

Lundi, le 3 avril, 2006

A:

Madeleine Boulay-Bolduc
Directrice associée en soins infirmiers,
Développement professionnel et académique
Centre Universitaire de Santé McGill
1650 avenue Cedar
Mtl, QC, H3G 1A4

Chère Madame Boulay-Bolduc,

Cette lettre a pour but de vous informer que je suis étudiante à la maîtrise en Sciences Infirmières, en « Pratique Avancée ; option infirmière clinicienne spécialisée (ICS), à l'Université de Montréal. Je désirerais réaliser mon projet de recherche à votre établissement, contenu que vous êtes parmi les leaders en pratique avancée et que vous comptez près d'une cinquantaine d'ICS à votre effectif. Votre centre m'apparaît comme l'endroit par excellence pour réaliser mon projet de recherche.

Mon projet porte donc sur le **rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée auprès de la population adulte hospitalisée**. Compte tenu du contexte actuel dans le milieu de la santé, le rôle d'ICS est souvent le premier à être remis en question lorsqu'il s'agit de coupure budgétaire. Ceci est souvent dû au fait que ce rôle est développé selon les besoins du milieu, qu'il est indirectement relié aux soins donnés aux patients et qu'il demeure encore difficile de démontrer leur influence et leur contribution aux objectifs de soins tel que la diminution de séjour en milieu hospitalier et la diminution de visite à l'urgence, etc. Voici quelques éléments qui m'amènent à vouloir approfondir le rôle de consultation qui a été le plus développé par l'ICS en pratique avancée et qui occupe le deuxième rang pour ce qui est du temps alloué à ce rôle.

Mon projet consiste en une recherche qualitative de type exploratoire-descriptive dont le but est d'explorer et décrire en quoi consiste le rôle de consultation des infirmières cliniciennes spécialisées oeuvrant dans votre établissement auprès de la

clientèle adulte et hospitalisée, selon leur expérience et leurs perceptions. Les données seront recueillies à partir d'entrevues semi-dirigées effectuées auprès de 6 ICS. Chaque entrevue durera environ 60 à 90 minutes et sera enregistrée. Les entrevues seront effectuées pendant 6 semaines et selon la disponibilité des ICS qui accepteront de participer au projet. Un consentement sera obtenu. La confidentialité et l'anonymat seront respectés selon les normes de recherche usuelles.

Veillez prendre note qu'il n'y aura donc pas d'entrevue auprès des patients, ni de consultation de dossiers médicaux. Il s'agira simplement d'effectuer des entrevues auprès des ICS identifiées plutôt dans le texte.

J'ai contacté Madame Jane Evans-Chambers qui a accepté d'être mon «clinical facilitator». Sa contribution sera surtout en tant que facilitatrice pour le comité de recherche de votre institution. Si vous accepté, que je puisse réaliser mon projet chez-vous, je soumettrai mon projet au comité de recherche de votre établissement. Les entrevues pourraient être effectuées vers la fin d'août 2006.

Si vous avez des questions sur ce projet, vous pouvez aussi contacter Madame Mary McQueen Reidy, Ph. D., professeure titulaire (retraité), Faculté des sciences infirmières, de l'Université de Montréal qui est ma directrice de thèse. J'attends donc impatiemment votre réponse!

Veillez agréer mes salutations sincères,

Maria-Helena Dias, inf.

Candidate à la maîtrise à Université de Montréal

634 Giraud, Laval, QC, H7X 3J7

Tel :Maison : [information retirée / information withdrawn] ou Travail : [information retirée / information withdrawn]

Adresse électronique: [information retirée / information withdrawn]

Dre Mary Reidy

Adresse électronique : [information retirée / information withdrawn]

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ
(CÉRSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : Le rôle de consultation selon l'expérience d'un groupe d'infirmières cliniciennes spécialisées.

Sous la direction de : Madame Mary Reidy

Nom de l'étudiante : Madame Maria-Hélène Dias

À la réunion du 18 juin 2007, 9 membres du CÉRSS étaient présents : la présidente, la représentante de l'École d'optométrie, l'experte en éthique, l'experte en droit, la substitut étudiante, la représentante des étudiants, le représentant de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant du Département de kinésiologie.

Le Comité a jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Le certificat est émis pour la période du 26 juillet 2007 au 25 juillet 2008.

Le 26 juillet 2007.


Marie-France Daniel

Présidente

Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

CEPSUM, 2100, Edouard-Montpetit, [information retirée / information withdrawn]

Téléphone : [information retirée / information withdrawn]

Télécopieur : [information retirée / information withdrawn]

Courriel : [information retirée / information withdrawn]



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Les meilleurs soins pour la vie
The Best Care for Life

August 29, 2007

131

Ms. Maria-Helena Dias
Clinical Nurse Specialist in Medicine
McGill University Health Centre

RE: GEN#07-038 entitled "Le role de consultation selon l'expérience d'un groupe d'infirmières cliniciennes specializes."

Dear Ms. Dias:

We are writing in response to your correspondence of August 7, 2007, requesting REB approval to conduct the above-mentioned study at the McGill University Health Centre as part of your Master's thesis.

We are pleased to inform you that your request has been found ethically acceptable and we hereby grant you expedited approval, via review by the Co-Chair on August 29, 2007, for the above referenced research protocol (3 July 2007), Annex I - the letter to the Clinical Nurse Specialist (dated 31 July 2007), Annex II-a & b - the Questionnaire guide for interviews and demographic data, and Annex III-a & b - the English and French Consent Documents (Annex III-a /b dated 31 July 2007).

At the MUHC, sponsored research activities that require US federal assurance are conducted under Federal Wide Assurance (FWA) 00000840.

The Research Ethics Boards (REBs) of the McGill University Health Centre are registered REBs working under the published guidelines of the Tri-Council Policy Statement, in compliance with the "Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique" (MSSS, Qc) and the Food and Drugs Act (17 June, 2001); and acting in conformity with standards set forth in the (US) Code of Federal Regulations governing human subjects research, functions in a manner consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

We wish to advise you that this document completely satisfies the requirement for Research Ethics Board Attestation as stipulated by Health Canada.

Should any revision to the study, or other unanticipated development occur prior to the next required review, you must advise the REB without delay.

Good luck with your study.

Sincerely,

Denis Cormoyer, M.D.
Co-Chairman

GEN (Genetics/Population Research/Investigator Initiated Studies) Research Ethics Board
MUHC-Montreal General Hospital

ANNEXE 5

Questionnaire démographique

Sur le rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée

Entrevue No : _____

Date : _____

1. Groupe d'âge:

 moins de 29 ans 50-55 30-35 56-60 36-40 61 ans et plus 41-49

2. Genre:

 Femme Homme

3. Dernier diplôme obtenu:

 Collégial Baccalauréat Maîtrise DoctoratCertificat de spécialisation: Oui Non

Si études en cours, précisez le diplôme ou certificat à obtenir:

4. Fonction: Temps partiel Temps plein Remplacement (intérim)

5. Nombres d'années d'expérience comme infirmière: _____

6. Nombres d'années d'expérience comme infirmière clinicienne spécialisée:

7. Votre poste existait-il avant votre arrivée? Oui Non

8. Quel est le pourcentage de temps que vous passez dans le rôle de consultation? _____

9. A quelle Mission appartenez-vous?

 Médecine Chirurgie Urgence et Santé mentale Neurologie Santé des femmes et Pédiatrie

ANNEXE 6

Demographic Questionnaire
On the Consultation Role of the Clinical Nurse Specialist

Interview No : _____

Date : _____

1. Age group:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> less than 29 years old | <input type="checkbox"/> 50-55 |
| <input type="checkbox"/> 30-35 | <input type="checkbox"/> 56-60 |
| <input type="checkbox"/> 36-40 | <input type="checkbox"/> 61 years and over |
| <input type="checkbox"/> 41-49 | |

2. Gender: Female Male

3. Last diploma obtained:

-
- College
-
- Baccalaureat
-
- Master's
-
- Ph. D.

Specialization Certificate: Oui Non

If still studying, specify certificate or diploma to be obtained: _____

4. Working Status: Part-time Full time Replacement

5. Number of years of experience as a nurse: _____

6. Number of years of experience as a clinical nurse specialist: _____

7. Did your role as a CNS exist prior to your arrival? Yes No

8. What percentage of your time is dedicated to the role of consultation? _____

9. Under which Mission are you?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicine | <input type="checkbox"/> Emergency & Mental Health |
| <input type="checkbox"/> Surgery | |
| <input type="checkbox"/> Neurological Sciences | <input type="checkbox"/> Women's Health & Pediatrics |

ANNEXE 7

**Canevas d'entrevues semi-structurées
sur le rôle de consultation de l'ICS**

1. Rôle de consultation

- a. Pouvez-vous me décrire le rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée tel que vous le pratiquez dans votre milieu?
- b. D'après vous quels ont été les éléments facilitateurs qui ont permis de développer votre rôle de consultation? Et quels ont été les éléments les obstacles dans le développement de celui-ci et pourquoi? Pourriez-vous me donner des exemples?

2. Buts et objectifs du rôle de consultation de l'ICS

- a. Pouvez-vous me décrire quels sont les buts et les objectifs de votre rôle de consultation dans votre milieu?
- b. Pouvez-vous m'expliquer comment vous (et votre équipe) savez que vous avez atteint vos buts et vos objectifs? Avez-vous des indicateurs, si oui quels sont-ils?

3. Processus de consultation

- a. Pouvez-vous me décrire en quoi consiste le processus de consultations (les étapes, Comment procède-t-on pour vous consulter? Y a-t-il un suivi/évaluation?).
- b. Quels sont les types de problématiques pour lesquels on vous demande en consultation? Pourriez-vous me donner des exemples? Croyez-vous que les demandes en consultation sont justifiées et appropriées? Pouvez-vous commenter?

4. Facteurs situationnels (contextuels)

- a. Expliquez-moi, les facteurs situationnels ou contextuels qui influence les résultats de votre consultation?
- b. Rappelez-vous une consultation qui se soit dérouler de «façon satisfaisante». Expliquez-moi comment celle-ci s'est déroulée? Dites
-moi, ce qui a permis ceci?
- c. Rappelez-vous une consultation qui ne se soit pas dérouler de «façon satisfaisante». Expliquez-moi comment celle-ci s'est déroulée? Dites
-moi, ce qui a contribué à ceci.

5. Caractéristiques de l'infirmière clinicienne spécialisée consultante et de celui qui fait une demande de consultation (consultee)

- a. Expliquez-moi la dynamique (relation) qui se passe entre la consultante et celle/celui qui demande une consultation?
- b. Parlez-moi des qualités de la consultante (ICS)? Et de celle/celui qui fait une demande de consultation?

ANNEXE 8**Questionnaire for semi-structured interview
On the CNS consultation role****1. Consultation role**

- a. How would you describe the consultation role of the clinical nurse specialist as you practice it?
- b. What do you think has facilitated or impeded the development of your consultation role? Can you give me some examples?

2. Goals & Outcomes

- a. Can you describe the goals and objectives of your consultation role of your practice?
- b. Can you describe how you (or your team) know if you are meeting your goals and objectives as a nurse consultant? If you have indicators, what are they?

3. Consultation process

- a. Can you describe the consultation process to me (e.g. : How do you get consulted? Is there a specific process to consult you? How is the first contact made? How is the follow up done?).
- b. What are the kinds of issues that make «people» consult you? Can you give me some examples? Do you feel that you are consulted «appropriately»? and could you explain?

4. Situational factors

- a. According to you, what are the situational (contextual) factors that influence the outcome of your consultation?
- b. Think back to a consultation that went really well; can you please describe what happened? Why did it go so well?
- c. Think back to a consultation that did not go well; can you please describe what happened? Why did it not go well?

5. Characteristics of the APN (CNS) consultant & consultee

- a. What can you tell me about the relationship/dynamic between you and someone who consults you?
- b. What are the qualities of the consultant? And the consultee?

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT¹

Titre de l'étude: Le rôle de consultation selon l'expérience d'un groupe d'infirmières cliniciennes spécialisées

Chercheuses :

Jane Chambers-Evans, Inf., M.Sc.A., M.Sc. en bioéthique, infirmière consultante en soins infirmiers au Centre universitaire de santé McGill, HGM, (co-directrice de mémoire)

Maria-Helena Dias, Inf., B.Sc., M.Sc. (candidate) : Université de Montréal

Mary Reidy, Ph.D., professeure titulaire (retraîtée), (directrice de mémoire)

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Introduction

Nous aimerions vous demander de participer à un projet de recherche portant sur le rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS). Avant d'y participer, nous vous demandons de bien lire ce formulaire de consentement et de comprendre clairement ses exigences, ses risques et ses avantages. Ce formulaire vous fournit de l'information à propos de cette étude. Si vous identifiez des mots difficiles à comprendre, si vous éprouvez des difficultés, ou encore si vous avez des questions, vous pouvez contacter les responsables de cette étude en tout temps. Vous pouvez discuter de ce projet avec qui vous désirez et prendre le temps de réfléchir avant de prendre la décision d'y participer.

But de l'étude

Cette étude a pour but d'explorer et de décrire le rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée qui travaille auprès de la clientèle adulte en milieu hospitalier, afin de mieux comprendre ce rôle et ainsi faire avancer les connaissances en sciences infirmières.

¹¹ Ce document (consentement) a été modifié afin de répondre aux exigences de formatage de ce document (Mémoire de maîtrise). Une copie conforme à l'original peut-être obtenue.

Description de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, un rendez-vous sera fixé pour l'entrevue. Au début de l'entrevue vous devrez alors signer ce document, ce qui confirmera que vous consentez librement à participer à ce projet. Une copie de ce document vous sera remise.

Les informations seront recueillies à partir d'entrevues semi-dirigées d'une durée approximative de 60 minutes, comportant des questions ouvertes. Ces entrevues seront enregistrées sur cassettes audio. Les participantes devront également remplir un bref questionnaire portant sur des données socio-démographiques telles que leur âge, leur degré de scolarité, leurs années d'expérience.

L'étudiante-chercheure aura la possibilité de vous recontacter ceci dans les 3 mois qui suivront l'entrevue, seulement si vous avez donné votre consentement dans le document qui suit (voir consentement page 4).

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont : les participantes doivent posséder au moins cinq années d'expérience en tant qu'infirmière clinicienne spécialisée; de plus, elles doivent détenir, comme formation de base, une maîtrise en sciences infirmières, ce qui constitue un critère impératif pour maîtriser les connaissances associées à ce rôle. L'ICS devra effectuer un suivi auprès d'une population adulte en milieu hospitalier.

Risques et inconforts

Les risques et inconforts sont ceux inhérents à la vie quotidienne. Par contre, certaines des participantes pourront éprouver de l'inconfort à discuter de leur rôle ou trouver long le processus d'entrevue. Vous pourrez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment et sans conséquences. Nous pourrions vous procurer du support si vous en ressentez le besoin.

Avantages

Il n'y a pas d'avantages directs pour le participant, si ce n'est celui d'avoir contribué, en fournissant de l'information pertinente, à mieux connaître le rôle de consultation de l'infirmière clinicienne spécialisée.

Coûts et compensation

Le fait de participer à cette étude ne comporte aucuns frais et aucune compensation ne sera offerte à la participante. L'entrevue aura lieu pendant son quart de travail.

Confidentialité et anonymat

Les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle. Les entrevues seront numérotées de façon consécutive (de 1 à 6) et selon leur séquence d'entrevue. Les résultats seront présentés de façon anonyme et suivant des thèmes et des concepts. Les participantes, leur lieu de travail ainsi que leur domaine de spécialisation ne seront jamais identifiés à l'intérieur des résultats. Leur nom sera affilié à un numéro et la liste des codes sera gardée sous clé, dans le classeur de l'investigateur principal. L'ensemble des données (cassettes et transcriptions des données) sera conservé pour une période minimale de sept ans et sera détruit après cette échéance. Si toutefois les résultats de cette étude étaient publiés, l'anonymat et la confidentialité seront respectés et aucune identité ne sera divulguée.

Participation volontaire et retrait de participation à l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. La signature du formulaire de consentement confirme que vous acceptez librement de participer à l'étude. Vous pouvez refuser de participer et vous pourrez vous retirer de l'étude en tout temps, sans aucune explication ni obligation de votre part.

Indemnisation

Aucune indemnisation n'est prévue dans cette étude.

Questions et informations

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Mme Marie-France Daniel (Téléphone [information retirée / information withdrawn]). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (Téléphone [information retirée / information withdrawn]). Vous pourriez aussi contacter l'ombudsman du Centre Universitaire de Santé McGill au numéro de téléphone suivant : [information retirée / information withdrawn].

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Je soussigné, comprends les buts de cette étude, les modalités de participation et l'utilisation qui sera faite des informations et des résultats de cette étude. J'ai eu la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses adéquates. Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire et sans contraintes. Les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle et anonyme. Je comprends que je peux me retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à discuter des raisons qui m'y poussent, et ceci sans préjudice pour ma personne. Je comprends que je garde tous mes droits légaux en signant ce formulaire et que j'en obtiendrai une copie.

- OUI, je consens à ce que mon entrevue soit enregistrée sur cassette audio.
- NON, je refuse que mon entrevue soit enregistrée sur cassette audio.
- OUI, je consens à être contactée à nouveau pour clarifier certaines informations.
Ceci dans les 3 mois qui suivront l'entrevue.
- NON, je ne désire pas être contactée après cette entrevue.

Date : _____

Participant (Signature)

(Lettres moulées)

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude

Signature de l'investigatrice (Signature)

(Lettres moulées)

ANNEXE 10

Entrevue no:

CONSENT FORM¹

Title of study: The consultation role as experienced by a group of clinical nurse specialists

Investigators:

Jane Chambers-Evans, N., MSc. A., MSc en (Bioéthique), Nursing practice consultant at the McGill University Health Centre, (Student's assistant supervisor)

Maria-Helena Dias, N, BSc., M Sc. (cand.) : Université de Montréal,

Mary Reidy, Ph.D., professeure titulaire (retraîtée), (Students supervisor)
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Introduction

You are being asked to participate in a research project on the consultation role of the clinical nurse specialist (CNS). Prior to participating, we ask that you read this consent form carefully, so that you understand clearly it's requirements, risks and advantages. This form provides information on this research. If you encounter difficult words or have questions, you can contact the research team. You may take this form with you and discuss this project with anyone else before making your decision.

Purpose

The purpose of this study is to explore and describe the consultation role of the clinical nurse specialist working in a hospital with an adult population in order to better understand this advanced practice role and contribute to nursing knowledge.

Procedure

If you accept to participate in this study, a date for the interview will be determined. At the beginning of the interview, you will be asked to sign this consent form and a copy will be given to you. This will indicate that you are participating freely.

The interview will be audiotape. It will consist in a semi-structured interview with open-ended questions that will permit us to collect information.

¹ Ce document (consentement) a été modifié afin de répondre aux exigences de formatage de ce document (Mémoire de maîtrise). Une copie conforme à l'original peut-être obtenue.

The interviews will last approximately 60 minutes. The participant will also fill a brief sociodemographic questionnaire regarding age, education, years of experience.

If the student researcher has further questions that she would like to ask you, she could contact you within the 3 following months after the interview provided that you have accepted to do this in the inform consent (see specific area in consent form page 4).

Inclusion and exclusion criteria

The inclusion criteria are: the participant must have at least five years experience in the role of clinical nurse specialist, she must have a master's degree and follow adult patients that are hospitalized.

Risks and discomforts

There is no eminent risk or discomfort in participating in this study. Some participants might feel uncomfortable talking about their role or find the interview long. If at anytime during the interview you feel you do not wish to participate in the study any longer, the interview will be stopped. Support can also be provided.

Potential benefits

There is no direct advantages in participating in this study except for the feeling of having contributed information that could help us better understand the consultation role of the CNS.

Cost and compensation

There is no cost or compensation offered for the participation in this study. The study will be held during the CNS's working hours.

Confidentiality

All information obtained during this study will be kept strictly confidential. Any research data collected about you during this study will not identify you by name, or your workplace, or your specialty. The interviews will be numbered according to the sequence of interviews (1 to 6). The results will be presented "anonymously and by themes or concepts that will emerge from the interviews. Your name will be coded and the master list will be double-locked in a filing cabinet in the investigator's office with limited access by the research personnel. The data collected (audio tapes and data) will be kept for a minimum period of seven years at which time they will be destroyed. Any reports published as a result of this study will not identify you by name. Your

confidentiality will be protected to the extent permitted by applicable laws and regulations.

Voluntary participation and /or withdrawal

Your participation in this study is entirely voluntary. The signature on the consent form signifies that you have accepted to participate to the study, willingly and freely to the study. You may refuse to participate or you may decide to discontinue your participation at any time without any explanation

Indemnification

No compensation will be granted for your participation in this research study.

Questions et Informations

If you have any questions or ethical concerns regarding the conduct of this study and the implications of your participation in it, please contact the investigators. If you still have concerns, you can contact Mrs Marie-France Daniel, at [information retirée / information withdrawn]. If you remain unsatisfied with the information that you have received, you can communicate with Mrs Marie-Josée Rivest, Ombudsman of the university, at [information retirée / information withdrawn]. You can also contact the Ombudsman of the McGill University Health Centre, at [information retirée / information withdrawn].

DECLARATION OF PARTICIPATION TO THE STUDY

I hereby understand the purpose of this study, the participation modalities and the use of the information and results of this study. I have had the opportunity to ask questions and all my questions have been answered to my satisfaction. I agree to participate of my own free will and without constraints. I understand that the information's obtained will be handled confidentially and will remain anonymous. I understand that I can retire from the study at any time and without prejudice and without having to give any justification. I understand that by signing this consent form, I have not given up any of my legal rights.

- YES, I agree to have my interview audiotaped.
- NO, I do not agree to have my interview audiotaped.
- YES, I agree to be contacted within 3 months of this interview, to answer further questions.
- NO, I do not wish to be contacted after the interview session.

Date _____

Participant (Signature)

(Print name)

I declare that I have explained the purpose of the study, the risks and benefits of participating in this study.

Investigator(Signature)

(Print name)