

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

L'ÉTENDUE OPTIMALE DE LA PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE ET  
L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE EN PREMIÈRE LIGNE

PAR  
FABIOLA VANCOL-FABLE

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des sciences infirmières  
En vue de l'obtention du grade de Maîtrise en sciences infirmières  
Option administration des services infirmiers

Juin 2015

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé :  
L'étendue optimale de la pratique de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première  
ligne

Présenté par  
Fabiola Vancol-Fable

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Isabelle Brault, inf., PhD.  
Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières  
Directrice de recherche

Madame Chantal Cara, inf., PhD.  
Vice-doyenne aux études supérieures et professeure titulaire à la Faculté des sciences  
infirmières  
Membre du jury

## Sommaire

À tort, plusieurs infirmières, gestionnaires infirmiers et autres professionnels associent l'étendue de leur pratique aux tâches qu'ils accomplissent dans leur journée de travail. Pourtant, l'exercice de la pleine étendue de pratique de l'infirmière s'allie à l'utilisation de ses habiletés démontrant un niveau de connaissance élevé et de jugement teinté par les compétences, la formation et l'expérience à travers le champ de pratique (D'Amour et al., 2012). Ce travail, visant plus particulièrement les gestionnaires infirmiers de première ligne, se veut un outil qui vise d'abord à comprendre et délimiter l'étendue de la pratique de l'infirmière dans le but de mieux opérer les changements au niveau des contextes organisationnels afin d'optimiser cette dite pratique.

L'analyse d'articles de type *scoping review* a permis de faire le constat que le rôle attendu de l'infirmière technicienne en première ligne est de travailler avec le client et sa famille dans son processus de soins. Quant au rôle attendu de l'infirmière clinicienne, en plus d'intervenir dans le processus de soins du client/famille, elle contribue aux avancées de la pratique, que ce soit au niveau de la création de partenariats, du développement professionnel des infirmières soignantes ou de la recherche. Cette analyse a également permis de noter une distinction importante entre le rôle attendu et le rôle joué des infirmières. En effet, le rôle joué témoigne de l'utilisation sous-optimale de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne qui sont, entre autres, assignées à des tâches nécessitant peu leurs habiletés professionnelles.

La formation, les mécanismes de prise de décision, l'environnement de pratique et la collaboration ont certes une influence sur l'étendue optimale de la pratique de l'infirmière en première ligne. Toutefois, par le biais de changements opérés par les gestionnaires infirmiers de première ligne, l'optimisation de l'étendue de la pratique de l'infirmière est une mission possible. De par l'adoption d'un *leadership* transformationnel du gestionnaire infirmier, la sensibilisation de celui-ci au concept de l'étendue optimale de la pratique et l'introduction du rôle de gestionnaire de cas pour l'infirmière clinicienne, les rôles propres à l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne peuvent être bien délimités.

Mots clés :

Étendue de la pratique infirmière / Optimisation / Infirmière / Infirmière clinicienne/  
Soins première ligne

### *Summary*

Mistakenly, many nurses, nursing managers and other professionals associate their scope of practice to the tasks they accomplish in their work day. However, exercising the full scope of nursing practice is related to the use of one's abilities demonstrating a high level of knowledge and judgment tinged by skills, training and experience across the field of practice (D'Amour et al., 2012). This paper, which specifically targets primary care nursing managers, is a tool for primary care nursing managers aimed at understanding and defining the scope of nursing practice to better implement changes in organizational contexts and optimize this said practice.

The scoping review analysis of articles revealed the findings that the expected role of the primary care nurse technician is to work with the client and his family in his care process while the expected role of the nurse clinician is not only to intervene in the client/family care process but to contribute to the advancement of the practice, whether it is for the creation of partnerships, professional development of nursing staff or research. This analysis also showed an important distinction between the expected role and the role behavior. Indeed, the role behavior reflects the suboptimal use of both the nurse technician and the nurse clinician who are, among others, assigned to tasks that require none of their professional skills.

Training, decision making mechanisms, practice environment and collaboration certainly have an influence on the scope of nursing practice in primary care. Nevertheless, through changes operated by primary care nursing managers, optimizing the scope of nursing practice is mission impossible. By adopting a transformational *leadership*, educating the manager to the concept of optimal scope of practice and introducing the role of case manager for the nurse clinician, both the roles of the nurse and the nurse clinician in primary care can be clearly defined.

Mots clés : Scope of nursing practice / Optimize / Nurse technician / Nurse clinician / Primary care

## *Table des matières*

<i>Sommaire</i> .....	i
<i>Summary</i> .....	iii
<i>Table des matières</i> .....	iv
<i>Remerciements</i> .....	vii
<i>Problématique</i> .....	1
Contexte .....	2
But et objectifs de ce travail .....	6
<i>Méthode</i> .....	8
Cadre conceptuel .....	9
Démarche de la recherche documentaire et de la méthode d'analyse des écrits .....	13
<i>Recension des écrits</i> .....	16
Les divers descriptifs de la pratique infirmière .....	17
Portrait du rôle attendu et joué de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne .....	20
Exercice de délimitation du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne .....	33
Facteurs organisationnels influençant l'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne .....	55
<i>Proposition</i> .....	63
<i>Objectifs personnels souhaités par l'introduction du rôle de gestionnaire de cas</i> .....	67
<i>Discussion</i> .....	72
Limites de ce travail dirigé .....	73
Forces de ce travail dirigé .....	74
Les retombées de ce travail dirigé .....	76
Les recommandations pour les gestionnaires infirmiers .....	77

<i>Conclusion</i> .....	79
<i>Références</i> .....	82
Références bibliographiques .....	83
<i>Appendices</i> .....	90
Appendice 1 Questionnaire de l'étendue effective de la pratique infirmière .....	91
Appendice 2 Schématisation du cadre conceptuel .....	93
Appendice 3 Grille de lecture .....	95
Appendice 4 Schématisation de la méthodologie.....	98

*Liste des tableaux*

Tableau 1 : Résultat de l'exercice du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne .....	36
Tableau 2 : Rôle attendu du gestionnaire de cas (infirmière clinicienne).....	68
Tableau 3 : Nouveau rôle attendu souhaité pour l'infirmière en service de première ligne.....	69

Le lecteur voudra bien comprendre, en lisant ce travail dirigé, qu'une expression comme « infirmière » inclut les deux genres grammaticaux, soit : les infirmiers et les infirmières, à moins que le contexte l'interdise. Le genre féminin que nous utilisons dans ce document ne vise qu'à alléger la lecture du texte.

## *Remerciements*

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice, Isabelle Brault. Merci madame Brault pour votre ouverture, votre patience et votre soutien tout au long de la rédaction de ce travail dirigé. Vos nombreuses lectures et corrections ont été indispensables à l'aboutissement de ce travail.

Je souhaite aussi remercier madame Johanne Déry, adjointe à la directrice des soins infirmiers volet recherche au CHU Sainte-Justine ainsi que madame Chantal Cara, vice-doyenne aux études supérieures et professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières pour leurs commentaires lors de l'approbation de mon projet et également leur participation à l'évaluation finale de ce travail.

Mes remerciements s'adressent également à madame Bergeron, madame Bérubé et toute l'équipe des services généraux du CSSS, qui m'ont permis d'une part de me libérer fréquemment de mes fonctions régulières afin de me concentrer sur la rédaction de mon projet et d'autre part, pour leur écoute et leurs encouragements constants.

Je voudrais enfin remercier mes parents Clothier et Yvrose, mes sœurs Jennifer et Mélissa, mon mari Gregory, ma cousine Vanessa et mes amies Sabruna, Élisabeth, Cynthia et Cindy qui m'ont apporté un soutien moral constant. Vous m'avez toujours encouragée, spécialement durant les périodes où ma motivation était moindre. La réalisation de ce travail dirigé est donc un accomplissement que je désire partager avec vous tous.

## *Problématique*

## Contexte

Certains parleront de soins primaires, de services communautaires ou encore de services de première ligne afin d'identifier la porte d'entrée du système de santé. Certes, les termes utilisés ne font pas l'unanimité, mais le sens accordé à ceux-ci est le même soit :

[...] le point de contact de la population avec le réseau. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social, médical, de la population. (Commission Clair, 2000, p. 107)

Par sa position d'avant-scène au sein de l'organisation de santé québécoise, les services de première ligne se voient confrontés à de perpétuels changements. D'une part des changements sollicités par les priorités stratégiques ministérielles accordant une importance à l'amélioration de l'accessibilité des soins, l'intégration des services ainsi que l'utilisation judicieuse des ressources humaines (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2010) et d'autre part, par le mouvement naturel allant vers le vieillissement, la complexité des cas cliniques, les maladies chroniques, les troubles mentaux ainsi que la persistance d'habitudes de vie nuisibles (MSSS, 2005).

La transformation du contexte de pratique des services de première ligne entraîne une modification du rôle joué, c'est-à-dire le reflet de sa pratique au quotidien, ainsi qu'une nouvelle structure de partage des responsabilités entre les divers partenaires de la santé (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2001a) modifiant les attentes du rôle attendu, soit l'idéal souhaité de la pratique infirmière. Ce mouvement de transformation accorde une plus grande portée à la pratique infirmière en première ligne en engendrant une diversification du rôle joué et attendu de l'infirmière afin d'être mieux adapté au contexte de pratique en perpétuel changement. La diversification du rôle se résume par l'utilisation de stratégies d'amélioration de l'accessibilité des services offerts en appropriant à l'infirmière de nouveaux rôles (Bourgueil, Marek et Mousques, 2008).

L'adaptation du rôle joué et du rôle attendu de l'infirmière à la réalité actuelle des besoins populationnels implique la gestion de nouvelles connaissances et d'habiletés, tant de la part des gestionnaires infirmiers que des infirmières, et ce, afin de concrétiser et de s'engager dans ces nouveaux rôles (Besner et al., 2005). Une responsabilité revient au gestionnaire de personnel infirmier d'intégrer ces nouvelles connaissances afin de promouvoir le nouveau sens accordé au rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne tout en soulignant la contribution de celles-ci au sein des services de première ligne au bénéfice de tous les acteurs gravitant dans les organisations de santé ainsi que les prestataires de soins (Besner et al., 2011; Gannan et al., 2010; Meagher-Stewart et al., 2010; Poghosyan et al., 2013).

Bien que maintenant, les infirmières et infirmières cliniciennes œuvrant en première ligne soient présentes dans les centres locaux de services communautaires [CLSC], les groupes de médecine familiale [GMF], les cliniques privées, les cliniques réseaux ainsi que dans les directions de santé publique, l'étendue de leur pratique demeure malheureusement mal connue (Colin et Rocheleau, 2004). Effectivement, une étude réalisée au niveau des programmes de résidence en médecine familiale canadienne démontre une incompréhension chez les infirmières de leur propre champ d'exercice (Allard, Frego, Katz et Halas, 2010). Dans l'étude, celles-ci identifient leur champ d'exercice à :« [...] des injections, triage téléphonique, vaccination d'adultes, vaccination d'enfants, tests de glycémie, évaluation d'enfants en santé, traitement de plaies, enlèvement de points ou d'agrafes, revues de médicaments et traitement de seringue articulaire. » (Allard et al., 2010, p. 4)

Alors que le champ de pratique se rapporte à l'éventail des fonctions et responsabilités attendues en grande partie par la législation (OIIQ, 2001b), l'étendue de pratique est plutôt l'éventail de ces fonctions et responsabilités en concordance avec la compétence et l'expérience de l'infirmière qui l'exerce (D'Amour et al., 2012). À tort, plusieurs infirmières et autres professionnels associent l'étendue de leur pratique aux tâches qu'elles accomplissent dans leur journée de travail alors que l'exercice de la pleine

étendue de pratique de l'infirmière « doit être identifiée par le gestionnaire comme n'étant pas simplement l'exécution de tâches et de commandes, mais plutôt la mobilisation de compétences qui requièrent un niveau plus élevé de connaissances et de jugement<sup>1</sup>» (D'Amour et al., 2012, p.249). L'incapacité des gestionnaires infirmiers et des infirmières à déterminer l'étendue de la pratique en première ligne teinte la vision actuelle. Cette incompréhension de l'étendue de la pratique invite à une dérivation des gestionnaires infirmiers vers une mauvaise utilisation ou une sous-utilisation des professionnels infirmiers. Une étude, d'ailleurs menée au sein des hôpitaux québécois, démontre que les infirmières ne pratiquent pas leur étendue de pratique de façon optimale au sein de leur organisation de santé (D'Amour et al., 2012).

Les nombreux défis quotidiens rencontrés soit le mouvement naturel de la population, les priorités ministérielles et l'exercice de la pleine étendue de pratique de l'infirmière sont donc devenus des sources d'innovation pour les gestionnaires infirmiers de première ligne pour répondre adéquatement aux besoins de leur population respective et favoriser l'accessibilité aux services. L'accessibilité en première ligne se traduit par :

Une organisation de santé qui peut facilement être utilisée : pour laquelle il y a peu de barrières géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles à son utilisation par les personnes. L'accessibilité est ainsi un jugement porté sur la possibilité et la facilité avec laquelle un service ou une ressource est utilisé. (Haggerty et al., 2008; Donabedian, 1973; Dussault, 1993; cités dans Institut National de Santé publique du Québec, 2008, p. 45)

Les infirmières constituent le groupe de professionnels majoritaire dans les centres de santé de première ligne. Elles travaillent dans les équipes multidisciplinaires constituées d'autres professionnels tels les médecins, les travailleurs sociaux, les auxiliaires familiaux et sociaux, les organisateurs communautaires, les nutritionnistes, les hygiénistes dentaires, les psychologues, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes (Colin et Rocheleau, 2004). Par leur présence rapprochée et constante avec les patients, elles devraient davantage être des parties intégrantes aux solutions d'accessibilité aux

---

<sup>1</sup> Traduction libre de « be identified by leaders as not simply executing tasks and orders but rather using skills that draw upon higher level knowledge and judgment » (p. 249).

services de première ligne. Leur investissement dans la promotion de la santé et la gestion de la maladie chronique est un atout majeur non négligeable pour les organisations de santé de première ligne (OIIQ, 2012).

Le contexte actuel de la pratique infirmière en première ligne; soit la recherche constante de l'amélioration d'accessibilité des services, le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques ainsi que l'omniprésence des troubles mentaux portent à réfléchir davantage à la priorité ministérielle d'utilisation judicieuse des ressources humaines. Formant en grande partie la majorité des ressources humaines du secteur de la santé, les infirmières sont peu mises à contribution dans les solutions soulevées pour améliorer l'accessibilité. L'incapacité des infirmières à décrire leur rôle juxtaposé à l'incohérence des attentes de rôle du gestionnaire infirmier face aux personnels infirmiers donne naissance à des conflits de rôles au sein des organisations (Katz et Khan, 1978). Ces conflits de rôle perturbent l'étendue de pratique optimale de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne.

De plus, Besner et ses collaborateurs (2005, 2011) soulignent que le soutien du gestionnaire infirmier est un élément favorable à la pratique de l'infirmière à sa pleine capacité. Au regard du public ciblé par ce travail dirigé, soit les gestionnaires infirmiers et infirmières de première ligne, il semble primordial d'outiller ces derniers à comprendre et délimiter l'étendue de la pratique de l'infirmière afin de mieux opérer les changements au niveau des contextes organisationnels favorisant une réponse adéquate au besoin de la population tout en accroissant l'accessibilité aux services de première ligne dans leur organisation respective, et ce, en favorisant l'épanouissement optimal de l'étendue de la pratique de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne.

### **But et objectifs de ce travail**

Le but de ce travail dirigé est : de réaliser une analyse critique d'articles en utilisant la méthodologie *scoping review* (Davis, Drey et Gould, 2009; Levac, Colquhoun et O'Brien, 2010) afin de clarifier l'étendue de la pratique de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne<sup>2</sup> en première ligne. Des recommandations seront soumises aux gestionnaires infirmiers de première ligne quant aux facteurs organisationnels favorisant l'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne.

Les objectifs de ce travail sont :

1. Préciser le rôle attendu de la pratique infirmière (infirmière et infirmière clinicienne) en première ligne.
2. Illustrer le rôle joué de la pratique infirmière (infirmière et infirmière clinicienne) en première ligne.
3. Explorer et identifier les facteurs organisationnels favorisant l'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne.

Par la délimitation du rôle attendu de la pratique de l'infirmière et du rôle joué de celle-ci, les incompatibilités et les incohérences associées au rôle seront soulevées afin de réduire les possibilités de conflit de rôle et ainsi promouvoir la pleine étendue de la pratique de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne. Les facteurs organisationnels soulevés encourageront la mise en place d'un meilleur contexte de pratique favorisant l'exercice optimal de la pratique de l'infirmière et l'infirmière clinicienne.

Les retombées de ce travail dirigé seront mises à la disposition des gestionnaires infirmiers en première ligne d'un centre ambulatoire de l'île de Montréal afin de leur permettre de mieux organiser les services infirmiers. Les infirmières et infirmières

---

<sup>2</sup> On distinguera tout au long de ce travail dirigé l'infirmière et l'infirmière clinicienne par leur niveau d'étude. L'infirmière est détentrice d'un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers (OIIQ, 2015a) alors que l'infirmière clinicienne détient un baccalauréat en sciences infirmières (OIIQ, 2015b).

cliniciennes bénéficieront également de ce travail dirigé par le développement d'une vision claire de l'étendue de la pratique infirmière dans les services de première ligne.

## *Méthode*

Cette section présentera d'abord le cadre conceptuel utilisé dans ce travail dirigé et également la démarche de recherche documentaire.

### **Cadre conceptuel**

Cette section présente le cadre conceptuel utilisé pour ce travail dirigé. Il a été construit en combinant le cadre théorique de Khan, Wolfe, Quinn et Snoek (1964) qui offre une conceptualisation des rôles joués et attendus et les dimensions de l'étendue de pratique de D'Amour et ses collaborateurs (2012), offrant des balises à la description de l'étendue de la pratique infirmière.

L'approche théorique de la notion du rôle de Khan et ses collaborateurs (1964) est un outil pertinent à la réalisation de cet écrit, sachant que l'étendue de la pratique infirmière s'interprète comme étant la mise en œuvre du rôle. Certes, ce modèle ne fait pas partie des théories récentes des rôles, mais son utilisation au sein de ce travail dirigé suscitera l'intérêt à comprendre ce qui se produit lorsque l'on rencontre des difficultés à comprendre les rôles que l'on croit devoir assumer, jouer l'ensemble des rôles tout en sachant les prioriser.

Selon le modèle de Khan et ses collaborateurs (1964), le rôle est associé à une position dans la hiérarchie d'une organisation. Il s'observe à travers un ensemble de comportements récurrents et vise à atteindre un but prédéterminé (Katz et Khan, 1978). Les composantes de base d'un système de rôle impliquent l'émetteur de rôle, le récepteur de rôle ainsi que les divers types de rôles qui leur sont associés.

**L'émetteur**, ici représenté par les gestionnaires infirmiers des services de première ligne, a des attentes de comportement de la part de son personnel infirmier (**rôle attendu**). Ces attentes de comportement, reconnues comme représentant le rôle attendu, prennent assises sur la législation entourant la pratique de l'infirmière, passant de l'article de Loi 36 définissant le champ de pratique de l'infirmière (OIIQ, 2001b) allant jusqu'aux travaux du MSSS (2005) résultant d'une délimitation du rôle de l'infirmière et de

l'infirmière clinicienne. L'émetteur transmet son rôle (**rôle transmis**) en influençant le récepteur à adopter son comportement.

**Le récepteur** c'est-à-dire le personnel infirmier aura quant à lui sa propre interprétation des signes reçus (**rôle perçu**). De cette interprétation découleront des comportements observables de la part des infirmières (**rôle joué**).

Ce modèle nous permet également de croire que le récepteur n'a pas qu'un rôle passif. La maîtrise et l'appropriation du rôle du récepteur au sein de l'organisation de santé auront également une influence possible sur le gestionnaire infirmier. Cette influence peut le porter à s'approprier de nouveaux schèmes de pensées et de comportements à l'égard de leur stratégie d'utilisation des divers rôles infirmiers. Le gestionnaire infirmier deviendra donc le récepteur du rôle et le personnel infirmier occupera la place d'émetteur.

Par cette théorie de rôle, les relations entre le rôle attendu, le rôle transmis, le rôle reçu et le rôle joué sont des sources potentielles de transmission de rôles incohérents, appelées conflits de rôles. Plusieurs titres de professionnels infirmiers sont appelés à travailler ensemble au quotidien, sans nécessairement savoir le rôle de chacun.

Pour l'objectif de ce travail dirigé, le modèle de Khan et ses collaborateurs (1964) permettra de faire émerger les incongruences entre le rôle joué et le rôle attendu dans la pratique de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne afin de minimiser les probabilités de conflit de rôle au sein de l'organisation pouvant restreindre l'étendue de la pratique de l'infirmière et l'infirmière clinicienne.

En l'absence d'instrument de mesure pour évaluer l'étendue de pratique des infirmières, lors de l'étude sur les modèles de l'utilisation des ressources infirmières [MURI] réalisée par Dubois et ses collaborateurs (2012), D'amour et ses collaborateurs

(2012) ont développé le questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière [QÉPI]<sup>3</sup>. Le projet MURI avait pour but d'illustrer des associations entre différents modèles d'organisation de services infirmiers et des résultats de soins. Dans le cadre de cette étude, les modèles d'organisation des ressources humaines infirmières ont été examinés sous trois concepts divers, soit le déploiement du personnel, l'étendue de pratique ainsi que l'environnement de pratique qui englobe la capacité d'innovation. À partir de ces concepts, les auteurs ont examiné l'influence de ceux-ci sur la santé et la satisfaction des infirmières ainsi que la santé et la sécurité des clients. L'hypothèse mobilisant ce projet de recherche en milieu hospitalier présentait les ressources infirmières comme étant insuffisamment mises à contribution dans nos organisations et n'œuvrant pas à leur pleine étendue de pratique.

Le questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière, développé au cours du projet MURI, comporte 26 questions subdivisées en six grandes dimensions. Les dimensions sont les suivantes :

- Évaluation et planification des soins;
- Enseignement à la clientèle et aux familles;
- Communication et coordination des soins;
- Intégration et encadrement du personnel;
- Optimisation de la qualité et sécurité des soins;
- Mise à jour et utilisation des connaissances.

Chacune de ces dimensions a été divisée en trois niveaux de complexité afin de pouvoir rejoindre toutes les catégories d'infirmière allant de l'infirmière novice à l'infirmière experte. Pour ce travail dirigé, les six dimensions du QÉPI permettront l'analyse et l'établissement de la description du rôle attendu et du rôle joué de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne. La version originale du QÉPI se trouve à l'appendice 1.

---

<sup>3</sup> Traduction libre de « actual scope of nursing practice » (p.249).

Afin de répondre au deuxième volet de ce travail dirigé, soit d'émettre des recommandations, une attention particulière sera accordée aux variables organisationnelles influençant le conflit de rôle présent dans l'approche théorique du rôle de Khan et ses collaborateurs (1964). Les variables retenues permettront de soulever des recommandations face au respect de l'épanouissement du rôle respectif de chacune des infirmières d'une même organisation de santé. Les facteurs individuels, tels que les habiletés des infirmières, ont certes une influence sur les conflits de rôle et l'étendue de la pratique infirmière (Oelke, Wilhelm, Jackson et Carter, 2012). Par contre, pour les besoins de ce travail dirigé, ces facteurs ne seront pas pris en considération.

La combinaison du modèle de rôle de Khan et ses collaborateurs (1964) avec les dimensions du QÉPI (D'Amour et al., 2012) permet une conceptualisation du rôle infirmier sous l'angle de l'émetteur, mais également sous l'angle du récepteur. Par le fait même, la combinaison de ces deux concepts permet la création d'un langage commun lors de la description du rôle propre à l'infirmière et l'infirmière clinicienne.

Ce langage commun se veut autant bénéfique pour les futurs échanges entre les gestionnaires de soins infirmiers et le personnel infirmier, mais également bénéfique pour la rédaction de ce travail dirigé permettant une analyse plus structurée des écrits recensés. Une schématisation du cadre conceptuel créée pour répondre aux besoins de ce travail est présentée en appendice 2.

### **Démarche de la recherche documentaire et de la méthode d'analyse des écrits**

Pour la réalisation de ce travail dirigé, une recension des écrits de type *scoping review* a été effectuée afin d'établir une revue interprétative des études s'intéressant à l'étendue de la pratique infirmière en service de première ligne, ainsi que les facteurs organisationnels favorisant cette pratique. L'utilisation de ce type de recension d'écrits permet de cibler les concepts centraux entourant le sujet à l'étude. Elle soulignera également les lacunes des diverses recherches analysées sur le sujet étudié et avancera sa critique jusqu'au point de démontrer si des études supplémentaires seraient nécessaires. Le contexte des études sera pris en considération, permettant une critique plus judicieuse des écrits soulevés, une force à ce type méthodologique. Les lignes qui suivent font état des six étapes méthodologiques de la *scoping review* (Davis, Drey et Gould, 2009; Levac, Colquhoun et O'Brien, 2010) :

1. Identifier la question de recherche;
2. Identifier les études pertinentes;
3. Sélectionner les études;
4. Analyser les documents sélectionnés;
5. Réaliser une synthèse des résultats;
6. La consultation.

#### *Étape 1 : Identifier la question de recherche*

Dans le cadre de ce travail dirigé, le but est de clarifier l'étendue de la pratique de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne en première ligne et d'émettre des recommandations aux gestionnaires infirmiers de première ligne quant aux facteurs organisationnels favorisant l'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne.

#### *Étape 2 : Identifier les études pertinentes*

À travers les bases de données anglophones *Cinahl*, *et Medline et PubMed*, une revue de la littérature scientifique a été construite en deux grandes étapes, correspondant aux objectifs du travail dirigé.

Pour répondre au premier et deuxième objectif de ce travail dirigé, soit de préciser le rôle attendu et illustrer le rôle joué de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne en se basant sur les principes et les dimensions de l'étendue de pratique, les mots-clés suivants ont été utilisés : *scope/nursing practice or clinical competence, scope of nursing practice, scope of practice, scope of nursing practice (evaluation/utilisation), scope of practice(evaluation/utilisation)*.

Afin de circonscrire les résultats des recherches au milieu à l'étude, soit les services de première ligne, les mots-clés suivants ont été ajoutés aux mots-clés précédemment cités : *community health nursing, primary care service, public health*.

Quant à l'objectif d'émettre des recommandations concernant les facteurs organisationnels favorisant l'étendue optimale de la pratique, les mots clés suivants ont été ajoutés aux moteurs de recherche : *optimizing, maximinzing, facilitors, barriers, nursing staff or nursing workforce* .

Les références bibliographiques des articles recensés ont également été examinées afin d'identifier d'autres documents pertinents.

### *Étape 3 : Sélectionner les études*

Cette revue scientifique s'est limitée aux articles datés des années 2003 à 2012. Les écrits retenus devaient être soit écrits dans la langue française ou dans la langue anglaise. Seuls les articles dont la définition que les auteurs avaient de l'étendue de pratique qui ne correspondaient pas uniquement à l'énumération de tâches ou de rôles, mais englobaient également les dimensions de l'expérience, la compétence et le jugement clinique qui ont été intégrés à la recension des écrits de ce travail dirigé.

Les articles intégrant l’infirmière praticienne ainsi que l’infirmière clinicienne spécialisée n’ont pas été retenus, et ce, afin de respecter la réalité actuelle du Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) où les retombées de ce travail dirigé seront utilisées.

Tel qu’indiqué selon les principes de la *scoping review* (Levac et al., 2010), cette recension a mobilisé l’utilisation de certaines sources supplémentaires notamment les moteurs de recherche Google et Google Scholar ainsi que les sites internet contextualisant la pratique en première ligne au Québec (OIIQ et MSSS) afin de localiser les ouvrages spécialisés et la littérature grise en format électronique.

#### *Étape 4 : Analyser les documents sélectionnés*

Une grille de lecture et d’analyse inspirée de Bordage (1989) a été créée et utilisée pour procéder à l’analyse des divers articles afin de mettre en évidence les données déjà existantes et les données manquantes illustrant les réponses aux divers objectifs du travail dirigé. Cette grille se trouve en appendice 3 du travail.

La recension des écrits totalise 24 articles; une description détaillée de cette démarche est disponible en appendice 4.

#### *Étape 5 : Réaliser une synthèse des résultats*

La partie suivante de ce travail dirigé soit la recension des écrits, élabore une synthèse globale des données recensées dans les divers écrits englobant l’étendue de la pratique de l’infirmière et de l’infirmière clinicienne en première ligne, et ce, sans omettre les facteurs organisationnels influençant celle-ci. Une dernière étape au processus méthodologique de la *scoping review* est optionnelle, soit l’étape 6 : la consultation. Cette étape présente à l’auteur l’opportunité de consulter des acteurs clés afin de bonifier la recension des écrits. Dans le cadre de ce travail dirigé, cette étape n’a pas été réalisée.

*Recension des écrits*

### **Les divers descriptifs de la pratique infirmière**

Afin de bien délimiter les concepts centraux de ce travail dirigé, la définition des termes suivants s'avère essentielle : champ de pratique, le rôle et l'étendue de pratique. Ces termes sont fréquemment utilisés dans les articles scientifiques afin de définir la pratique infirmière.

#### *Le champ de pratique infirmière*

Au Québec, le champ de pratique de l'infirmière s'appuie sur l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. (OIIQ, 2001b)

Cette définition se limite aux fonctions et responsabilités de la pratique sans délimitation de ce qui revient à l'infirmière et ce qui revient à l'infirmière clinicienne. C'est pourquoi il est intéressant de porter un regard sur la Loi 142, laquelle spécifie les attributions propres à l'infirmière et l'infirmière clinicienne.

#### *Le rôle de l'infirmière*

En se basant sur la Loi 142 concernant les conditions de travail du secteur public du Québec, le rôle de l'infirmière est défini comme suit :

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins biopsychosociaux d'usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l'état de santé de l'usager, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie. Elle planifie, dispense et évalue l'enseignement aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes. De plus, elle participe à la recherche visant la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. (MSSS, 2010a, p. II.60)

Quant au rôle de l'infirmière clinicienne, il se définit comme suit :

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins biopsychosociaux d'usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l'état de santé, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers des usagers présentant des problèmes de santé complexes et/ou des dimensions biopsychosociales variées. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie.

Elle conçoit, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées, visant des problèmes de santé complexes et/ou comportant des dimensions biopsychosociales variées. Cette personne participe au développement ou adapte des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins, elle coordonne le travail d'équipe et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire.

Elle identifie, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu. Elle assure, le cas échéant, la coordination de ces services. Elle assure l'orientation du nouveau personnel et participe à la formation des stagiaires. Elle supervise l'enseignement fait aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes dans les programmes spécifiques et collabore à la recherche. (MSSS, 2010a, p. II.25)

En plus de porter un intérêt à la délimitation présentée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux quant au rôle de l'infirmière et l'infirmière clinicienne, il semble évocateur de se sensibiliser aux facteurs permettant cette délimitation. Une porte d'entrée à cette sensibilisation est le terme d'étendue de pratique.

### *L'étendue de pratique infirmière*

Plusieurs définitions de ce concept sont disponibles, car aucun consensus n'a vu le jour jusqu'à maintenant. D'Amour et ses collaborateurs (2012) définissent l'étendue de pratique infirmière comme étant l'éventail des fonctions et responsabilités déployées par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience. On ne pourra qualifier la pratique infirmière d'optimale que lorsque les fonctions et les responsabilités correspondront parfaitement avec le niveau de formation de l'infirmière, son titre d'emploi, ainsi que son expérience (Besner et al., 2005; White et al., 2008). On la qualifiera d'effective lorsqu'on décrira la pratique de l'infirmière par le

reflet des activités professionnelles réalisées réellement (Déry, D'Amour, Blais & Clarke, 2015).

Nous pouvons conclure cette présentation des divers concepts en avançant que l'étendue optimale de la pratique infirmière s'interprète par la mise en œuvre du rôle. Cette mise en œuvre du rôle démontre un accord entre le niveau de formation, le titre d'emploi, l'expérience et le contexte de pratique. Le rôle, quant à lui, est un ensemble de fonctions et responsabilités. Ces fonctions et responsabilités entourant le désir de rétablir la santé et prévenir la maladie sont appuyées sur les textes de loi régissant la pratique infirmière au Québec, soit l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec ainsi que sur la délimitation de rôle de l'infirmière et l'infirmière clinicienne exercée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux. L'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne est le concept central retenu pour la réalisation de ce travail dirigé.

Les paragraphes suivants présentent une analyse critique des articles recensés illustrant le portrait du rôle joué et attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne. L'établissement du portrait du rôle joué et du rôle attendu sera fait en concordance avec les six dimensions du QÉPI (D'amour et al., 2012) soit :

1. Évaluation et planification des soins;
2. Enseignement à la clientèle et aux familles;
3. Communication et coordination des soins;
4. Intégration et encadrement du personnel;
5. Optimisation de la qualité et sécurité des soins;
6. Mise à jour et utilisation des connaissances.

Au terme de l'illustration du rôle attendu et du rôle joué pour chacune des dimensions mentionnées ci-haut, notre compréhension des similitudes et conflit de rôle entre le rôle attendu et le rôle joué sera libellée sous la section conflit de rôle. En seconde partie de cette recension des écrits, un exercice de délimitation du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne sera réalisé sous forme de tableau. La recension des écrits se terminera par les facteurs organisationnels influençant l'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne.

### **Portrait du rôle attendu et joué de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne**

#### Évaluation et planification des soins :

##### *Rôle attendu*

Dans le cadre de l'évaluation et la planification des soins, il est attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne qu'elles portent une considération sur la condition biopsychosociale du client afin d'effectuer une bonne évaluation globale de la condition physique et mentale du client (MSSS, 2010a). Pour ce faire, un effort sera de mise par rapport à la planification des soins du client, laquelle sera autant basée sur les résultats d'outils d'évaluation cliniques que sur les besoins et les attentes du client et sa famille (D'Amour et al., 2012).

Plus précisément dans le contexte de première ligne, pour maintenir et améliorer l'état de santé et de bien-être d'une population géographiquement définie, les services de première ligne ont une nouvelle obligation d'assumer une responsabilité populationnelle en plus de ses responsabilités de coordination de l'ensemble des services offerts à la population, allant de la prévention à la réadaptation (Initiative de partage des connaissances et développement des compétences [IPCDC], 2012). La planification des soins s'en voit ainsi modifiée. Pour ce faire, la mission du gestionnaire infirmier est de redéfinir leurs offres de services afin de combiner une logique de production de services cliniques auprès des utilisateurs avec une logique de santé des populations soit l'approche populationnelle (Breton, Lamarche et Pineault, 2005). L'approche populationnelle se veut

une approche favorisant l'utilisation de stratégies proactives d'intervention pour diminuer l'apparition de problèmes de santé (Agence de développement des réseaux locaux et des services de santé et services sociaux de Montréal, 2004). Le rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne se voit donc modifié. Ces dernières seront donc appelées à travailler au domicile de leurs clients, dans les écoles, dans les refuges, dans les églises, dans les centres de santé communautaire ainsi que dans la rue (Association Canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire [ACIISC], 2008). L'ACIISC spécifie que le rôle attendu de la pratique infirmière en première ligne englobe; la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la protection de la santé (ACIISC, 2008). L'ACIISC (2008) définit la promotion de la santé comme toute activité infirmière englobant la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que l'amélioration continue de sa condition de santé ou le statu quo de l'état de santé du client.

L'OIIQ utilisera les termes « pratique en santé communautaire » pour définir le rôle attendu de la pratique infirmière en première ligne. Selon la définition de l'OIIQ, le rôle attendu de la pratique infirmière en santé communautaire vise à :

Rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle veille également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie. (OIIQ, 2010, p. 11)

### *Rôle joué*

Une étude souligne une forte tendance chez l'infirmière à décrire l'étendue de la pratique dans une perspective de série de tâches ou d'activités (Besner et al., 2005). Les études dénotent par le fait même que les infirmières perdent du temps à accomplir des tâches qui ne font pas appel à leur orientation professionnelle, alors que des soins nécessitent leur habileté et expertise (Aiken et al., 2001; OIIQ 2007). On parle entre autres de diverses tâches qui pourraient être accomplies par le personnel de soutien, tel que : la prise de rendez-vous ou l'approvisionnement des salles d'examen (Allard et al.,

2010; OIIQ, 2007). D'autres auteurs soulignent un chevauchement de rôles entre les diverses catégories d'infirmières. À quelques exceptions près, le chevauchement était décrit en terme de variétés spécifiques d'activités qui sont également partagées avec d'autres professionnels (Besner et al., 2005).

Une étude réalisée par Renaud et ses collaborateurs (2004), faite sur un programme spécifique communautaire visant la prévention de maladies cardiovasculaires, souligne qu'en termes de prévention, les infirmières sont davantage portées à exécuter de la prévention secondaire au lieu de la prévention primaire. Le rôle joué de l'infirmière porte davantage à intervenir en prévention lorsque le client présente au moins un facteur de risque plutôt que d'aller préféablement en amont de son ou ses facteurs de risque et d'intervenir davantage avant que ceux-ci apparaissent (Renaud et al., 2004), portant ainsi préjudice à la pratique infirmière attendue en service de première ligne et modifiant considérable la planification des soins du client.

### *Conflit de rôle*

Alors que le rôle attendu tend vers la planification des soins gravitant autour d'une approche populationnelle en exerçant la promotion de la santé, la prévention de la maladie et l'amélioration continue de la situation de santé du client, le rôle joué, quant à lui, nous indique que peu d'opportunités sont offertes à l'infirmière de première ligne pour oeuvrer dans une telle pratique. L'incompréhension des rôles de prévention et de promotion jumelée à l'attribution de tâches autres que celles dédiées à l'infirmière perturbent la possibilité de la jonction entre le rôle attendu et le rôle joué de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne.

### Enseignement à la clientèle et aux familles

#### *Rôle attendu*

Le rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne est de répondre aux besoins spécifiques du client et sa famille à l'égard de l'enseignement à la clientèle et aux familles (MSSS, 2010a). Diverses stratégies seront utilisées afin de s'adapter à la

clientèle ainsi qu'au niveau d'autonomie du client. Suite à l'activité d'enseignement, l'infirmière ou l'infirmière clinicienne s'assurera de la compréhension du client et sa famille par rapport aux enseignements reçus (D'Amour et al., 2012).

L'enseignement à la clientèle et aux familles est appuyé par la législation. La loi portant sur l'exercice des professions reconnaît à l'infirmière son rôle « en information, promotion de la santé, prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des communautés » (Colin et Rocheleau, 2004).

### *Rôle joué*

Malheureusement,

la place prépondérante accordée aux déterminants individuels de la santé durant une formation initiale marquée par un processus de socialisation biomédicale, ainsi que l'accessibilité inégale à des activités de formation continue, ont une incidence non négligeable sur le développement d'une pratique infirmière populationnelle de pointe en promotion de la santé et prévention. (Benson et Latter, 1998; Chiverton, McCabe et Tortoretti, 2003; Dallaire, Hagan et O'Neill, 2000; Fleming, 1992; Hagan et Proulx, 1996; Halbert et al., 1993; Morgan et Marsh, 1998; Nobble, 1991; Parish, Powell et Wilkes, 1991; Paul, 1997; Rafael, 1999; Richard, Fortin et Bérubé, 2004; Uosukainen, 2001; Whitehead, 2001; cités dans Beaudet et al., 2008, p.5)

Alors que la formation académique sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie sont des activités de formation issues des programmes d'enseignement initiaux englobant la santé communautaire, la concentration à la socialisation biomédicale dans les programmes d'enseignement actuels en soins infirmiers porte préjudice à la pratique infirmière en première ligne (Agence de développement des réseaux locaux et des services de santé et services sociaux de Montréal, 2007). La promotion de la santé et la prévention de la maladie représentent un défi au quotidien pour l'infirmière et l'infirmière clinicienne n'ayant pas reçu, dans leur programme d'enseignement de base, les assises nécessaires pour mener à bien ces activités.

La formation initiale reçue par les infirmières techniciennes étant marquée par un intérêt davantage porté au biomédical, les notions de la santé communautaire ne sont pas étudiées dans leur intégralité, mais plutôt en survol (Colin et Rocheleau, 2004). Quant à l'infirmière clinicienne, elle a à son programme de formation initiale, un volet dédié uniquement à la santé communautaire.

Le rôle joué de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne est axé sur la performance de tâches dans le but de répondre aux besoins biomédicaux du client, mais peu d'efforts sont accordés à la promotion de la santé et du bien-être (Besner et al., 2011). Alors que l'enseignement à la clientèle et à la famille constitue le rôle attendu de l'infirmière exerçant dans une approche populationnelle, peu d'efforts au niveau des structures organisationnelles en services de première ligne sont exercés afin de permettre l'épanouissement de l'infirmière et l'infirmière clinicienne dans leur rôle de sensibilisation et de transmission d'informations à leur clientèle (Aiken et al., 2001; OIIQ, 2007; Renaud et al., 2004).

### *Conflit de rôle*

La promotion de la santé et la prévention de la maladie sont au cœur de l'exercice de la pratique de l'infirmière dans les services de première ligne (Colin et Rocheleau, 2004). Afin de répondre au rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne, il semble primordial que les gestionnaires infirmiers et infirmières des services de première ligne s'allient à une nouvelle vision organisationnelle accordant une plus grande importance à la promotion de la santé et la prévention de la maladie par le biais de l'enseignement.

### Communication et coordination des soins

#### *Rôle attendu*

Dans l'optique de favoriser la continuité des services et de répondre adéquatement aux besoins du client et sa famille, on attend de l'infirmière et l'infirmière clinicienne que

ces dernières partagent avec leurs collègues toutes informations pertinentes pouvant influencer la coordination des soins du client (MSSS, 2010a). Cet exercice de transmission d'informations sera pratiqué avec tous les professionnels provenant des autres institutions gravitant autour du même client (D'Amour et al., 2012).

L'approche populationnelle se veut un paramètre de changement au rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne, propulsant ainsi un processus de réflexion pour « construire, en collaboration avec les autres professionnels des CSSS et les acteurs du réseau local de santé, de nouvelles façons d'aborder des enjeux locaux populationnels » (Beaudet et al., 2008; D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007). Celles-ci s'engageront dans les équipes interprofessionnelles et dans les actions intersectorielles afin de conquérir de nouvelles idées novatrices permettant la promotion de la santé et la prévention de la maladie (Beaudet et al., 2008).

Dans les services de première ligne, des standards québécois de pratique infirmière permettant d'établir le rôle attendu, sont élaborés pour la pratique en soutien à domicile et la pratique en santé scolaire, mais malheureusement non disponible pour la pratique infirmière en santé primaire (ACIISC, 2008). En l'absence de normes québécoises sur la pratique infirmière en santé primaire et pour les besoins de ce travail dirigé, l'emphase sera davantage mise sur les normes de pratique et les standards canadiens encadrant la pratique de l'infirmière en première ligne. L'établissement des relations fait partie d'une des normes de l'ACIISC. Dans le cadre de l'application de cette norme, le rôle de l'infirmière devrait favoriser les liens d'entraide et de soutien qui conduiront l'épanouissement du client/organisation/groupe et de la communauté (ACIISC, 2008).

### *Rôle joué*

Lors de l'observation d'un centre ambulatoire de l'île de Montréal, force de constater que le suivi offert à la clientèle n'est pas un suivi respectant les fondements souhaités de la continuité de soins dû à l'absence de constance chez les prestataires de soins ainsi qu'à l'absence de mécanismes de coordination de cas. Actuellement dans ce CSSS, un client vu par une infirmière « x » le lundi pourrait être vu par l'infirmière clinicienne « y » le jour suivant. Alors qu'il est indiqué que les modèles performants de soins favorisent la coordination des soins et la responsabilisation des communautés, les moins performants sont ceux qui offrent un contact à la clientèle sans prise en charge (OIIQ, 2012). Ce contexte organisationnel encourage l'infirmière à opter pour une pratique plus curative que préventive. Par manque de temps, cette dernière est davantage interpellée à traiter le client pour son besoin ponctuel plutôt qu'à s'investir dans la coordination des soins du client dans l'optique d'obtenir une meilleure prise en charge de ses besoins (Renaud et al., 2004). La continuité des services pour la clientèle est un enjeu préoccupant découlant de ce constat. Elle influence grandement la qualité et la sécurité des services prodigués ainsi que le rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne par rapport à la communication et la coordination des soins.

### *Conflit de rôle*

Le rôle joué de l'infirmière face à la continuité des services ne correspond pas au rôle attendu. L'organisation des services semble poser « de sérieux défis à la mise en action soutenue d'une pratique infirmière populationnelle de promotion de la santé et de prévention. » (Beaudet et al., 2008, p. 5) Les activités reliées à l'approche populationnelle étant axées sur la cohésion des équipes et des professionnels gravitant autour d'un client/population sont compromises dans le CSSS observé car la structure de travail actuelle n'invite pas à la coordination des soins et à la continuité des services.

## Intégration et encadrement du personnel

### *Rôle attendu*

Selon les auteurs du QÉPI, D'Amour et ses collaborateurs (2012), le rôle attendu quant à l'intégration et l'encadrement du personnel se traduit par l'identification de besoins de formation ainsi que par l'implication de l'infirmière dans les activités d'orientation et de formation des étudiants en soins infirmiers et des nouvelles infirmières embauchées.

En service de première ligne, tout comme dans les autres services de santé, le rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne à l'égard de l'intégration et de l'encadrement du personnel se traduit par l'exercice du *leadership* (AIIC, 2009). Selon l'AIIC, le *leadership* de la profession infirmière signifie :

mentorer, encadrer, appuyer, récompenser et attirer d'autres chefs de file à tous les niveaux. On s'attend aussi à ce que chaque infirmière-chef de file prépare une relève. Les infirmières de tous les domaines de pratique doivent aider à mettre en place des moyens d'attirer des jeunes, du dynamisme, des idées nouvelles et une énergie nouvelle en *leadership* des soins infirmiers (AIIC, 2009, p. 3).

Par l'exercice de leur *leadership*, l'infirmière contribue ainsi à l'épanouissement professionnel de ses collègues ainsi que de la relève en soins infirmiers. En plus de favoriser l'épanouissement professionnel, on attend des infirmières qu'elles s'investissent dans les programmes de formation offerts en cours d'emploi afin de perpétuer ce qui est attendu de l'infirmière dans le cadre de la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans une pratique en service de première ligne (AIIC, 2009). Certes, il sera davantage bénéfique pour les professionnels recevant cette formation que celle-ci s'accorde bien aux besoins réels de la population desservie et que les stratégies de formation soient adaptées au regard des caractéristiques des professionnels visés.

### *Rôle joué*

À la lumière du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne, impossible de passer sous silence l'accessibilité inégale à la formation continue due aux contraintes financières ou à l'engagement personnel de chaque individu, le tout ayant une incidence sur le développement des habiletés des infirmières (Beaudet et al., 2008; Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008). Un rapport synthèse portant sur la pratique infirmière en promotion de la santé et en prévention de la maladie en CSSS soulève que la formation continue est bien reçue par les infirmières, tandis que les gestionnaires infirmiers la perçoivent plutôt comme une activité démotivante pour les infirmières dû au manque de suivi et de mise en pratique des acquis à la suite de la formation (Direction de Santé Publique [DSP], 2008).

À ce propos, plusieurs causes ont été soulevées par les auteurs des divers articles analysés permettant de comprendre les raisons de la situation actuelle du rôle joué. Certains des auteurs indiquent que cette situation est causée par les politiques mises en place par les employeurs et les organisations (Allard et al., 2010). D'autres auteurs soulignent la confusion conceptuelle de la promotion de la santé et la prévention de la maladie par les infirmières restreignant ainsi leur capacité à promouvoir ces activités et à les transmettre à la relève (Richard et al., 2010).

### *Conflit de rôle*

L'exercice du *leadership* par l'infirmière est en fait la représentation globale de ce que l'on attend de l'infirmière et l'infirmière clinicienne à l'égard de l'intégration et l'encadrement du personnel, soit le rôle d'un agent motivationnel et mobilisateur auprès de ses collègues. Par contre, l'inaccessibilité à la formation continue jumelée aux contraintes politiques organisationnelles et la compréhension erronée des concepts de base de la pratique infirmière en santé communautaire paralysent la possibilité de l'infirmière et l'infirmière clinicienne à atteindre le rôle attendu.

## Optimisation de la qualité et sécurité des soins

### *Rôle attendu*

Selon les items libellés dans le questionnaire du QÉPI (D'Amour et al., 2012) sous cette dimension, il est possible de comprendre que la qualité et la sécurité des soins sont au cœur de la pratique de l'infirmière et l'infirmière clinicienne. Le rôle attendu de ces dernières se rapporte à la dénonciation des situations cliniques déficientes et à la recherche de solutions pour en améliorer la qualité et la sécurité. L'implication de l'infirmière et l'infirmière clinicienne à la mise à jour constante de leur pratique est un atout majeur à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins prodigués.

Par le biais des responsabilités professionnelles et des normes, l'ACIISC, auteur de ces normes, permet l'établissement de standards attendus de la pratique de l'infirmière en première ligne à l'égard de la qualité et sécurité des services. Faciliter l'accès équitable aux soins fait partie du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne;

cherchant avec d'autres à assurer que l'accès aux services disponibles soit universel et équitable. [...] dispenser des soins de santé intégrés au client et obtenir les meilleurs résultats possible. [...] La pratique des soins infirmiers en santé communautaire prend en considération les ressources financières, la situation géographique et la culture de la personne et de la communauté. (ACIISC, 2008, p. 17)

Par le fait même, l'AIC attend de l'infirmière et l'infirmière clinicienne qu'elle renforce la capacité personnelle et communautaire. Cette norme englobe le concept-clé de participation active du client, de l'organisation, du groupe ou de la communauté au processus d'adaptation et de changement. Cette participation active et intégrante se traduit par l'épanouissement de leurs compétences et de leurs connaissances dans le but de l'amélioration continue de leur pratique (ACIISC, 2008).

### *Rôle joué*

Étant moi-même gestionnaire infirmier opérationnelle en première ligne, ma pratique au quotidien se résume à; assurer la répartition des ressources infirmières, assurer la qualité et sécurité des services prodigués, favoriser la mise à jour au quotidien des pratiques et surtout voir à la satisfaction des clients. Le centre même de mes activités se résume à la qualité et la sécurité des services prodigués par des infirmières. Suite aux éléments observés dans mon centre d'activité de première ligne, il serait souhaitable de voir à l'optimisation de la pratique infirmière tant pour un meilleur épanouissement professionnel pour chacune des infirmières intégrant la structure de travail que pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins prodigués ainsi qu'une meilleure prise en charge des besoins de la population desservie. Force est de constater, grâce aux observations du milieu, que très souvent les efforts concernant la qualité et la sécurité des soins prodigués sont la priorité des dirigeants lorsque le centre d'activité est sous la loupe d'observateurs externes, notamment lors du processus d'agrément ou encore lors d'une inspection professionnelle. Peu d'efforts sont ainsi accordés à la mise en place de processus d'évaluation continu de la qualité des services prodigués au sein du CSSS observé.

### *Conflit de rôle*

Selon la littérature, le maintien de la qualité et la sécurité des soins est une responsabilité partagée entre les gestionnaires infirmiers, les infirmières et le client/famille. Il est attendu de l'infirmière que celle-ci exerce une pratique exemplaire en s'assurant d'une mise à jour constante de ses connaissances (Meagher-Stewart et al., 2010). Suite à mes observations en tant que gestionnaire infirmier opérationnel en première ligne, l'absence de processus d'évaluation continue de la qualité semble porter atteinte à la réalisation du rôle attendu pour cette dimension du QÉPI.

## Mise à jour et utilisation des connaissances

### *Rôle attendu*

Dans la quête d'amélioration continue, on attend de l'infirmière et l'infirmière clinicienne qu'elles gardent leurs connaissances à jour et ajustent leur pratique en fonction des nouvelles connaissances surgissant des meilleures pratiques et de la recherche en sciences infirmières (D'Amour et al., 2012).

La pratique infirmière en première ligne étant guidée par les normes l'AIISC, offrent les connaissances, les compétences, le jugement et les attitudes qui permettent aux infirmières d'exercer leur profession en toute sécurité. Les normes établissent les niveaux souhaitables et atteignables du rendement attendu des infirmières dans leur pratique et les critères d'évaluation du rendement réel (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2002; cité dans ACIISC, 2008). Une norme de l'AIISC relate la nécessité et responsabilité de l'infirmière à opter pour une pratique basée sur les résultats probants ainsi qu'être constamment à la quête de l'amélioration de sa pratique et ses compétences (ACIISC, 2008).

### *Rôle joué*

Une étude faite sur la pratique infirmière en CLSC en regard de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie auprès de quatre CSSS de l'île de Montréal permet d'avancer que peu d'infirmières s'investissent dans le secteur de l'enseignement et la recherche portant ainsi préjudice à l'amélioration, l'élaboration et l'évaluation de programme touchant la prévention de la maladie et la promotion de la santé (Beaudet et al., 2008).

À la suite de l'observation soutenue du milieu de travail, de laquelle ont émergé des constats personnels en tant que gestionnaire infirmier opérationnel et infirmière clinicienne intégrant la structure de service de première ligne, il est possible de constater l'inaccessibilité aux banques de données scientifiques ou à une bibliothèque scientifique à l'intérieur du CSSS. L'accès aux résultats probants dans ce CSSS semble limité aux conseillères-cadres<sup>4</sup> des soins infirmiers. Par le biais de séances d'information, de mémos ou encore de formations, elles tenteront de vulgariser les écrits probants au profit du personnel infirmier.

### *Conflit de rôle*

Bien qu'il soit attendu que l'infirmière et l'infirmière clinicienne maintiennent leurs connaissances à jour par le biais d'utilisation de résultats probants afin d'améliorer leurs pratiques au quotidien, il semble que le contexte de pratique porte encore une fois atteinte à la réalisation du rôle attendu. Bien que les conseillères-cadres du secteur tentent de maintenir la pratique infirmière à jour, l'inaccessibilité aux bases de données semble être un obstacle majeur à l'exercice du rôle attendu.

---

<sup>4</sup>Définition de la conseillère cadre en soins infirmiers : « Avec une maîtrise en sciences infirmières, l'infirmière-cadre-conseil en soins infirmiers exerce son leadership en agissant à titre d'expert clinique et d'agent de changement » OIIQ (2015c)

### **Exercice de délimitation du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne**

La recension des écrits du rôle attendu et du rôle joué de l'infirmière en service de première ligne réalisée dans le cadre de ce travail dirigé permet l'élaboration d'un portrait global de la pratique de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en service de première ligne. Par contre, qu'en est-il de la délimitation de ces fonctions et responsabilités entre l'infirmière et l'infirmière clinicienne?

Les niveaux de complexité établis lors de l'élaboration du questionnaire du QÉPI (D'Amour et al., 2012) permettent un premier accès à la délimitation de rôle entre l'infirmière et l'infirmière clinicienne. Chaque item du questionnaire QÉPI est associé à un niveau de complexité. L'attribution du niveau un et deux est plutôt associée à ce que l'on attend de l'infirmière. Alors que le niveau trois permet d'identifier ce qui est attendu de l'infirmière clinicienne dans chacune des dimensions du QÉPI, soit :

- L'implication à l'établissement ainsi que l'application et la mise à jour du plan de soins du client;
- La surveillance du matériel et enseignement distribué au sein de son unité;
- L'implication dans les équipes interdisciplinaires;
- Le rôle de mentorat ainsi que le développement d'activité de formation;
- L'évaluation de la qualité et sécurité des soins ainsi que le développement de la pratique en soins infirmiers.
- Le partage des connaissances émergentes des recherches avec l'équipe de soins.

Il est possible de faire le rapprochement entre la délimitation des fonctions et responsabilités de l'infirmière et l'infirmière clinicienne proposée par D'Amour et ses collaborateurs (2012) avec celle proposée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux en 2005 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2005). Lors de l'exercice de délimitation du MSSS, il était clairement indiqué que l'infirmière avait les fonctions et responsabilités suivantes :

- Évalue l'état de santé;

- Détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitement infirmier;
- Prodiges les soins et traitements infirmiers et médicaux;
- Planifie, dispense et évalue l'enseignement aux usagers et à leurs proches;
- Participe à la recherche.

Les fonctions et responsabilités de l'infirmière clinicienne se définissent plutôt comme ceci :

- Évalue l'état de santé;
- Détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers des usagers présentant des problèmes de santé complexes et/ou des dimensions biopsychosociales variées;
- Prodiges les soins et traitements infirmiers et médicaux;
- Supervise l'enseignement fait aux usagers et à leurs proches;
- Collabore à la recherche;
- Conçoit, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées, visant des problèmes de santé complexes et/ou comportant des dimensions biopsychosociales variées;
- Participe au développement ou adapte les outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins;
- Coordonne le travail d'équipe et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire;
- Identifie, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de service et assure, le cas échéant, cette coordination;
- Assure l'orientation du nouveau personnel et participe à la formation des stagiaires.

À la lumière des dimensions du QÉPI (D'Amour et al., 2012) ainsi que les résultats des travaux ministériels sur l'établissement du rôle propre à l'infirmière clinicienne de service de première ligne (MSSS,2005), des conclusions peuvent être avancées sur la pratique. À cet égard, l'infirmière semble davantage axée sur la réalisation de tâches alors que la pratique de l'infirmière clinicienne semble plutôt axée

sur le *leadership* infirmier ainsi que le transfert de connaissances. Afin de valider cette hypothèse, un exercice de délimitation des rôles a été fait. Celui-ci permettra l'établissement du rôle attendu de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne en première ligne en s'appuyant sur les normes et responsabilités de l'ACIISC (ACIISC, 2008) ainsi que les dimensions du QÉPI (D'Amour et al., 2012).

Le travail de délimitation du rôle attendu de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne en service de première ligne a tout d'abord débuté par la compréhension des diverses dimensions du QÉPI (D'Amour et al., 2012). Cette compréhension a dans un premier temps permis de réaliser une première étape à la délimitation du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en répertoriant les responsabilités découlant de chaque norme de l'ACIISC<sup>5</sup> (ACIISC, 2008) en fonction des dimensions du QÉPI pour répondre concrètement aux besoins de ce travail dirigé. Par la suite, il était indiqué de se fier sur les résultats des travaux ministériels de 2005 (MSSS,2005) ainsi que les niveaux de complexité attribués dans le questionnaire du QÉPI afin de permettre la délimitation entre le rôle attendu pour l'infirmière et l'infirmière clinicienne dans le contexte des services de première ligne.

En plus des textes législatifs encadrant de façon beaucoup plus générale la pratique infirmière, sans distinction entre l'infirmière et l'infirmière clinicienne, la synthèse de ces résultats de cet exercice de délimitation se veut un outil clé en main pour les gestionnaires infirmiers ainsi que les infirmières et infirmières cliniciennes de service de première ligne afin de visualiser rapidement ce qui revient à l'infirmière et ce qui revient à l'infirmière clinicienne. Les résultats du présent travail dirigé pourront permettre d'exposer plus clairement les similitudes et conflits de rôle entre ces deux professionnels infirmiers. Le tableau qui suit fait état des constats de cet exercice.

---

<sup>5</sup> Normes l'ACIISC : 1. Promouvoir la santé 2. Renforcer la capacité personnelle et communautaire 3. Établir des relations 4. Faciliter l'accès équitable 5. Faire preuve de responsabilité professionnelle (ACIISC, 2008)

Tableau 1<sup>6</sup>  
 Résultat de l'exercice du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne

	Infirmière technicienne	Infirmière clinicienne
	<b>Évaluation et planification des soins (Dimension 1 QÉPI)</b>	
<b>Similitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collabore avec la personne et la communauté pour les aider à assumer la responsabilité de maintenir ou d'améliorer leur santé en leur faisant mieux comprendre les déterminants de la santé et en augmentant leur influence et leur contrôle sur ces déterminants. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> <li>• Contribue au maintien de la santé et à la guérison des personnes, des familles et des communautés suite à des cas d'urgences sanitaires ou autres situations dans la communauté qui influent négativement sur la santé. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li> <li>• À recours à diverses interventions et stratégies pour adapter les mesures à prendre afin de répondre à des besoins particuliers et renforcer la capacité de la personne et de la communauté. (Norme 2 ; Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Prend, par elle-même ou conjointement avec d'autres, des mesures préventives ou correctives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collabore avec la personne et la communauté pour les aider à assumer la responsabilité de maintenir ou d'améliorer leur santé en leur faisant mieux comprendre les déterminants de la santé et en augmentant leur influence et leur contrôle sur ces déterminants. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> <li>• Contribue au maintien de la santé et à la guérison des personnes, des familles et des communautés suite à des cas d'urgences sanitaires ou autres situations dans la communauté qui influent négativement sur la santé. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li> <li>• À recours à diverses interventions et stratégies pour adapter les mesures à prendre afin de répondre à des besoins particuliers et renforcer la capacité de la personne et de la communauté. (Norme 2 : Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Prend, par elle-même ou conjointement avec d'autres, des mesures préventives ou correctives</li> </ul>

<sup>6</sup> Basé sur les dimensions du QÉPI (D'Amour et al., 2012) et les normes et responsabilités de l'ACIISC (ACIISC, 2008)

<b>Conflits de rôle</b>	<p>pour protéger les personnes et les communautés contre des circonstances dangereuses ou contraires à l'éthique. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</p>	<p>pour protéger les personnes et les communautés contre des circonstances dangereuses ou contraires à l'éthique. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applique les principes du développement communautaire. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collabore avec la personne, la communauté et d'autres intervenants pour procéder à une détermination holistique des actifs et des besoins de la personne ou de la communauté. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> <li>• Décèle les causes profondes des maladies et des symptômes et cherche à soigner. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> <li>• Aide la personne et la communauté à identifier leurs forces et à trouver les ressources disponibles. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applique les principes du développement communautaire. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide à mettre en place le changement planifié avec la personne, la communauté ou la population en appliquant le modèle de promotion de la santé de la population. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> <li>• Collabore à l'élaboration et à l'utilisation de mesures de suivi dans le contexte de la pratique pour veiller à ce que la personne ou la communauté reçoive un service approprié et efficace. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Adapte les techniques, approches et démarches des soins infirmiers en santé communautaire de sorte qu'elles soient appropriées pour relever les défis dans une situation ou un contexte communautaire particulier. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li> <li>• Évalue systématiquement et de façon continue les</li> </ul>

<b>Conflits de rôle</b>		<p>résultats des interventions au niveau personnel, familial ou communautaire en collaboration avec les personnes, les familles, les proches, les partenaires communautaires et autres professionnels de la santé. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évalue l'effet du changement sur le contrôle qu'a la personne ou la communauté sur son état de santé. (Norme 2: Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Évalue l'impact des déterminants de la santé sur l'état de santé des personnes, des familles, des communautés et des populations. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> <li>• Revendique des politiques publiques favorisant la santé lors de sa participation à des activités associées à l'élaboration des politiques qui portent sur les déterminants de la santé et l'accès aux services. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)</li> <li>• Prend des mesures avec les personnes et les communautés, et en leur nom, pour faire combler les lacunes de service et les problèmes d'accessibilité, que ce soit au niveau organisationnel, municipal, provincial, territorial ou fédéral. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)</li> </ul>
-------------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Surveille et évalue les changements et progrès pour ce qui est des déterminants de la santé et des services communautaires appropriés. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)</li><li>• Utilise les ressources à sa disposition pour évaluer systématiquement la disponibilité, l'acceptabilité, la qualité, l'efficience et l'efficacité de la pratique des soins infirmiers en santé communautaire. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li></ul>
--	--	---

	Infirmière technicienne	Infirmière clinicienne
	<b>Enseignement à la clientèle et aux familles (Dimension 2 QÉPI)</b>	
<b>Similitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaît bien les stratégies de promotion de la santé fondées sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les applique judicieusement. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> <li>• Reconnaît les différences entre les niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Aide les personnes ou les communautés à faire des choix éclairés au sujet des mesures de protection de la santé et de prévention des maladies comme l'immunisation, le contrôle des naissances, l'allaitement au sein et les soins palliatifs. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• De concert avec la personne et la famille, élabore un plan de soins et établi des priorités qui sont mutuellement acceptables. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaît bien les stratégies de promotion de la santé fondées sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les applique judicieusement. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> <li>• Reconnaît les différences entre les niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Aide les personnes ou les communautés à faire des choix éclairés au sujet des mesures de protection de la santé et de prévention des maladies comme l'immunisation, le contrôle des naissances, l'allaitement au sein et les soins palliatifs. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• De concert avec la personne et la famille, élabore un plan de soins et établi des priorités qui sont mutuellement acceptables. (Norme 1 : Promouvoir la santé-Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détermine l'état de santé et la capacité fonctionnelle de la personne, de la famille ou de la population dans le contexte de ses soutiens sociaux et environnementaux. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évalue et adapte les programmes de promotion de la santé de la population conjointement avec la personne, la communauté et d'autres intervenants. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)</li> </ul>

<b>Conflits de rôle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Définit un choix d'interventions, comprenant la promotion de la santé, la prévention des maladies et des stratégies de soins cliniques directs (y compris des soins palliatifs), accompagnés d'objectifs et de résultats attendus à court et à long terme. (Norme 1 : Promouvoir la santé — Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li><li>• Maximise la capacité de la personne, de la famille ou de la communauté à assumer la responsabilité de sa santé et à gérer ses besoins dans ce domaine en fonction des ressources disponibles et de ses propres compétences. (Norme 1 : Promouvoir la santé- Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évalue la pratique menée en collaboration individuelle, en équipe ou intersectorielle pour obtenir des résultats individuels et collectifs, tels que la réduction des maladies infectieuses, des blessures et des maladies chroniques ou des répercussions d'une maladie. (Norme 1 : Promouvoir la santé-prévention et protection de la santé)</li></ul>
-------------------------	---	--

	Infirmière technicienne	Infirmière clinicienne
	<b>Communication et coordination des soins (Dimension 3 QÉPI)</b>	
<b>Similitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisit le niveau approprié d'interventions préventives. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Travaille en collaboration avec la personne, la communauté et d'autres professionnels, organismes et secteurs pour déterminer les besoins, les forces et les ressources disponibles. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Utilise des stratégies orientées vers la communauté et la population, telles que la formation de coalitions, de partenariats intersectoriels et de réseaux d'entraide pour répondre aux préoccupations des groupes ou des populations. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Aide la personne, la famille, la communauté ou la population à apprendre à promouvoir et défendre ses propres intérêts. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Apporte son soutien à l'action communautaire revendiquant le changement des politiques pour favoriser la santé. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisit le niveau approprié d'interventions préventives. (Norme 1 : Promouvoir de la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Travaille en collaboration avec la personne, la communauté et d'autres professionnels, organismes et secteurs pour déterminer les besoins, les forces et les ressources disponibles. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Utilise des stratégies orientées vers la communauté et la population, telles que la formation de coalitions, de partenariats intersectoriels et de réseaux d'entraide pour répondre aux préoccupations des groupes ou des populations. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Aide la personne, la famille, la communauté ou la population à apprendre à promouvoir et défendre ses propres intérêts. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Apporte son soutien à l'action communautaire revendiquant le changement des politiques pour favoriser la santé. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> </ul>

## Similitudes

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collabore activement avec les professionnels de la santé et les partenaires communautaires en vue de renforcer la capacité de promotion de la santé. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collabore activement avec les professionnels de la santé et les partenaires communautaires en vue de renforcer la capacité de promotion de la santé. (Norme 2:Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaît et sait utiliser la communication adaptée à la culture lorsqu'elle forge des relations. La communication peut être ou non verbale, écrite ou graphique. Elle peut avoir lieu en personne, au téléphone, en situation de groupe ou par des moyens imprimés ou électroniques. (Norme 3 : Établir des relations)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaît et sait utiliser la communication adaptée à la culture lorsqu'elle forge des relations. La communication peut être ou non verbale, écrite ou graphique. Elle peut avoir lieu en personne, au téléphone, en situation de groupe ou par des moyens imprimés ou électroniques. (Norme 3 : Établir des relations)</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accepte et respecte la capacité de la personne ou de la communauté à bien comprendre les problèmes auxquels elle fait face et de les résoudre par elle-même. (Norme 3 : Établir des relations)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accepte et respecte la capacité de la personne ou de la communauté à bien comprendre les problèmes auxquels elle fait face et de les résoudre par elle-même. (Norme 3 : Établir des relations)</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fait participer la personne, la famille et la communauté à titre de partenaires actifs à la détermination des besoins pertinents, des perspectives et des attentes communautaires, des entreprises, des groupes religieux, des organisations bénévoles et des représentants d'autres secteurs pour résoudre les problèmes associés à la santé. (Norme 3 : Établir des relations)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fait participer la personne, la famille et la communauté à titre de partenaires actifs à la détermination des besoins pertinents, des perspectives et des attentes communautaires, des entreprises, des groupes religieux, des organisations bénévoles et des représentants d'autres secteurs pour résoudre les problèmes associés à la santé. (Norme 3 : Établir des relations)</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établit des contacts et des relations de collaboration avec des professionnels de la santé, des organisations. Se tient au courant des ressources, des valeurs et des particularités de la communauté. (Norme 3 : Établir des relations)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établit des contacts et des relations de collaboration avec des professionnels de la santé, des organisations. Se tient au courant des ressources, des valeurs et des particularités de la communauté. (Norme 3 : Établir des relations)</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintient des limites professionnelles dans les relations</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintient des limites professionnelles dans les relations</li> </ul>  |

## Similitudes

qui sont souvent dans un contexte de soins à long terme à domicile ou dans d'autres contextes communautaires, quand les rapports professionnels et sociaux sont mal départagés. (Norme 3: Établir des relations)

- Met fin à la relation au moment approprié (p. ex., lorsque le client assume la responsabilité de ses propres soins ou lorsque l'objectif de la relation est atteint). (Norme 3: Établir des relations)

- Détermine et comprend les normes, les valeurs, les croyances, les connaissances, les ressources et les structures de pouvoir de la personne et de la communauté. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Dispense des soins respectueux de la culture dans diverses communautés et différents contextes. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Appuie les personnes et les communautés dans leur choix d'opter pour d'autres options de soins de santé. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Encourage l'attribution appropriée des ressources qui aident les personnes, les groupes et les populations à atteindre des conditions favorables à la santé et à avoir accès aux services de santé. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Emploie des stratégies comme les visites à domicile, l'extension des services et la recherche passive de cas

qui sont souvent dans un contexte de soins à long terme à domicile ou dans d'autres contextes communautaires, quand les rapports professionnels et sociaux sont mal départagés. (Norme 3 : Établir des relations)

- Met fin à la relation au moment approprié (p. ex., lorsque le client assume la responsabilité de ses propres soins ou lorsque l'objectif de la relation est atteint). (Norme 3 : Établir des relations)

- Détermine et comprend les normes, les valeurs, les croyances, les connaissances, les ressources et les structures de pouvoir de la personne et de la communauté. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Dispense des soins respectueux de la culture dans diverses communautés et différents contextes. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Appuie les personnes et les communautés dans leur choix d'opter pour d'autres options de soins de santé. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Encourage l'attribution appropriée des ressources qui aident les personnes, les groupes et les populations à atteindre des conditions favorables à la santé et à avoir accès aux services de santé. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Emploie des stratégies comme les visites à domicile, l'extension des services et la recherche passive de cas

## Similitudes

pour garantir l'accès aux services et des conditions favorables à la santé pour les populations qui pourraient être vulnérables (p. ex., les personnes malades, les personnes âgées, les jeunes, les pauvres, les immigrants, les personnes isolées ou celles qui ont des difficultés de communication). (Norme 4: Faciliter l'accès équitable)

- Utilise l'informatique infirmière (dont les technologies de l'information et de la communication) pour produire, gérer et traiter des données pertinentes à la pratique des soins infirmiers. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)
- Prend ses décisions en fonction des normes et principes d'éthique, en tenant compte du tiraillement entre le bien individuel et le bien sociétal et de la responsabilité de veiller au bien de tous ou de la population dans son ensemble. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)
- Respecte ses obligations de signaler aux autorités appropriées toute situation dans laquelle des soins dangereux et non conformes à l'éthique sont dispensés à des enfants ou des adultes vulnérables par la famille, des amis ou d'autres personnes. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)

- 
- Encourage les choix éclairés et respecte les exigences spécifiques de la personne, de la famille ou de la communauté tout en tenant compte de la diversité et des caractéristiques et capacités particulières. (Norme 1 :

pour garantir l'accès aux services et des conditions favorables à la santé pour les populations qui pourraient être vulnérables (p. ex., les personnes malades, les personnes âgées, les jeunes, les pauvres, les immigrants, les personnes isolées ou celles qui ont des difficultés de communication). (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

- Utilise l'informatique infirmière (dont les technologies de l'information et de la communication) pour produire, gérer et traiter des données pertinentes à la pratique des soins infirmiers. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)
- Prend ses décisions en fonction des normes et principes d'éthique, en tenant compte du tiraillement entre le bien individuel et le bien sociétal et de la responsabilité de veiller au bien de tous ou de la population dans son ensemble. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)
- Respecte ses obligations de signaler aux autorités appropriées toute situation dans laquelle des soins dangereux et non conformes à l'éthique sont dispensés à des enfants ou des adultes vulnérables par la famille, des amis ou d'autres personnes. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)

- 
- Comprend et utilise le marketing social, les médias et les stratégies de représentation pour sensibiliser le public aux questions de santé. (Norme 1 : Promouvoir la santé-Promotion de la santé)

## Conflits de rôle

Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)

- Se tient au courant des ressources, des valeurs et des particularités de la communauté. (Norme 3: Établir des relations)
- Adapte sa pratique en réponse aux besoins changeants en matière de santé de la personne et de la communauté. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)
- Collabore avec les personnes et les communautés pour trouver et offrir des programmes et des modes de prestation qui leur soient acceptables et qui répondent à leurs besoins à long terme, et ce, dans différentes circonstances. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)
- Emploie des stratégies comme les visites à domicile, l'extension des services et la recherche passive de cas pour garantir l'accès aux services et des conditions favorables à la santé pour les populations qui pourraient être vulnérables (p. ex., les personnes malades, les personnes âgées, les jeunes, les pauvres, les immigrants, les personnes isolées ou celles qui ont des difficultés de communication). (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)
- Prends ses décisions en fonction des normes et principes d'éthique, en tenant compte du tiraillement entre le bien individuel et le bien sociétal et de la responsabilité de veiller au bien de tous. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)

- Inscrire ces questions à l'ordre du jour publiques, faire progresser les normes sociales, changer les comportements dans les cas où il existe d'autres facteurs habilitants. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)
- Reconnaît les répercussions générales de certains facteurs sur la promotion de la santé, tels que le climat et la volonté politique, les valeurs et la culture, l'état de préparation de la personne et de la communauté ainsi que les structures sociales et systémiques. (Norme 1 : Promouvoir la santé - promotion de la santé)
- Choisit le niveau approprié d'interventions préventives. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)
- Forge des partenariats intersectoriels, interdisciplinaires et fondés sur la collaboration pour contrer les risques à la santé de la personne, de la famille, de la communauté ou de la population et prend des mesures de prévention et de protection contre les maladies infectieuses, les blessures et les maladies chroniques. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)
- Encourage et soutient des contacts avec les ressources communautaires appropriées lorsque la personne ou la communauté est prête à en profiter (p. ex., hospice ou centre de soins palliatifs, groupes de soutien aux parents). (Norme 3 : Établir des relations)

**Conflits de rôle**

- Coordonne et facilite l'accès aux services du secteur de la santé et d'autres secteurs. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)
- Adapte sa pratique en réponse aux besoins changeants en matière de santé de la personne et de la communauté. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)
- Collabore avec les personnes et les communautés pour trouver et offrir des programmes et des modes de prestation qui leur soient acceptables et qui répondent à leurs besoins à long terme, et ce, dans différentes circonstances. (Norme 4 : Faciliter l'accès équitable)

	Infirmière technicienne	Infirmière clinicienne
	<b>Intégration et encadrement du personnel (Dimension 4 QÉPI)</b>	
<b>Similitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exerce sa profession conformément à la législation pertinente à la pratique des soins infirmiers en santé communautaire (p. ex., lois sur la santé publique et sur la protection de l'enfance). (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Applique les principes de la justice sociale et intervient au nom de ceux qui ne sont pas encore en mesure de le faire. (Norme 2: Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Reconnaît ses propres croyances, attitudes, suppositions, sentiments et valeurs au sujet de la santé et l'effet qu'ils peuvent avoir sur ses interventions auprès des personnes et des communautés. (Norme 3 : Établir des relations)</li> <li>• Reconnaît les croyances, attitudes, sentiments et valeurs de la personne et de la communauté au sujet de la santé et leur effet potentiel sur la relation et l'intervention. (Norme 3 : Établir des relations)</li> <li>• Contribue de façon proactive à la qualité du milieu de travail en déterminant les besoins, les problèmes et les solutions, en mobilisant ses collègues et en participant au travail de l'équipe et au développement des structures et mécanismes de l'organisation. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exerce sa profession conformément à la législation pertinente à la pratique des soins infirmiers en santé communautaire (p. ex., lois sur la santé publique et sur la protection de l'enfance). (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Applique les principes de la justice sociale et intervient au nom de ceux qui ne sont pas encore en mesure de le faire. (Norme 2: Renforcer la capacité personnelle et communautaire)</li> <li>• Reconnaît ses propres croyances, attitudes, suppositions, sentiments et valeurs au sujet de la santé et l'effet qu'ils peuvent avoir sur ses interventions auprès des personnes et des communautés. (Norme 3 : Établir des relations)</li> <li>• Reconnaît les croyances, attitudes, sentiments et valeurs de la personne et de la communauté au sujet de la santé et leur effet potentiel sur la relation et l'intervention. (Norme 3 : Établir des relations)</li> <li>• Contribue de façon proactive à la qualité du milieu de travail en déterminant les besoins, les problèmes et les solutions, en mobilisant ses collègues et en participant au travail de l'équipe et au développement des structures et mécanismes de l'organisation. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> </ul>

<b>Conflits de rôle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre des commentaires constructifs à ses collègues, lorsqu'approprié, pour toujours améliorer la pratique des soins infirmiers. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre des commentaires constructifs à ses collègues, lorsqu'approprié, pour toujours améliorer la pratique des soins infirmiers. (Norme 5: Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> <li>• Contribue au progrès des soins infirmiers en santé communautaire en servant de mentor aux étudiantes et aux nouvelles infirmières. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> </ul>
-------------------------	---	---

	Infirmière technicienne	Infirmière clinicienne
	<b>Optimisation de la qualité et sécurité des soins (Dimension 5 QÉPI)</b>	
<b>Similitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de l'aide, au besoin, pour déterminer la meilleure ligne de conduite face aux dilemmes éthiques, aux risques menaçant les droits et libertés de la personne, aux nouvelles situations et aux nouvelles connaissances. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> <li>• Documente, soigneusement et en temps opportun, les activités des soins infirmiers en santé communautaire, y compris les conseils communiqués par téléphone et le travail avec les communautés et les groupes. (Norme 5: Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> <li>• Utilise les principes de la réduction des méfaits pour recenser, réduire ou éliminer les facteurs dans divers contextes, y compris à la maison, dans le quartier, au lieu de travail, à l'école et dans la rue. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Applique les principes de l'épidémiologie lorsqu'elle met en pratique des stratégies comme le dépistage, la surveillance, l'immunisation, les mesures prises pour contrer les maladies infectieuses, la gestion des épidémies et l'éducation. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de l'aide, au besoin, pour déterminer la meilleure ligne de conduite face aux dilemmes éthiques, aux risques menaçant les droits et libertés de la personne, aux nouvelles situations et aux nouvelles connaissances. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> <li>• Documente, soigneusement et en temps opportun, les activités des soins infirmiers en santé communautaire, y compris les conseils communiqués par téléphone et le travail avec les communautés et les groupes. (Norme 5: Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> <li>• Utilise les principes de la réduction des méfaits pour recenser, réduire ou éliminer les facteurs dans divers contextes, y compris à la maison, dans le quartier, au lieu de travail, à l'école et dans la rue. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> <li>• Applique les principes de l'épidémiologie lorsqu'elle met en pratique des stratégies comme le dépistage, la surveillance, l'immunisation, les mesures prises pour contrer les maladies infectieuses, la gestion des épidémies et l'éducation. (Norme 1 : Promouvoir la santé - prévention et protection de la santé)</li> </ul>

<b>Conflits de rôle</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Détecte les modèles et tendances dans les données épidémiologiques et la prestation des services et développe des stratégies d'amélioration. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li><li>• Identifie les facteurs qui nuisent à l'autonomie de la pratique et à la qualité des soins et prennent des mesures pour les contrer. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li><li>• Sait identifier les problèmes associés aux soins infirmiers qui ont des répercussions sur la population. Elle prend des mesures proactives pour les régler : action sociale et participation dans des associations professionnelles pertinentes. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li></ul>
-------------------------	--	--

	Infirmière technicienne	Infirmière clinicienne
	<b>Mise à jour et utilisation des connaissances (Dimension 6 QÉPI)</b>	
<b>Similitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participe à la recherche et aux activités professionnelles. (Norme 5: Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> <li>Utilise sa connaissance sur la communauté pour trouver les ressources communautaires appropriées, les consulter ou créer de telles ressources. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li> <li>Recherche des occasions de développement professionnel qui correspondent à la pratique actuelle des soins infirmiers en santé communautaire, aux nouveaux enjeux qui se présentent, aux besoins changeants de la population, à l'impact évolutif des déterminants de la santé et à la recherche récente. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participe à la recherche et aux activités professionnelles. (Norme 5: Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> <li>Utilise sa connaissance sur la communauté pour trouver les ressources communautaires appropriées, les consulter ou créer de telles ressources. (Norme 1 : Promouvoir la santé - Maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs)</li> <li>Recherche des occasions de développement professionnel qui correspondent à la pratique actuelle des soins infirmiers en santé communautaire, aux nouveaux enjeux qui se présentent, aux besoins changeants de la population, à l'impact évolutif des déterminants de la santé et à la recherche récente. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> </ul>
<b>Conflits de rôle</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilise diverses sources d'informations pour trouver des données et des conclusions de recherche pertinentes à la santé au niveau national, provincial, territorial, régional et local. (Norme 1 : Promouvoir la santé- promotion de la santé)</li> <li>Promeut l'usage efficient et efficace des ressources soins infirmiers en santé communautaire. (Norme 5: Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilise le modèle de la pratique réfléchie pour évaluer et améliorer continuellement sa pratique personnelle des soins infirmiers en santé communautaire. (Norme 5: Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li><li>• Recherche des occasions de développement professionnel qui correspondent à la pratique actuelle des soins infirmiers en santé communautaire, aux nouveaux enjeux qui se présentent, aux besoins changeants de la population, à l'impact évolutif des déterminants de la santé et à la recherche récente. (Norme 5 : Faire preuve de responsabilité professionnelle)</li></ul>
--	--	---

À la lumière de cette démonstration, il est possible d'avancer que l'infirmière en première ligne est appelée à travailler avec le client et sa famille dans son processus de soins, alors que l'infirmière clinicienne, en plus de s'investir dans le processus de soins du client, contribuera aux avancées de la pratique, que ce soit au niveau de la création de partenariat, du développement professionnel des infirmières soignantes ou de la recherche.

Somme toute, le client reste au cœur des fonctions et responsabilités de l'infirmière. L'infirmière contribuera à l'autonomie du client et la meilleure prise en charge de celui-ci dans un continuum de santé. L'infirmière clinicienne ira au-delà du client/famille en décelant les facteurs organisationnels à la pratique infirmière communautaire optimale, contribuera à l'amélioration de la pratique en se basant sur les résultats probants et encouragera non seulement l'accomplissement et le développement du client, mais aussi celui de l'infirmière novice à experte sans oublier l'étudiant en soins infirmiers.

Les facteurs organisationnels de la pratique seront analysés dans la partie suivante de ce travail dirigé.

### **Facteurs organisationnels influençant l'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne**

Le contexte de pratique a été soulevé à plusieurs reprises comme facteur perturbant la jonction entre le rôle attendu et le rôle joué. Il est donc souhaitable de recenser les facteurs organisationnels favorables à la réalisation d'une pratique du rôle joué semblable au rôle attendu dans le but d'influencer une pratique optimale. Dans le système de service de première ligne, il est nécessaire d'avoir des conditions qui attirent et qui soutiennent la compétence infirmière. Cependant, l'information sur les facteurs facilitant cette optimisation est limitée (Meagher-Stewart et al., 2010).

Tel qu'indiqué dans la recension des écrits, D'Amour et ses collaborateurs (2012) définissent l'étendue de pratique infirmière comme étant l'éventail des fonctions et responsabilités déployées par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience. Elle sera dite optimale lorsque les fonctions et les responsabilités correspondront parfaitement avec le niveau de formation de l'infirmière, son titre d'emploi, ainsi que son expérience (Besner et al., 2005; White et al., 2008). Elle sera dite effective lorsqu'on qu'on décrira la pratique de l'infirmière par le portrait des activités professionnelles effectivement réalisées (Déry, D'Amour, Blais & Clarke, 2015).

De par la définition de l'étendue de la pratique infirmière, la formation et le contexte de pratique ont certes une influence sur l'étendue de la pratique infirmière. La formation aura un impact direct sur l'intégration et l'encadrement du personnel, mais un impact également considérable sur la mise à jour et l'utilisation des connaissances (Meagher-Stewart et al., 2010). Par le biais de la formation initiale et continue, il est souhaitable que les infirmières acquièrent de nouvelles connaissances afin de maintenir sa pratique à jour. L'intérêt porté à la mise à jour constante des connaissances aura un impact sur l'optimisation de la qualité et la sécurité des soins et également sur la participation active de l'infirmière aux divers processus d'évaluation (de la qualité et la sécurité, de l'information prodiguée au client, de la planification des soins), tous des

mandats nécessitant la connaissance (Meagher-Stewart et al., 2010), donc de façon sous-entendue, de la formation. Le contexte de pratique, quant à lui, influencera l'aisance à la mise en place de programmes adaptés à la clientèle ainsi que la mise en place de mesures correctives pour optimiser la qualité et la sécurité des soins tout en influençant l'accessibilité à la formation (Meagher-Stewart et al., 2010).

À cela s'ajoutent le soutien du gestionnaire infirmier et la collaboration, deux concepts émergents de divers articles analysés dans la recension des écrits conviant à la perception d'une influence sur l'étendue optimale de la pratique infirmière.

Les lignes qui suivent porteront un regard sur l'influence de la formation, le soutien du gestionnaire infirmier, le contexte de pratique ainsi que la collaboration sur l'étendue de pratique optimale de l'infirmière en service de première ligne.

### *La formation*

La réalité actuelle du réseau de santé québécois présentant une complexification de problème de santé et de soins ainsi que la pénurie de personnel infirmier ont encouragé l'utilisation de techniciens dans le secteur des soins communautaires. Alors que dans les autres provinces canadiennes, ce secteur est uniquement réservé aux cliniciennes (Colin et Rocheleau, 2004). Ce qui reste questionnable dans la mise en place de cette solution, c'est la formation. La formation initiale reçue par les infirmières techniciennes étant marquée par un intérêt davantage porté au biomédical, les notions de la santé communautaire ne sont pas étudiées dans leur intégralité, mais plutôt en survol (Colin et Rocheleau, 2004). Quant à l'infirmière clinicienne, elle a à son programme de formation initiale, un volet dédié uniquement à la santé communautaire. Le décalage entre le bagage de formation des infirmières et des infirmières cliniciennes crée un préjudice à la pratique collaborative et l'utilisation optimale de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne en service de première ligne (Besner et al., 2005). Selon Oelke et ses collaborateurs (2012), les infirmières rapportent d'ailleurs le manque de formation et préparation pour œuvrer au sein de la première ligne. L'expérience qu'elle développera

tant dans une pratique hospitalière que dans une pratique en santé communautaire sera davantage la mesure palliative à la formation limitée ou l'absence de formation en pratique communautaire (Renaud et al., 2004).

Un rapport intérimaire issu d'une analyse documentaire québécoise réalisée par la Direction de Santé Publique, en collaboration avec l'Université de Montréal et quatre CSSS de la région de Montréal, rend accessible des recommandations et des actions à entreprendre pour améliorer la pratique de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie par les infirmières, tout en maintenant une approche populationnelle (DSP, 2008). Une des recommandations découlant de cette étude est de : « repenser la formation continue : oser des nouvelles formules plus participatives et réflexives, soutenir l'intégration des savoirs et le suivi dans le changement de pratique » (DSP, 2008, p. 11). Cette recommandation devrait permettre aux gestionnaires infirmiers et aux infirmières des services de première ligne de pallier aux lacunes de la formation initiale axée sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans les institutions collégiales ou universitaires.

#### *Le soutien du gestionnaire infirmier*

Dans une étude menée par Beaudet et al. en 2008, il est souligné que près de la moitié des gestionnaires infirmiers ont une formation dans le domaine des soins infirmiers. L'identité professionnelle du gestionnaire infirmier à la profession qu'il gère contribuera à une meilleure considération des problématiques et les solutions qu'il soulève seront davantage le reflet de la réalité des professionnels infirmiers (Beaudet et al., 2008).

Besner et ses collaborateurs en 2005 ; 2011, indique que le soutien du gestionnaire infirmier à l'égard du personnel infirmier est un élément mobilisateur à la pleine étendue de pratique. Le type de *leadership* adopté par le gestionnaire infirmier est un facteur majeur favorisant l'application de cette tâche de mobilisateur de la pleine étendue de pratique. Une étude pancanadienne exploratoire à devis mixte en santé

publique faite à partir ; d'analyse démographique, d'analyse de sondage fait auprès de 6 700 infirmières en santé communautaire et des fruits de 23 *focus group* , souligne que le type de *leadership* adapté à la première ligne est le *leadership* transformationnel (Ganann et al., 2010). On définit le *leadership*, selon Huber et ses collaborateurs (2000), comme étant « un processus influençant l'individu à accomplir un but commun ». Le *leadership* est à la fois une propriété et un processus. Il s'agit d'une propriété dans le sens où le *leadership* constitue un ensemble de traits caractéristiques attribués aux personnes qui sont perçues comme des leaders, et un processus dans le sens où celui qui exerce son *leadership* mobilise son influence dans le but d'atteindre les objectifs du groupe, d'encourager les comportements permettant la réalisation de ses objectifs et aide à définir la culture du groupe ou de l'organisation (Bass, 1990). Le *leadership* transformationnel renvoie à la capacité du gestionnaire infirmier de mettre de côté sa vision et ses intérêts personnels dans le but d'amener son équipe à transformer leurs croyances, valeurs et besoins vers une vision commune et collective (Bass, 1990).

Lors de cette même étude pancanadienne (Ganann et al., 2010) auprès d'infirmières en santé publique sur les facteurs organisationnels optimisant la pratique de l'infirmière en première ligne, les auteurs soulignent que le gestionnaire infirmier doit s'identifier au rôle de promoteur, tant au sein de leur organisation qu'au sein du réseau de santé en entier, afin de faire connaître le rôle de l'infirmière en soins de première ligne et surtout souligner la contribution de celles-ci dans les services de première ligne. Pour se faire, un élément clé soulevé lors du *focus group* est la présence d'une vision commune auprès de tous les acteurs intégrant la structure organisationnelle (Gannan et al., 2010).

### *Le contexte de pratique*

La variation constante des besoins populationnels crée un environnement de pratique en première ligne qui se doit d'être un environnement flexible. L'environnement de pratique est nécessairement influencé par la culture du gestionnaire infirmier.

Le gestionnaire infirmier ainsi que son équipe doivent opter pour une culture organisationnelle flexible et créative afin d'être en constante recherche de meilleures stratégies, connaissances et compétences pour répondre aux nouveaux besoins de la population (Ganann et al., 2010; Meagher-Stewart et al., 2010). Cette pratique se doit de prendre des risques pour répondre aux besoins de la communauté. Ainsi, les attentes face aux gestionnaires infirmiers sont : la création d'un environnement de pratique qui supporte l'autonomie de l'infirmière, un environnement qui reconnaît le rôle propre de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne et finalement une contribution à un environnement qui favorise le développement professionnel (Ganann et al., 2010; Meagher-Stewart et al., 2010).

Les besoins populationnels étant davantage curatifs plutôt que préventifs, les infirmières sont davantage sollicitées en première ligne pour des besoins curatifs portant ainsi atteinte à la réalisation de leur rôle de promotion de la santé et prévention de la maladie (Beudet, 2008). L'étude de Besner et ses collaborateurs (2005) soulève également le manque de temps comme facteur influençant la non-réalisation des tâches propres à l'infirmière, autrement dit la non-optimisation de l'exercice infirmier. La nature curative des cas cliniques, la complexité de ceux-ci, jumelée à un manque de personnel, engendrent inévitablement des charges de cas déséquilibrées. Le moyen soulevé par les infirmières interviewées dans cette étude est le délestage de certaines fonctions attendues afin de s'assurer de répondre d'abord et avant tout aux besoins physiques du client.

Les charges de cas trop élevées dénoncées dans l'étude de Besner et ses collaborateurs (2005) ont également été soulevées dans les réponses des participantes comme étant parfois un obstacle à la pratique collaborative. Les charges trop élevées occasionnent un manque de temps propice pour la discussion de cas entre collègues, créant ainsi des situations à risque pour la qualité des soins prodigués.

À l'analyse de l'environnement de pratique s'ajoute la reconnaissance des autres professionnels et de toutes les infirmières au rôle infirmier comme facteur influençant

l'étendue optimale de la pratique infirmière (Besner et al., 2005). La non-reconnaissance des autres professionnels ou des infirmières entre elles suscite peu d'interaction interprofessionnelle et une connaissance limitée de la contribution possible de chacun, créant ainsi une sous-utilisation des ressources disponibles. Il est souligné que la reconnaissance du travail exécuté favorise un sentiment de valorisation chez l'infirmière engendrant ainsi ses agissements à leur pleine étendue (Besner et al., 2005).

Le parallèle est identique face aux infirmières qui sont peu mises à contribution dans les processus décisionnels des établissements de soins (Agence de développement des réseaux locaux et des services de santé et services sociaux de Montréal, 2007; Besner et al., 2005). L'absence de ce sentiment d'appartenance ou de contribution tant de la part du gestionnaire infirmier que des infirmières engendre un engagement restreint au sein du rôle propre à chacun dans l'organisation (Beaudet et al., 2008).

### *Collaboration*

Peu d'auteurs font mention de la collaboration interprofessionnelle comme facteur influençant la pratique infirmière en première ligne. Whitehead (2001) souligne que la pratique faite en collaboration favorise une meilleure intégration du concept de la promotion de la santé dans la pratique de l'infirmière en première ligne. L'auteur souligne également la valeur ajoutée que cela apporte au continuum de soins. Cet environnement de pratique, dans lequel le professionnel évoluera, contribuera également à la facilité de celui-ci à actualiser son rôle de promoteur de la santé au sein de l'organisation de première ligne (Longtin, Richard et Bisailon, 2006).

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada parlera des mécanismes de collaboration comme étant des solutions à un système de santé viable. La pratique collaborative entre l'infirmière et les autres professionnels de la santé occasionne une utilisation optimale des ressources et, par le fait même, accroît le champ de pratique respectif de chacun (AIIC, 2013).

La collaboration interdisciplinaire serait nommée comme étant une solution imminente aux défis se présentant aux services de première ligne. Effectivement, l'accroissement important du nombre de clientèles avec maladie chronique pousse davantage à se tourner vers la structure d'équipe interdisciplinaire plutôt que vers une structure de suivi individualisé. Dans un mémoire portant sur l'optimisation de la contribution des infirmières pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts, il est soulevé que la mise en place d'équipes interprofessionnelles favorisait l'efficacité des soins, encouragerait l'utilisation efficiente des ressources et contribuerait à la recherche d'une qualité et sécurité des soins optimales (OIIQ, 2014). Dans le cadre de ce mémoire, il est également souligné que l'intégration d'une infirmière gestionnaire de cas dans ces équipes interprofessionnelles serait fort pertinente étant donné la place privilégiée de celle-ci auprès du client puisqu'elle serait au coeur de la coordination des soins du client (OIIQ, 2014). On lui reconnaîtra alors son « rôle de généraliste requérant une variété de capacités analytiques et décisionnelles dans un contexte de coordination et d'interdisciplinarité » (OIIQ, 2012, p. 12).

Dans cette même lignée d'idée, un mémoire de l'OIIQ sur le financement adéquat des soins infirmiers dans la communauté a porté un regard international sur les modèles de soins répondant adéquatement aux principes de travail en groupe, de multidisciplinarité et d'utilisation de rôles infirmiers de pointe et innovants (OIIQ, 2012). À cet égard, le Royaume-Uni semble un exemple à suivre par la promotion de l'emploi d'infirmière à titre de *community mentor* :

le pivot de l'organisation et de la prestation des soins aux patients (au moyen d'un mécanisme d'évaluation et de gestion de cas complexe) en interdisciplinarité (avec soutien des spécialistes), en collaboration avec les patients et leurs proches ainsi qu'en partenariat avec la communauté . (OIIQ, 2012, p. 8)

C'est ainsi qu'un parallèle peut-être fait entre le rôle du *community mentor* et celui du gestionnaire de cas. Effectivement, la réussite du rôle de gestionnaire de cas nécessite l'établissement de relations collaboratives et proactives entre le client et les

divers acteurs professionnels gravitant autour de celui-ci afin de voir à la réalisation des objectifs fixés à partir des besoins du client/famille (Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2012a).

En résumé, il apparaît que l'épanouissement de l'étendue de la pratique infirmière ne peut se réaliser sans la reconnaissance et le soutien du gestionnaire infirmier du service de première ligne qui aura une grande influence sur le contexte de pratique. Un contexte de pratique plus souple et créatif permettra probablement la création d'équipes de collaboration travaillant dans un but commun, soit de répondre aux besoins du client et sa famille avec le souci de la qualité et de la sécurité. L'acquisition de nouvelles connaissances par le biais de l'expérience et de la formation permettra à l'infirmière et l'infirmière clinicienne de maintenir leurs connaissances à jour, de se faire prévaloir au sein des équipes interdisciplinaires et de promouvoir leur rôle au sein des organisations de santé. La gestion de cas semble une avenue prometteuse pour optimiser l'étendue de la pratique infirmière dans les services de première ligne.

*Proposition*

Afin de répondre concrètement aux besoins réels du centre ambulatoire observé pour la réalisation de ce travail dirigé, il est de mise que la proposition suggérée soit autant une réponse à l'amélioration de l'accessibilité aux soins, une piste d'amélioration à la prise en charge de la clientèle, une solution à la délimitation des rôles de l'infirmière et l'infirmière clinicienne ainsi qu'un agent favorisant l'étendue optimale de la pratique des infirmières et infirmières cliniciennes en première ligne.

Les priorités stratégiques actuelles du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sont orientées vers « le renforcement de l'accès, de la qualité et de l'intégration des services de santé et des services sociaux offerts à la population ainsi que l'utilisation judicieuse des ressources » (MSSS, 2010). Dans les dernières années, les stratégies d'amélioration de l'accessibilité se sont traduites par le virage ambulatoire, la création de groupes de médecine familiale (GMF), la création des réseaux locaux de services (RLS), ainsi que la formation des CSSS. L'idée directrice de ces nouvelles organisations est de rendre plus accessible, en première ligne, une gamme de services généraux et spécifiques. Tel qu'indiqué dans le corps de ce travail dirigé, la contribution de l'infirmière en première ligne paraît être une solution pertinente à l'amélioration de l'accessibilité et à une meilleure prise en charge de la clientèle (Buchan, Parkin et Sochalski, 2003; OIIQ, 2012). Certes, il a été possible de constater suite à la réalisation de la recension des écrits que le contexte de pratique est un facteur influençant positivement et négativement la pratique optimale de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne. La proposition retenue pour ce travail dirigé est la mise en place du rôle de gestionnaire de cas au sein de la distribution actuelle des ressources humaines infirmières du centre ambulatoire du CSSS observé. L'introduction de la fonction de gestionnaire de cas au sein d'une organisation de services de première ligne est une proposition novatrice dans le secteur des centres ambulatoires. Le gestionnaire de cas est décrit comme :

étant une stratégie, un processus et un rôle. Les établissements de santé et de services sociaux considèrent souvent la gestion de cas comme un moyen d'améliorer les soins et le soutien au client. Les intervenants en gestion de cas se servent d'un processus collaboratif centré sur le client pour offrir des services de santé et de soutien de qualité qui vise à promouvoir une utilisation efficace et

efficace des ressources. Ils aident les clients à réaliser des objectifs qui sont sécuritaires, réalistes et raisonnables dans un environnement de soins de santé, social et fiscal complexe. (Réseau national des gestionnaires de cas, 2012b, p. 4)

Cette initiative requiert que les gestionnaires infirmiers aient recours au changement. Les gestionnaires infirmiers doivent reconnaître que la nature du changement, les acteurs impliqués, le mécanisme utilisé, le type de gestion ainsi que le contexte d'opération du changement sont importants. Le défi est de maximiser la probabilité de l'interaction de ces éléments entre eux de manière complémentaire afin de maintenir la nécessité du changement progressif dans l'organisation du processus. Malgré les défis majeurs qu'implique le changement, il est important que le gestionnaire infirmier maintienne de la persistance et de la constance dans l'objectif du processus de transformation lorsqu'il devra faire face à la résistance au changement des acteurs qui seront impliqués de près ou de loin.

L'introduction du nouveau rôle de gestionnaire de cas apportera inévitablement un changement au niveau de la répartition des ressources humaines infirmières. Ce changement sera également ressenti au niveau de leurs fonctions et responsabilités. Tel que mentionné précédemment dans la recension des écrits, avec la distribution des ressources humaines actuellement en place il est impossible de faire la distinction entre les fonctions et responsabilités attribuées à l'infirmière et celles attribuées à l'infirmière clinicienne. Effectivement, dans l'état actuel, l'infirmière clinicienne s'avère à assumer des fonctions et responsabilités que l'infirmière est également appelée à réaliser. Le changement souhaité par l'introduction du nouveau rôle de gestionnaire de cas vise une amélioration par rapport au constat fait lors de l'observation du centre ambulatoire. Puisque l'ensemble de l'œuvre de la recension des écrits semble démontrer que le rôle attendu de l'infirmière clinicienne en première ligne s'allie parfaitement au rôle de gestionnaire de cas, cette possible association est le point d'ancrage à la proposition soulevée aux fins de ce travail dirigé.

Ainsi selon la nouvelle structure de répartition des ressources humaines infirmière, l'infirmière clinicienne assurera la coordination des soins, la continuité des services offerts, ainsi que le soutien et l'information que le client/famille désire tout au long du processus de la maladie dans le cadre de son nouveau rôle de gestionnaire de cas (MSSS, 2000). Pour sa part, l'infirmière possédera ses propres fonctions et responsabilités qui porteront davantage sur les processus entourant les soins directs au client.

Suite à mon analyse personnelle du milieu , effectuée pour ce travail, je constate que la séquence actuelle du client s'illustre comme suit:

1. Connaissance du dossier (Fiche de demande, DSIE ou prescription);
2. Évaluation initiale du client;
3. Exécution du soin;
4. Enseignement au besoin;
5. Établissement du plan thérapeutique infirmier [PTI];
6. Rédaction de la note au dossier;
7. Liaison avec le centre hospitalier correspondant au besoin.

Pour les visites subséquentes, il est possible que la même infirmière poursuive avec le client ou il est également possible que ce soit une autre infirmière qui procédera à la prise en charge du client. La séquence des visites suivantes sera sensiblement la même. On parlera alors davantage de poursuite de l'évaluation et/ou des modifications au PTI.

La structure actuelle de prestation des services infirmiers semble discutable. Une remise en question peut être faite à l'égard de la diversification des tâches infirmières, mais également par rapport à la qualité des soins ainsi que la continuité des services.

Les lignes suivantes témoigneront de ma vision personnelle de l'opérationnalisation de l'introduction du rôle de gestionnaire de cas à la structure actuelle de la répartition des postes infirmiers en place.

*Objectifs personnels souhaités par l'introduction du rôle de gestionnaire de cas*

1. Optimiser l'étendue de la pratique de l'infirmière clinicienne en première ligne;
2. Utiliser de façon optimale les divers rôles infirmiers intégrant l'organisation de soins;
3. Améliorer la qualité, la continuité et l'efficacité des soins offerts à la clientèle du centre ambulatoire;
4. Intégrer la diversification des rôles de l'infirmière clinicienne en fonction de l'étendue de pratique respective de chacune;
5. Offrir une meilleure prise en charge à la clientèle lors de leur épisode de soins;
6. Assurer une meilleure coordination et continuité de services;
7. Instaurer une culture de collaboration intra et extra établissement (meilleure liaison avec les établissements référents);
8. Contribuer au facteur de rétention et de satisfaction au travail de l'organisation.

Selon le profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada de 2012, sept rôles sont utilisés pour représenter la gestion de cas. Les lignes qui suivent établiront le portrait des divers rôles attendus par le gestionnaire de cas (Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2012b) en fonction des six dimensions du QÉPI (D'Amour et al., 2012). Le tableau 2 présente le résultat du rôle attendu du gestionnaire de cas en fonction des dimensions du QÉPI ainsi que les rôles caractérisant la gestion de cas.

Tableau 2  
Rôle attendu du gestionnaire de cas (infirmière clinicienne)

<b>Dimensions du QÉPI</b>	<b>Rôle caractérisant le gestionnaire de cas (infirmière clinicienne)</b>
Évaluation et planification des soins	<p><b>Expert en gestion de cas</b> : celui-ci détient une expertise dans la planification et coordination des soins afin de promouvoir et optimiser la santé et le bien-être du client.</p> <p><b>Gestionnaire</b> : il s'agit d'une partie intégrante du processus décisionnel du plan de soins et du plan de gestion de cas du client.</p>
Enseignement à la clientèle et aux familles	<p><b>Collaborateur</b> : la collaboration est la clé de la structure de travail de gestionnaire de cas. Celui-ci travaille en équipe avec le client tout au long de l'épisode de soins.</p>
Communication et coordination des soins	<p><b>Communicateur</b> : il favorise une communication adéquate entre le client et les divers partenaires du réseau afin que les besoins du client soient entendus et pris en charge.</p> <p><b>Navigateur</b> : il contribue à la facilité du client à se retrouver dans le système de santé.</p> <p><b>Défenseur</b> : par son expertise, celui-ci est au premier plan pour véhiculer les besoins des clients, de la communauté ou de la population dans le contexte de promotion de la santé et du bien-être</p>
Intégration et encadrement du personnel	<p><b>Collaborateur</b> : la collaboration est la clé de la structure de travail de gestionnaire de cas. Celui-ci travaille en équipe avec le client tout au long de l'épisode de soins.</p>
Optimisation de la qualité et sécurité des soins	<p><b>Expert en gestion de cas</b> : celui-ci détient une expertise dans la planification et la coordination des soins afin de promouvoir et optimiser la santé et le bien-être du client.</p>

Mise à jour et utilisation des connaissances	<b>Professionnel</b> : sa pratique est basée sur les données probantes et cadrée par son code de déontologie ainsi que le rôle attendu de sa fonction.
--	--

L'octroi de ces nouvelles responsabilités aux infirmières cliniciennes répondra d'une part à l'objectif de délimitation de rôle entre l'infirmière et l'infirmière clinicienne et permettra également l'exercice optimal de la pratique de l'infirmière clinicienne en service de première ligne. Du même coup, mais de façon indirecte, la pratique infirmière en première ligne subira des ajustements de fonctions et responsabilités favorisant également une pratique optimale. Dorénavant, les fonctions et responsabilités des infirmières et infirmières cliniciennes s'accorderont au niveau de leur formation, leur titre d'emploi et leur expérience, et ce, dans une perspective de conciliation avec le contexte de pratique de services de première ligne (Besner et al., 2005; White et al., 2008).

L'infirmière technicienne étant maintenant sujette à une pleine étendue de pratique au sein des organisations de santé de service de première ligne, les points suivants détailleront davantage le nouveau rôle attendu souhaité pour l'infirmière suite à l'introduction du nouveau rôle de gestionnaire de cas en fonction des dimensions du QÉPI.

Tableau 3  
Nouveau rôle attendu souhaité pour l'infirmière en service de première ligne`

Évaluation et planification des soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évalue la condition physique et mentale du client à partir du modèle conceptuel McGill selon une démarche systématique (collecte de données, analyse/interprétation, intervention et évaluation)</li> <li>• Exécute les soins infirmiers</li> <li>• Contribue à la planification des soins</li> <li>• Élabore le PTI en collaboration, au besoin, avec la gestionnaire de cas</li> <li>• Collabore avec la gestionnaire de cas à l'évaluation des besoins des clients</li> </ul>
Enseignement à la clientèle et aux familles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procède à l'enseignement du client/famille</li> </ul>

Communication et coordination des soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assure la continuité des soins en collaboration avec l'équipe soignante (infirmière, infirmière auxiliaire et médecin traitant)</li> </ul>
Intégration et encadrement du personnel
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participe à l'accueil des nouvelles infirmières et étudiantes en soins infirmiers</li> </ul>
Optimisation de la qualité et sécurité des soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>Collabore avec la gestionnaire de cas au processus d'amélioration de l'épisode de soins du client</li> </ul>
Mise à jour et utilisation des connaissances
<ul style="list-style-type: none"> <li>Met à jour sa pratique en fonction des connaissances reçues au cours des formations en cours d'emploi</li> </ul>

Suite à l'implantation de ce nouveau rôle au sein de la répartition actuelle des ressources humaines infirmières du centre ambulatoire, ma séquence proposée de visite des rendez-vous infirmiers devrait se lire comme ceci :

1. Connaissance du dossier (fiche de demande, demande de service inter établissements ou prescription) (infirmière et gestionnaire de cas);
2. Évaluation initiale du client (gestionnaire de cas);
3. Exécution du soin (infirmière);
4. Enseignement au besoin (infirmière);
5. Établissement du plan thérapeutique infirmier (infirmière et gestionnaire de cas);
6. Rédaction de la note au dossier (infirmière);
7. Liaison avec le centre hospitalier correspondant ou tout autre partenaire communautaire (gestionnaire de cas);
8. Au besoin, contact téléphonique avec le client pour des suivis cliniques divers (gestionnaire de cas).

Certes, cette nouvelle répartition des ressources humaines infirmières au niveau des services de première ligne risque d'amener des frustrations, des incompréhensions et de la résistance, car il s'agit d'un changement majeur. La résistance au changement doit être envisagée lorsqu'on introduit un nouveau rôle ou structure organisationnelle pour diverses raisons, passant du manque de temps au manque de familiarisation à cette

nouvelle structure. Autrement dit : la peur de l'inconnu. Le rôle du gestionnaire infirmier est de prévoir les possibles formes de résistance et d'agir afin de diminuer ou neutraliser leur impact (Sullivan et Decker, 2009). En plus des mécanismes pour faire face à la résistance au changement, le gestionnaire infirmier devra également mettre de l'avant un plan de communication afin que tous les acteurs travaillant en interdisciplinarité avec les divers professionnels infirmiers soient mis au courant de la nouvelle structure de travail. L'objectif premier de ce plan de communication est de sensibiliser davantage tous les acteurs du réseau à une meilleure utilisation des ressources infirmières disponibles en les invitant à comprendre plus en profondeur la contribution propre de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne.

## *Discussion*

### **Limites de ce travail dirigé**

Les multiples possibilités de définitions utilisées par les auteurs des écrits recensés lors de l'utilisation du concept de l'étendue de la pratique infirmière ont pour effet de complexifier la tâche de l'emploi de ce concept pour ce travail dirigé. Afin de maintenir une constance dans la signification que l'on désirait retenir pour ce travail dirigé, il est possible que des écrits forts pertinents ont été mis de côté, car la définition utilisée par les auteurs ne correspondait pas à la vision et à la définition voulues pour ce travail, soit la conception de D'Amour et ses collaborateurs (2012) présentée dans ce travail, créant ainsi une première limite à ce travail dirigé.

Dans le même ordre d'idée, le milieu choisi pour ce travail dirigé crée également une limite. Les auteurs des divers écrits analysés ont recours à diverses appellations lorsqu'ils définissent la porte d'entrée au système de santé. L'utilisation divergente des auteurs, parfois pour le même terme, crée une difficulté additionnelle pour cerner et traiter adéquatement le sujet à l'étude.

Peu d'études sont disponibles sur l'étendue de la pratique infirmière dans le contexte de première ligne. Un effort supplémentaire a dû être déployé afin de juxtaposer une recension des écrits de l'étendue de pratique infirmière généraux à une recension des écrits sur la pratique infirmière en première ligne. Certes il est fort possible que cette juxtaposition laisse place à de l'interprétation créant ainsi un possible biais à ce travail dirigé.

L'absence de normes québécoises et/ou de guides de pratique québécois sur les soins en première ligne, limite la possibilité d'une description plus adaptée à la réalité québécoise du rôle attendu de l'infirmière et l'infirmière clinicienne en première ligne.

Le fait d'avoir soulevé des observations et des préoccupations du rôle joué de la pratique infirmière en première ligne à partir d'un seul site d'observation et sous le point de vue d'un seul observateur crée également une limitation à la collecte de données et à la

rigueur scientifique des résultats apportés à cette partie du travail dirigé. L'observation plus exhaustive et scientifique d'autres centres ambulatoires de la région de la métropole ainsi qu'à l'extérieur serait propice à d'autres travaux de deuxième cycle pour contribuer aux futurs résultats de recherche sur le sujet.

### **Forces de ce travail dirigé**

L'une des forces de ce travail dirigé est la combinaison du modèle de rôle de Khan et ses collaborateurs (1964) et les dimensions du QÉPI (D'Amour et al., 2012) pour former le cadre conceptuel sur lequel le travail dirigé est construit. Ce nouveau concept théorique pourrait être utilisé par d'autres auteurs dans de futures recherches ayant pour concept central la compréhension de l'étendue optimale de la pratique infirmière.

L'utilisation des dimensions du QÉPI, appliqué originalement pour les soins aigus, est également une force à ce travail dirigé. L'utilisation de ces dimensions dans le domaine de la première ligne permet l'accessibilité aux gestionnaires infirmiers de première ligne à des balises comparables pour permettre une démystification appropriée de l'étendue optimale de la pratique de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne en première ligne.

La synthèse de l'étendue respective de la pratique de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne en première ligne, sous forme de tableau, est une force et l'aspect novateur de ce travail. Il permet aux gestionnaires infirmiers de première ligne d'avoir la possibilité de consulter un premier outil démontrant rapidement les conflits de rôle entre le rôle attendu de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne en première ligne. La proposition soulevée dans ce travail dirigé est également une solution clé en main pour les gestionnaires infirmiers de première ligne, car celle-ci offre l'opérationnalisation de l'idée suggérée.

L'ensemble de ce travail dirigé, quant à lui, procure aux gestionnaires infirmiers de première ligne, l'accessibilité à une revue d'articles dans le domaine de l'étendue de la

pratique infirmière et infirmière clinicienne en première ligne, une première dans le domaine.

### **Les retombées de ce travail dirigé**

Les retombées de ce travail dirigé contribuent à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

Premièrement, il propose un *scoping review* entourant l'étendue de la pratique de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne dans le contexte de la première ligne. Un contexte peu étudié jusqu'à nos jours par les chercheurs s'intéressant à l'étendue de la pratique infirmière.

Deuxièmement, ce travail contribue à l'amélioration continue de la qualité de soins prodigués par nos professionnels. Par la formulation de recommandations aux gestionnaires infirmiers de première ligne, ceux-ci détiennent des atouts favorables à l'exercice de la pratique infirmière à son plein potentiel. Ceci permet ainsi une utilisation judicieuse du personnel infirmier intégrant leur organisation et encourageant ainsi la participation de l'infirmière dans un rôle d'influence stratégique au sein de nos organisations incitant un levier au développement de la pratique populationnelle de promotion de la santé et de prévention (Beaudet, 2008).

Ce travail dirigé offre la possibilité aux professionnels infirmiers ainsi qu'aux gestionnaires infirmiers de mieux maîtriser le rôle attendu de l'infirmière en première ligne. Cette clarification du rôle attendu de l'infirmière en première ligne se veut également une contribution à la recension d'agents mobilisateurs quant à la rétention en première ligne, une contribution à la santé et satisfaction au travail et, indirectement, au recrutement.

### **Les recommandations pour les gestionnaires infirmiers**

Les recommandations émises suite à ce travail dirigé sont destinées aux gestionnaires infirmiers de première ligne :

*Recommandation 1 : Sensibilisation des gestionnaires infirmiers de première ligne au concept de l'étendue de la pratique*

Une sensibilisation au concept de l'étendue de pratique infirmière est la première recommandation découlant de ce travail dirigé. La lecture de ce travail dirigé semble être un bon point de départ pour les gestionnaires infirmiers de première ligne afin d'avoir un premier regard sur le concept de l'étendue de la pratique infirmière en première ligne. Cette sensibilisation au concept de l'étendue de la pratique infirmière en première ligne est un facteur favorable à l'intégration de ce nouveau concept lors des divers processus décisionnels entourant la pratique de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne. Par le fait même, cette sensibilisation sera profitable au gestionnaire infirmier de première ligne lors des discussions entourant l'utilisation des ressources humaines et facilitant l'instauration d'un environnement de pratique flexible soutenant l'autonomie professionnelle.

*Recommandation 2 : L'introduction de gestionnaires de cas en première ligne*

L'introduction du rôle de gestionnaire de cas, tel que discuté dans la proposition de ce travail dirigé, engendra un temps de réflexion sur l'étendue optimale de la pratique infirmière, permettra la communication entre les gestionnaires infirmiers des services de première ligne et le personnel infirmier, sensibilisera les autres professionnels au rôle propre de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne et finalement favorisera une meilleure prise en charge de la clientèle.

*Recommandation 3 : Adoption d'un leadership transformationnel par les gestionnaires infirmiers*

Il est souhaitable que les gestionnaires infirmiers de première ligne adhèrent à un *leadership* transformationnel. Certes, il est difficile de mettre de côté ses valeurs, ses convictions et ce qu'on a toujours connu au détriment d'un nouveau schème de pensée.

L'idée générale escomptée par l'exercice de ce nouveau leadership correspond à la création d'un environnement de pratique qui invite à la collégialité, le travail d'équipe et la recherche de buts communs afin de répondre au mieux aux besoins de la clientèle. Afin d'y arriver concrètement au quotidien, il est convoité que les gestionnaires infirmiers de première ligne mettent en place des mécanismes de communication avec leur équipe infirmière afin de rendre les infirmières des membres intégrants au processus décisionnel.

Que ce soit par écrit ou sous la formule de rencontres, ces mécanismes de communication entre le gestionnaire infirmier et les infirmières permettront l'écoute entre les diverses parties, la reconnaissance et la valorisation de chacun dans son milieu de travail, permettant ainsi une utilisation plus adéquate des divers rôles infirmiers.

*Recommandation 4 : Élimination des tâches connexes*

Malgré les contraintes financières avec lesquelles les gestionnaires infirmiers doivent jongler au quotidien, il va de soi de recommander aux gestionnaires infirmiers de première ligne de transférer les tâches cléricales ou connexes au personnel de soutien. Remettre ces tâches au personnel de soutien se veut d'un premier pas vers l'optimisation de l'utilisation des ressources infirmières.

*Conclusion*

Somme toute, cet écrit basé sur le rôle infirmier en première ligne a permis de clarifier l'étendue optimale de la pratique de l'infirmière ainsi que de l'infirmière clinicienne. Le résultat de ce travail dirigé permet d'avancer que l'infirmière en première ligne travaille avec le client et son entourage aux soins directs (évaluation/enseignement/soins) tandis que, de son côté, l'infirmière clinicienne de première ligne est appelée, en plus de son rôle au processus de soin du client, à contribuer à l'avancée de la pratique, au développement professionnel, et ce, sans omettre sa contribution à la création de partenariat et son rôle d'agente de liaison.

L'étendue optimale de la pratique infirmière demeure inévitablement influencée par les facteurs environnementaux, ainsi, il est souhaitable que les gestionnaires infirmiers en première ligne ne perdent pas de vue les attentes du rôle infirmier en première ligne et arriment leurs actions quotidiennes vers l'atteinte de ce rôle. Selon les fondements de base de la profession infirmière, en 1969, madame Florence Nightingale écrivait :

À cause des mauvais arrangements sanitaires, architecturaux et administratifs, il est souvent impossible de dispenser des soins infirmiers. L'art des soins infirmiers doit toutefois inclure les arrangements qui, à eux seuls, rendent possible les soins infirmiers tels que je les conçois. (Nightingale, 1969, p. 8; cité dans Association des infirmières et infirmier du Canada, 2000, p. 4)

Comprendre les facteurs organisationnels influençant l'exercice de l'étendue optimale de la pratique de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne en première ligne contribue à rendre possible de nous recentrer sur la profession infirmière telle qu'on la conçoit. Ainsi, la formation, les mécanismes de prise de décision, l'environnement de pratique et la collaboration ont une influence sur l'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne. Cependant, les retombées et les recommandations de ce travail pourront sans doute permettre aux gestionnaires infirmiers de première ligne de mieux s'arrimer. Cette réflexion sur la pratique infirmière se veut une première réflexion parmi tant d'autres sur l'étendue optimale de la pratique infirmière en première ligne. Il serait souhaitable que ce début de réflexion permette de propulser les échanges et la réalisation de nouvelles études dans le domaine afin de faciliter l'accessibilité aux données empiriques sur l'optimisation de l'utilisation des ressources infirmières pour les

gestionnaires infirmiers de première ligne.

La profession infirmière ne cessera jamais d'évoluer pour répondre adéquatement aux besoins de la population qui, à leur tour, évolueront constamment. Il est temps de tempérer nos efforts, dans les batailles au quotidien, face aux restrictions de temps, de ressources financière et humaine et de nous recentrer sur les valeurs de base de la profession.

## *Références*

## Références bibliographiques

- Agence de développement des réseaux locaux et des services de santé et services sociaux de Montréal. (2004). *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/233\\_doc\\_0.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/233_doc_0.pdf)
- Agence de développement des réseaux locaux et des services de santé et services sociaux de Montréal. (2007). *Les pratiques infirmières de promotion de la santé et de prévention dans une perspective de santé publique/populationnelle en CLSC*. Repéré à [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/978-2-89494-612-1.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-612-1.pdf)
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., ... Shamian, J. (2001). Nurses » reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Allard, M., Frego, A., Katz, A. et Halas, G. (2010). Analyse du rôle des infirmières autorisées dans les programmes canadiens de résidence en médecine familiale. *Infirmière Canadienne, Mars*. Repéré à <http://www.canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2010/mars-2010/analyse-du-role-des-infirmieres-autorisees-dans-les-programmes-canadiens-de-residence-en-medecine-familiale>
- Association Canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire. (2008). *Normes canadiennes de pratiques des soins infirmiers en santé communautaire*. Repéré à [http://www.chnc.ca/documents/chn\\_standards\\_of\\_practice\\_mar08\\_french.pdf](http://www.chnc.ca/documents/chn_standards_of_practice_mar08_french.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Travailler avec des ressources limitées : les contraintes morales des infirmières*. Repéré à [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics\\_pract\\_limited\\_resources\\_sept\\_2000\\_f.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_pract_limited_resources_sept_2000_f.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Le leadership de la profession infirmière*. Repéré à [http://www.aiinb.nb.ca/PDF/CNA\\_Nursing\\_Leadership\\_2009\\_F.pdf](http://www.aiinb.nb.ca/PDF/CNA_Nursing_Leadership_2009_F.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Infirmières et infirmiers autorisés, acteurs de la transformation des soins de santé*. Repéré à [http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/registered\\_nurses\\_stepping\\_up\\_to\\_transform\\_health\\_care\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/registered_nurses_stepping_up_to_transform_health_care_f.pdf)
- Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19-31.

- Beudet, N., Bisailon, A., Boisvert, N., Boyer, D., De Villers, L., Garceau-Brodeur, M. H., ... Sauvé, M. S. (2008). *La pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention en CSSS, mission CLSC. De la volonté à la réalité* (Rapport synthèse, volume 11, numéro 2). Repéré à [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/1911-6853-SEP2008.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/1911-6853-SEP2008.pdf)
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., ... Watson, L. (2005). *A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice*. Repéré à [http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner\\_final.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner_final.pdf)
- Besner, J., Drummond, J., Oelke, N., McKim, R. et Carter, R. (2011). *Optimizing the practice of registered nurses in the context of an interprofessional team in primary care* (Rapport final). Repéré à <http://www.albertahealthservices.ca/researchers/if-res-hswru-pc-nursing-report-2010.pdf>
- Bisailon, A., Beudet, N. M., Sauvé, M. S., Boisvert, N., Richard, L. et Gendron, S. (2010). L'approche populationnelle au quotidien. *Perspective infirmière, Janvier/février*, 58-62. Repéré à [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/21509.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/21509.pdf)
- Bordage, G. (1989). Considerations on preparing a paper for publication. *Teaching and Learning in Medicine*, 1(1), 47-52.
- Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 2(93), 94-105.
- Breton, M., Lamarche, P. et Pineault, R. (2005). L'approche populationnel : un défi de taille pour les gestionnaires. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 1(2), 16-19.
- Buchan, J., Parkin, T. et Sochalski, J. (2003). *International nurse mobility: Trends and policy implications*. Genève : World Health Organization. Repéré à [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_EIP\\_OSD\\_2003.3.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf?ua=1)
- Centre de Santé et Services Sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel. (2011). *Principales caractéristiques de la population du territoire du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel. Synthèse des données sociodémographiques de 2011*. Repéré à [http://sls.intra.mtl.rtss.qc.ca/fileadmin/Saint-Leonard/Documentation/Portrait\\_sociodemographique/CSSS-SLSM\\_portrait\\_populationnel\\_2013-11-12.pdf](http://sls.intra.mtl.rtss.qc.ca/fileadmin/Saint-Leonard/Documentation/Portrait_sociodemographique/CSSS-SLSM_portrait_populationnel_2013-11-12.pdf)

- Colin, C. et Rocheleau, L. (2004). Les infirmières de santé publique au Québec : une contribution essentielle et... méconnue. *Santé publique*, 2(16), 263-272. doi : 10.3917/spub.042.0263
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec. (2000). *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice. A new tool for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.
- D'Amour, D., Tremblay, D. et Bernier, L. (2007). Les pratiques professionnelles de réseaux : l'intégration au-delà des structures. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H., Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (p. 273-285). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Davis, K., Drey, N. et Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1386-1400.
- Déry, J., D'Amour, D., Blais, R. et Clarke, S. (2015). Influences on and Outcomes of enacted Scope of Nursing Practice. A new model. *Advances in Nursing Science*.38 (2), 136-143.
- Direction de la Santé Publique de Montréal. (2008). *Rapport synthèse : La pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention en CSSS, Mission CLSC*. Repéré à [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_assmpublications/1911-6853-SEP2008.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/1911-6853-SEP2008.pdf)
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S. et Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12 (286), 1-15.
- Ganann, R., Underwood, J., Matthews, S., Goodyear, R., Stamler, L. L., Meagher-Stewart, D. M. et Munroe, V. (2010). Leadership attributes: A key to optimal utilization of the community health nursing workforce. *Nursing Leadership*, 23(2), 60-71.
- Huber, D., Maas, M., McCloskey, J., Scherb, C., Goode, C. et Watson, C. (2000). Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration*, 30(5), 251-272.

- Initiative de partage des connaissances et développement des compétences. (2012). *Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires*. Repéré à [http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Referentiel%20RP\\_version\\_%20finale\\_2012-11-26.pdf](http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Referentiel%20RP_version_%20finale_2012-11-26.pdf)
- Institut national de Santé Publique du Québec. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada et à la Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé*. Repéré à [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777\\_servicespremlignes.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_servicespremlignes.pdf)
- Kahn R. L., Wolfe D. M., Quinn R. P. et Snoek J. D. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York, NY : Wiley.
- Katz, D. et Khan, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY : Wiley.
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1-9. doi : 10.1186/1748-5908-5-69
- Longtin, M., Richard, L. et Bisailon, A. (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 4(87), 4-15. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-4.htm>
- Meagher-Stewart, D., Underwood, J., MacDonald, M., Schoenfeld, B., Blythe, J., Knibbs, K., ... Crea, M. (2010). Organizational attributes that assure optimal utilization of public health nurses. *Public Health Nursing*, 27(5), 433-441.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2000). *L'intervenant pivot en oncologie un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer. Document de réflexion*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-908.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public (Projet de loi n<sup>o</sup> 142)*. Repéré à [http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/acces\\_information/lois\\_reglements/Loi\\_concernan\\_cond\\_travail\\_sec\\_public.pdf](http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/acces_information/lois_reglements/Loi_concernan_cond_travail_sec_public.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010a). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellées, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*. Repéré à <http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/download.php?f=7786397f3821a6ab2ecb421349304ee4>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010b). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2014). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*. Repéré à <http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/download.php?f=7786397f3821a6ab2ecb421349304ee4>
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M. et Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Research*, 21(1), 59-70.
- Oelke, N. D., Whilhelm, A., Jackson, K., Suter, E. et Carter, R. (2012). *Optimizing collaborative practice of nurses in primary care settings*. Repéré à <http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-wre-nurse-collab-report.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001a). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec. Chapitre 1 : le contexte évolutif de la réglementation des soins infirmiers*. Mémoire présenté 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. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1564725>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001b). Les infirmières veulent un champ d'exercice qui reflète les multiples facettes de la profession. *Le journal*, 8(5).
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Mémoire de l'OIIQ déposé à la table de concertation visant à répondre à la situation de la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/233\\_doc\\_0.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/233_doc_0.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière*. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS\\_doc.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS_doc.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *À quand un financement adéquat des soins infirmiers dans la communauté? La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Mémoire de l'OIIQ présenté à la commission nationale d'experts sur l'amélioration du système de santé de l'association des infirmiers du Canada. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/memoire-aiic-370MA.pdf>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Optimiser la contribution des infirmiers et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et de contrôler les coûts*. Mémoire de l'OIIQ présenté à la commission nationale d'experts sur l'amélioration du système de santé de l'association des infirmiers du Canada dans le cadre des travaux de la Commission de révision permanente des programmes le 21 octobre 2014. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015a). *L'infirmière. Admission à la profession*. Repéré à <https://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015b). *L'infirmière clinicienne. Admission à la profession*. Repéré à <https://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere-clinicienne>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015c). *Cadre-conseil en soins infirmiers. Admission à la profession*. Repéré à <https://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/cadre-conseil-en-soins-infirmiers>
- Poghosyan, L., Nannini, A., Smaldone, A., Clarke, S., O'Rourke, N. C., Rosato, B. G. et Berkowitz, B. (2013). Revisiting scope of practice facilitator or and barriers for primary care nurse practitioners : a qualitative investigation. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 14(1), 6-15. doi : 10.1177/1527154413480889
- Renaud, L., Leane, V., La Tour, S., Chevalier, S. et Paradis, G. (2004). Pratiques des infirmières des centres locaux de services communautaires du Québec de prévention et promotion en santé du cœur. *Santé Publique*, 16(2), 291-301.
- Réseau national des gestionnaires de cas du Canada. (2012a). *Normes de pratique en gestion de cas au Canada*. Repéré à [http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/standars\\_of\\_practices\\_french%202014.pdf](http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/standars_of_practices_french%202014.pdf)
- Réseau national des gestionnaires de cas du Canada. (2012b). *Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada*. Repéré à [http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/Final\\_ncmn\\_french\\_report.pdf](http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/Final_ncmn_french_report.pdf)
- Richard, L., Gendron, S., Beudet, N., Boisvert, N., Sauvé, M. S. et Garceau-Brodeur, M-H. (2010). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montreal, Québec. *Public Health Nursing*, 27(5), 450-458.

Sullivan, E. J. et Decker, P. J. (2009). *Effective Leadership and Management in Nursing* (7<sup>e</sup> éd.). New Jersey, NJ : Pearson Prentice Hall.

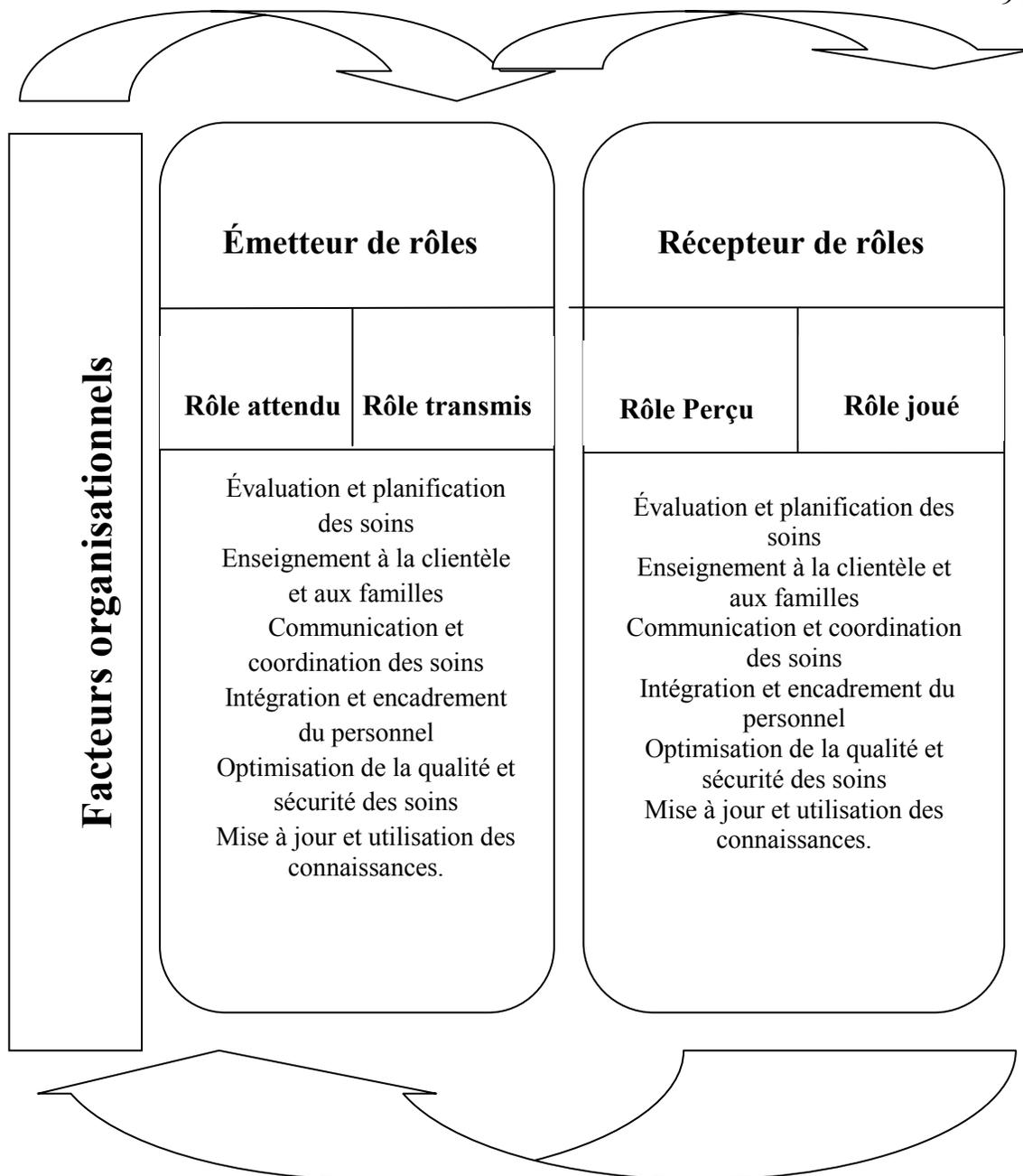
White, D., Oelke, N. D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M. et Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: Descriptions and challenges. *Nursing Research*, 21(1),45-56.

## *Appendices*

Appendice 1  
Questionnaire de l'étendue effective de la pratique infirmière

Dimensions	Items	Levels
Assessment and care planning	25. I assess the patient's physical and mental condition, taking biopsychosocial aspects into consideration.	1
	21. I regularly update, in writing, information about the patient's condition and the care provided (therapeutic nursing plan, nurses' notes, etc).	1
	2. To plan my interventions, I use healthcare problem assessment tools (pain scale, wound assessment tool).	2
	1. I involve the patient and the patient's family in care planning.	2
	11. I am involved in designing, applying, and updating patient care programs.	3
Teaching of patients and families	10. I assess the specific information and education needs of each patient and his/her family.	1
	17. I verify that the patient and family have understood the teaching provided.	1
	5. I use teaching strategies that are adapted to each patient and family in accordance with the patient's level of autonomy.	2
	22. I check the quality of patient education provided on the unit.	3
Communication and care coordination	16. I communicate to members of the team all information that could affect the coordination of care.	1
	12. I coordinate the work of the nursing team to meet the needs of the patient and family.	2
	24. I convey all relevant information to healthcare professionals in other institutions in order to ensure continuity of care.	2
	8. I am involved in interprofessional team meetings or activities.	3
	15. To ensure continuity of care, I coordinate the interventions of the interprofessional team.	3
Integration and supervision of staff	20. I am involved in identifying in-service education needs for my unit.	2
	9. I am involved in the orientation and training of nursing students or of newly hired staff.	2
	6. I act as a mentor or educator for newly hired staff.	3
	14. I am involved in developing and conducting training activities for the care team, in accordance with my skills.	3
Quality of care and patient safety	7. I report clinical situations in which I see deficiencies in quality and safety of care.	1
	26. I get involved in updating practices to improve the quality and safety of care.	2
	19. When I have identified deficiencies, I suggest approaches or strategies to improve the quality and safety of care.	2
	23. I am involved in evaluating the quality and safety of care.	3
	3. I am involved in developing nursing practice.	3
Knowledge updating and utilization	4. I keep my knowledge up-to-date.	1
	18. I improve my practice based on new knowledge derived from best practices and research in nursing science or in health.	2
	13. I share with the nursing team knowledge emerging from research.	3

Appendice 2  
Schématisation du cadre conceptuel



Appendice 3  
Grille de lecture

<b>Titre de l'article</b>	
<b>Auteur :</b>	
<b>Année de publication :</b> Article de 2003 et plus	
<b>Méthode :</b> Description des variables de l'étude Instruments de mesure clairement décrits et définis Population visée (exclusion des infirmières praticiennes) Méthode d'échantillonnage Taille de l'échantillon Procédure de collecte de données Méthode d'analyse statistique clairement énumérée et appropriée	
<b>Résultats :</b> Résultats accompagnés de données précises Tableaux et figures utilisés efficacement et bien présentés	
<b>Référence au cadre théorique du travail dirigé :</b>	
Émetteur de rôle	
Attente de rôle	
Rôle transmis	
Récepteur de rôle	
Rôle perçu	
Rôle exercé	
Évaluation et planification des soins	
Enseignement à la clientèle et aux familles	
Communication et coordination des soins	
Intégration et encadrement du personnel	
Optimisation de la qualité des soins	

Mise à jour et utilisation des connaissances.	
<b>Références :</b> Nombre raisonnable Contenu de l'article démontre que les références ont bien été utilisées Références respectent les règles de rédaction	
<b>Considération générale :</b> Sections bien définies Terminologie uniforme Ton adapté et rigoureux Style clair et agréable	

Appendice 4  
Schématisation de la méthodologie

## Base de données

### Cinahl

- › Nombre d'articles retenus après une première lecture du résumé : 32
- › 8 de ces articles sont retenus suite à l'analyse complète de l'article

#### Articles retenus :

1. Oelke, D., White, D., Besner, J., Doran, D., Hall, L.M., et Giovannetti, P. (2008)
2. White, D., Oelke, N.D., Besner, J., Doran, D., Hall, L.M., et Giovannetti, P. (2008)
3. Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., Morrison, J., Watson, L. (2005)
4. Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Sauvé, M.S. et Garceau-Brodeur, M-H. (2010)
5. D'Amour, D., Dubois, C-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012)
6. Ganann, R., Underwood, J., Matthews, S., Goodyear, R., Leeseberg, Stamler, L., Meagher-Stewart, D.M., et

### Medline

- › Nombre d'articles retenus après une première lecture du résumé : 28
- › 8 de ces articles sont retenus suite à l'analyse complète de l'article

#### Articles retenus :

1. Oelke, D., White, D., Besner, J., Doran, D., Hall, L.M., et Giovannetti, P. (2008)
2. White, D., Oelke, N.D., Besner, J., Doran, D., Hall, L.M., et Giovannetti, P. (2008)
3. Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., Morrison, J., Watson, L. (2005)
5. D'Amour, D., Dubois, C-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012)
7. Meagher-Stewart,

### Pubmed

- › Nombre d'articles retenus après une première lecture du résumé : 15
- › 3 de ces articles sont retenus suite à l'analyse complète de l'article

#### Articles retenus :

1. Oelke, D., White, D., Besner, J., Doran, D., Hall, L.M., et Giovannetti, P. (2008)
2. White, D., Oelke, N.D., Besner, J., Doran, D., Hall, L.M., et Giovannetti, P. (2008)
5. D'Amour, D., Dubois, C-A., Déry, J., Clarke, S.,

#### Articles retenus par références citées :

9. D'Amour, D., Tremblay, D. et Bernier, L. (2007)

## Littérature grise et ouvrages spécialisés

### OIIQ

10. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007)
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010)

### Ministère

12. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005)
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010)
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2014)

### Association

15. Association Canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire. (2008)
16. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013)

### Google/Google Scholar

17. Beudet, N., Bisailon, A., Boisvert, N., Boyer, D., De Villers, L., Garceau-Brodeur, M.H.,... Sauvé, M. S.(2008)
18. Longtin, M., Richard, L. et Bisailon, A. (2006)
19. Renaud, L., Leane, V., La Tour, S., Chevalier, S., et Paradis, G. (2004)
20. Colin, C., Rocheleau, L. (2004)

### Références citées Power point trouvé sur Google : Valoriser l'expertise et le leadership clinique des infirmières et infirmiers pour améliorer les soins santé (Présentation faite par Kilpatrick/OIIQ) références citées utilisées :

21. Besner, J., Drummond, J., Oelke, N., McKim, R. et Carter, R. (2011).
22. Oelke, N., Whilhelm, A., Jackson, K., Suter, E. et Carter, R. (2012).
23. Allard, M., Frego, A., Katz, A. et Halas, G. (2010)
24. Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. et Shamian, J. (2001)

