

**Université de Montréal**

**Interventions d'optimisation de l'étendue de pratique des infirmières d'une unité  
de gériatrie : observations et mobilisations de connaissances**

Par

Rose-Laure Occélas

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures en vue de  
l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc.) en Sciences infirmières

Option : Administration des services infirmiers

Janvier 2019

© Rose-Laure Occélas, 2019

**Université de Montréal**

Faculté des sciences infirmières

Ce rapport de stage :

**Interventions d'optimisation de l'étendue de pratique des infirmières d'une unité  
de gériatrie : observations et mobilisations de connaissances**

Présenté Par

Rose-Laure Occélas

A été évalué par un jury constitué des personnes suivantes :

Isabelle Brault, Ph. D.

Directrice du travail de stage

Isabelle Caron, M. Sc.

Personne ressource du stage et Membre du Jury

Chantal Caux, Ph. D.

Présidente du Jury

## Résumé

La capacité des infirmières à déployer une étendue de pratique optimale constitue un levier efficace pour le système de santé face aux enjeux de vieillissement et de demandes de soins complexes (Doebbling et Flanagan, 2011 ; Ganz, Toren et Fadlon, 2016). Or, différentes études (D'Amour, Dubois, Déry et Clarke, 2012 ; Déry, 2014) rapportent une pratique sous-optimale des infirmières dans différents milieux de soins dont la gériatrie, deuxième domaine employant le plus d'infirmières au Québec (Marleau, 2018).

Ce travail présente les résultats d'un stage réalisé sur une unité de gériatrie dont le but était d'initier des activités de mobilisation de connaissances pour renforcer la pratique effective des infirmières.

Une grille adaptée à partir du questionnaire d'évaluation de l'étendue de pratique infirmière (QÉPI) et du Safer Nursing Care Tool (SNCT), a été mise à l'essai pour observer la pratique des infirmières afin d'identifier les dimensions de leur pratique les plus fréquemment utilisées et celles qui le sont moins.

L'évaluation et la planification des soins obtenaient un taux d'utilisation de (14,6%), la dispensation des soins de qualité et sécuritaire aux patients (24,5%), la communication et la coordination des soins (17,7%), les activités cléricales (13%), l'enseignement aux patients/familles (1,5%), l'intégration et la supervision des équipes (1%), la mise à jour et l'utilisation des connaissances (1%), les activités personnelles (2%).

Les infirmières ont formulé des recommandations pour optimiser leur pratique suite aux résultats des observations. Davantage interpellées par la dimension de l'enseignement, elles ont suggéré de cibler des moments clés qui favorisent l'enseignement et une implication plus active des familles. Un comité d'infirmières a été mis en place pour travailler avec leurs pairs au renforcement des dimensions les moins optimales.

**Mots clés :** étendue de pratique infirmière, milieu gériatrique, étendue de pratique optimale, étendue de pratique effective, mobilisation de connaissance.

## Abstract

The ability of nurses to establish an optimal practice is an effective way for the health care system to address aging issues and complex care demands (Doebbling and Flanagan 2011, Ganz, Toren and Fadlon 2016). However, different studies including those of D'Amour, Dubois, Déry and Clarke (2012) and Déry (2014) reported a suboptimal practice of nurses in different care settings including geriatrics which is the second most employing field of nurses in Quebec (Marleau, 2018).

This report presents the results of an internship conducted on a geriatric unit whose purpose was to initiate knowledge mobilization activities and observation of their practice to reinforce the effective practice of nurses. An observation grid adapted from the Actual Scope of Nursing Practice (ASCOP) and the Safer Nursing Care Tool (SNCT), was developed to observe nursing practice in real time and identify the dimensions most frequently used of those less used.

Assessment and care planning achieved a utilization rate of (14.6%), quality of care and patient safety (24.5%), communication and coordination of care (17.7%), clerical activities (13%), teaching patients and family (1.5%), integration and staff supervision (1%), knowledge updating and utilization (1%), personal activities (2%).

Following the results, nurses provided recommendations to optimize their practice through knowledge mobilization activities. The dimension of education (1.5%) was found more challenging, they suggested targeting key moments that promote teaching and a more active involvement of families. A committee of nurses has been set up to work with their peers to reinforce the least optimal dimensions.

**Key words:** Nursing scope of practice, geriatric unit, full scope of practice, effective practice, knowledge mobilization.

## Table des matières

Résumé.....	i
Abstract .....	ii
Table des matières .....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures .....	vi
Liste des sigles et abréviations .....	vii
Remerciements.....	viii
1. Problématique .....	1
1.2 But et objectifs de l'intervention .....	6
1.3 Objectifs d'apprentissage .....	6
2. Recension des écrits .....	7
2.1 Le concept de l'étendue de pratique (EP) Infirmière.....	8
2.1.1 Étendue de pratique optimale (ÉPI) .....	9
2.1.2 Étendue de pratique effective (ÉEPI). .....	9
2.1.3 Écart entre la pratique optimale et la pratique effective. ....	10
2.2 Pratique infirmière en gériatrie.....	10
2.3 Facteurs influençant l'étendue de pratique .....	12
2.3.1 Facteurs internes.....	12
2.3.2 Facteurs externes.....	13
2.3.3 Barrières et facilitateurs de l'EP.....	14
2.4 Stratégies pour favoriser une étendue de pratique optimale .....	15
2.4.1 Niveau interne. ....	15
2.4.2 Niveau externe. ....	15
2.5 Cadre de référence .....	17
3. Déroulement du stage.....	19
3.1 Étapes préliminaires au stage .....	20
3.1.1 Description du milieu de stage.....	22
3.2 Planification et déroulement du stage .....	23
3.2.1 Déroulement des interventions.....	23
3.2.2 Collecte de données.....	25
3.2.3 Présentation des résultats.....	27

3.2.4 Considérations d'ordre éthique.....	33
3.2.5 Interventions suite aux résultats d'observations. ....	33
4. Discussion.....	35
4.1 Retombées de l'intervention.....	40
4.1.1 Pratique Clinique.....	40
4.1.2 Organisation des soins. ....	40
4.1.3 Recherche.....	40
4.2 Forces et limites de l'intervention .....	41
4.3 Atteinte des objectifs du stage et des objectifs d'apprentissage.....	41
4.4 Recommandations.....	43
5. Conclusion .....	44
Références .....	46
Annexe A .....	51

### Liste des tableaux

Tableau 1- Planification du stage.....	21
Tableau 2 – Objectifs et activités liées.....	24
Tableau 3 - Résumé des 32 heures d’observation pour les 6 infirmières.....	28
Tableau 4 - Comparaison des quarts de jour et soir.....	28

## Liste des figures

Figure 1- Cadre de mise en pratique des connaissances du Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, 2012). .....	18
Figure 2 – Répartition de l’EP des infirmières par dimension.....	32
Figure 3 - Comparaison de l’EP des infirmières jour/soir .....	32



## Liste des sigles et abréviations

Activités de la vie domestique (AVD)

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Actual Scope of Nursing Practice (ASCOP)

Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)

Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Centre local de services communautaires (CLSC)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

Étendue de la pratique infirmière (ÉPI)

Étendue de pratique (EP)

Étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI)

International Council of Nurses (ICN)

Questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière (QÉPI)

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)

Safer Nursing Care Tool (SNCT)

## Remerciements

Tout d'abord, je voudrais saluer le courage des nombreuses personnes de mon entourage immédiat qui ont repris le chemin de l'école, malgré le fait d'avoir à gérer à la fois un travail à plein temps et une vie de famille comportant chacun leur lot d'exigences. Que vous ayez fait ce choix par ambition personnelle ou par souci de léguer un exemple de persévérance ou de résilience à vos enfants, sachez que vos efforts m'ont inspirée et m'ont motivée jusqu'au bout de ce parcours académique ! Vous m'avez soutenue à votre façon. Je vous suis particulièrement reconnaissante et tiens à vous dire un merci profond et sincère.

D'une manière toute singulière, je veux remercier, Mme Isabelle Brault, ma directrice de travail pour sa patience, sa compréhension, son soutien et sa disponibilité à m'accompagner par ses commentaires positifs et rigoureux, du début jusqu'au terme de ce travail. Merci Isabelle, d'avoir su m'orienter dans la bonne direction par ton approche et ton sens critique adaptés à l'étudiante que je suis.

Merci du fond du cœur à Mme Isabelle Caron, directrice associée aux soins infirmiers de l'Hôpital Général Juif, ma personne ressource dans le cadre de ce stage. Isabelle, merci d'avoir été cette ressource qui a su me donner la confiance nécessaire dans ce projet, qui malgré un début nébuleux a fini par devenir limpide ! Je suis heureuse que tu sois ma DSI, rassurée par ton engagement et confiante que, par ton leadership, les infirmières de notre établissement pourront avoir le soutien nécessaire pour une pratique à la hauteur de leurs connaissances et leurs compétences.

Enfin, je souhaite dire merci :

À mon inlassable et dévoué mari, Junior Phanord, dont le soutien et l'encouragement n'ont jamais failli ! Merci mon amour.

À mes précieux enfants : Jorys-Paul, Marc-Jany et Lily-Jade de qui j'ai enlevé du temps de qualité pour le consacrer à la lecture de textes et la rédaction de travaux !

À ma sœur Marie-Ange, ma partenaire de discussion dans ce travail, qui maintenant en connaît presque autant sur l'étendue de pratique infirmière que moi !

À tous ceux et celles : parents, amies, collègues, qui m'ont soutenue dans ce cheminement  
Cet accomplissement est le nôtre. Je vous aime et vous suis reconnaissante !

Rose-Laure.

## **1. Problématique**

Le système de santé canadien est de plus en plus confronté à une complexification de la demande de soins en raison d'un certain nombre de facteurs dont le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques et les comorbidités subséquentes (Doebbling et Flanagan, 2011). La capacité du système à répondre efficacement à ces demandes repose entre autres, sur le déploiement d'une étendue de pratique qui reflète l'ensemble des connaissances et des compétences de ses professionnels (Dower, Moore et Langelier, 2013). Une telle pratique est d'autant plus pertinente pour les infirmières qui jouent un rôle central dans l'offre de soins (Ganz, Toren et Fadlon, 2016).

Définie comme l'ensemble des rôles, responsabilités et fonctions pour lesquelles les professionnels sont éduqués, compétents et autorisés à effectuer (Canadian Medical Association, 2003), l'étendue de pratique (EP) est un concept complexe et dynamique qui évolue en fonction des besoins de soins, du développement des connaissances et des progrès technologiques (International Council of Nurses [ICN], 2009). L'EP comporte deux composantes, l'une rigide et l'autre flexible (Schuiling et Slager, 2000). La composante rigide réfère à la dimension législative et au cadre de réglementation établis par les organisations professionnelles. Celle flexible porte sur les paramètres cliniques et varie entre autres, en fonction du milieu de pratique, de la population des patients desservis, de leurs besoins, de l'expérience professionnelle et de la collaboration interprofessionnelle (Schuiling et Slager, 2000). Les écrits consultés dans le cadre de ce travail laissent comprendre que la portée et le déploiement de la composante flexible constituent des éléments problématiques pour les professionnels au niveau des organisations. En effet, la connaissance du concept de l'EP lui-même est problématique puisqu'elle suscite des questionnements pour les infirmières qui ne comprennent pas toute son ampleur (Besner et al., 2005 ; White et al., 2008). Selon Oelke et al. (2008), les infirmières définissent leur étendue de pratique par l'ensemble des actes médicaux qu'elles réalisent au quotidien. Certaines d'entre elles conçoivent leur EP par ce qu'elles ont le droit de faire ou ne pas faire (Schuiling et Slager, 2000). Dans l'étude de White et al. (2008), leur compréhension du concept se résumait en deux dimensions soit l'évaluation et la coordination des soins. Dans l'ensemble, les auteurs de cette dernière étude ont rapporté que les infirmières ne percevaient pas leur pratique en termes de connaissances et d'habiletés à remplir des rôles et des responsabilités, elles en avaient plutôt une perception réductionniste de leur EP en l'associant à une liste de tâches à réaliser.

Or, Besner et al. (2005) estiment que la compréhension du concept est essentielle pour les infirmières dans la perspective d'une utilisation efficace de leur étendue de pratique.

De nombreux avantages sont associés à la pleine utilisation de l'étendue de pratique des infirmières ou de leur étendue de pratique optimale. Pour le système de santé, elle constitue une réponse efficace face aux demandes de soins complexes et spécialisés (Ganz et al., 2016 ; O'Rourke, 2006). Pour les employeurs, elle favorise l'utilisation effective et efficiente des compétences des infirmières (D'Amour et al., 2012) et leur permet d'attribuer les ressources humaines en fonction des besoins réels de soins (Besner et al., 2005). Elle permet d'améliorer la trajectoire de soins des patients dont la planification de congé de la clientèle (Mabire, Dwyer, Garnier et Pellet, 2016), la réduction du temps d'attente et la satisfaction des patients (Desmeules et al., 2012 ; Stanhope et Pearce, 2013). Pour les infirmières, une étendue de pratique clairement définie favorise une pratique sécuritaire, efficace, à la hauteur de leur capacité (Davies et Fox-Young, 2002). Elle permet également une satisfaction personnelle et assure des possibilités de développement de carrière (Young, Hulcombe, Hurwood et Nancarrow, 2015). Par contre, la sous-optimisation de l'EP des infirmières est associée à une insatisfaction au travail, une diminution de la capacité de recrutement et une faible rétention en emploi (Romavov, 2002).

Malgré l'éventail des avantages reconnus de la pleine étendue de pratique des infirmières, les études sur le sujet sont parvenues à la conclusion que leur pratique est sous-optimale (D'Amour et al., 2012 ; Déry, 2014 ; Institute of Medicine, 2011 ; White et al., 2008). À travers les différentes études menées sur le sujet, ces auteurs relatent un écart important entre la pratique optimale des infirmières et leur pratique effective. Ils ont établi que la pratique déployée par les infirmières dans les milieux diffère de celle qu'elles devraient avoir (D'Amour et al., 2012 ; Déry, 2014 ; Oelke et al., 2008 ; White et al., 2008). Ce constat a été mis en évidence par D'Amour et al. (2012), au moyen de l'outil *Actual Scope of Nursing Practice* (ASCOP) ou du Questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière (QÉPI) dans une étude menée auprès de 285 infirmières de 22 unités de médecine dans 11 hôpitaux au Canada. Les résultats des données obtenues à l'aide de cet outil ont permis d'établir que la pratique réalisée par les infirmières est en dessous des niveaux attendus dans l'ensemble des six dimensions de leur pratique.

Ces résultats rejoignent ceux d'une étude antérieure de White et al. (2008) dans laquelle, les auteurs ont rapporté que les dimensions les plus connues et couramment déployées par les infirmières étaient celles qu'elles connaissaient le plus soit l'évaluation et la coordination des soins.

Or, malgré les forces du QÉPI (Déry, 2014) ou l'ASCOP (D'Amour et al., 2012) soit sa consistance et sa validité interne, les auteurs eux-mêmes ont affirmé qu'il a été testé seulement sur des unités de médecine et mériterait de faire sa preuve sur d'autres unités de soins.

Dans les dernières décennies, la demande de soins de santé en gériatrie dans les pays occidentaux n'a cessé d'augmenter et la tendance se maintient (Bickford, 2018). Au Québec, le domaine de la gériatrie représente le deuxième plus grand employeur des infirmières dans la province avec une croissance de la main d'œuvre infirmière dans la dernière année (Marleau, 2018). Cependant, une non optimisation de l'étendue de pratique des infirmières est rapportée dans ce domaine de soins (McGilton et al., 2016).

Aucun outil spécifique qui mesure l'EP des infirmières en gériatrie n'a été recensé dans la littérature. Tenant compte du phénomène croissant de vieillissement de la population et de la complexité des besoins de soins des personnes âgées dans le système de santé, l'étendue de pratique des infirmières auprès de clientèle gériatrique mérite d'être approfondie. De ce fait, il paraissait pertinent de circonscrire ce travail de réflexion sur l'EP infirmière dans le contexte d'une unité de gériatrie ou de soins de longue durée.

## **Mise en contexte du projet de stage**

Ce stage a eu lieu sur une unité de gériatrie d'un hôpital universitaire, appartenant au centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du centre-ouest-de l'île-de Montréal. Cet établissement reçoit 10 000 patients âgés de 75 ans et plus sur civière par année, soit plus du double de tout autre centre hospitalier à Montréal (Nouvelles HGJ, 2010). La clientèle de l'unité de soins où s'est déroulé le stage est constituée de patients de 75 ans et plus ou de 65 ans et plus ayant un profil gériatrique. Les patients à profil gériatrique sont ceux qui peuvent avoir cinq conditions actives ou plus dont une chute récente, un déficit dans les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie quotidienne (AVQ), une démence ou déficience cognitive, des antécédents de maladies mentales ou problèmes émotionnels, des hospitalisations antérieures récentes (Coleman, 2003).

Au Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 18,5% de la population (Institut de la Statistique du Québec, 2016). Déjà en 2011, le Ministère de la santé et des services sociaux estimait que 45% de toutes les journées d'hospitalisation étaient utilisées par des personnes de 65 ans et plus (Gouvernement du Québec, 2011). La clientèle gériatrique constitue une importante population avec des besoins de soins complexes, car elle est aux prises avec de multiples maladies chroniques, des comorbidités associées et des facteurs de risque dont le déclin fonctionnel et les barrières sociales (Anderson, 2010).

## **1.2 But et objectifs de l'intervention**

L'intervention réalisée dans le cadre de ce stage a pour but d'initier une réflexion sur le renforcement de la pratique effective des infirmières de l'unité de gériatrie par des activités de mobilisation de connaissance suite à l'adaptation et la mise à l'essai d'une grille d'observation spécifique à leur pratique.

Quatre objectifs ont été rattachés à ce but :

- 1- Adapter une grille d'observation de l'étendue de pratique des infirmières qui est spécifique à leur contexte de soins.
- 2- Mettre à l'essai la grille par l'observation de la pratique des infirmières de l'unité.
- 3- Réaliser des activités de mobilisation de connaissances avec les infirmières pour présenter et discuter des résultats obtenus.
- 4- Identifier avec les infirmières des stratégies adaptées à leur contexte de soins pour renforcer leur pratique effective.

## **1.3 Objectifs d'apprentissage**

Des objectifs personnels d'apprentissage ont été fixés dans le cadre de ce stage. Ils s'énoncent comme suit :

- 1- Appliquer les connaissances acquises tout au long de la maîtrise à la planification et la réalisation du stage.
- 2- Approfondir mes capacités de recherche et d'analyse des écrits scientifiques.
- 3- Développer mes aptitudes communicationnelles et de transfert de connaissances.
- 4- Renforcer mes habiletés de collaboration intra et interprofessionnelle avec les différents intervenants du milieu.
- 5- Me familiariser avec les principales fonctions de la Direction des Soins Infirmiers (DSI) au sein d'un établissement hospitalier universitaire.



## **2. Recension des écrits**

## 2.1 Le concept de l'étendue de pratique (EP) Infirmière

L'expression "étendue de pratique" est largement utilisée dans de nombreux rapports de soins de santé et de documents officiels, cependant il est rarement clairement défini (Besner et al., 2005). La revue systématique de Birks, Davis et Cant (2016) sur le sujet de l'étendue de pratique rapporte l'ambiguïté et le manque de précision sur le concept à travers la littérature scientifique. Les auteurs ont également rapporté le flou entourant la compréhension, l'application et la définition du concept pour les infirmières elles-mêmes. Cette non clarification du concept dans les écrits est relatée par plusieurs auteurs (Aroke, 2014 ; Pryor, 2012 ; White et al., 2008). Il s'agit d'un problème qui génère diverses conséquences dans la pratique. En effet, il crée de la confusion dans les rôles (Birks et al., 2016), entraîne un sentiment de dévalorisation de leur propre contribution chez certaines infirmières (White et al., 2008), une insatisfaction au travail, une incidence des événements indésirables et une altération de la qualité des soins (Déry, 2014). La difficulté à élucider le concept constitue un frein à une pratique infirmière dans sa pleine étendue (Besner et al., 2005).

Dans une étude sur la clarification du concept, Aroke (2014) propose cette définition : « l'étendue de pratique infirmière est un état dynamique dans lequel les règlements, les politiques institutionnelles, l'éducation adéquate, l'expérience, les facteurs environnementaux et les traits personnels caractérisent l'essence même des soins tout en habilitant les infirmières à dispenser des soins de qualité, centrés sur le patient ». Dans cette définition, l'auteur met de l'avant plusieurs éléments qui ont tous une influence sur une pratique infirmière optimale.

Selon D'Amour et al. (2012), l'étendue de pratique des infirmières se décline en six dimensions. Il s'agit de : l'évaluation et la planification des soins, l'enseignement aux clients/familles, la communication et la coordination des soins, l'intégration et l'encadrement des équipes, la dispensation des soins de qualité et sécuritaires aux patients, la mise à jour et l'utilisation des données probantes dans la pratique. Ces auteurs ont établi une distinction entre la pleine étendue de pratique infirmière encore appelée étendue de pratique optimale infirmière (ÉPI) et l'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI). Besner et al. (2005) nomment respectivement ces concepts « *full scope of practice* » et « *role enactment* ».

### **2.1.1 Étendue de pratique optimale (ÉPI)**

La pratique optimale ou « full scope of practice » est celle qui reflète le degré de formation, de compétences et d'expérience des infirmières (Besner et al., 2005). Pour Young et al. (2016), la pratique optimale correspond à l'ensemble des rôles, fonctions, responsabilités, activités et la capacité de prise de décision pour lesquels un professionnel autorisé détient la formation et les compétences nécessaires à leur réalisation. Le plein potentiel de pratique pour un professionnel implique que celui-ci s'appuie sur les compétences et les réglementations reconnues de sa profession, tout en reconnaissant que certaines fonctions peuvent être partagées avec d'autres professions, individus ou groupes (Young et al., 2016). Selon D'Amour et al. (2012), pour être optimale, la pratique infirmière doit être déployée adéquatement dans l'ensemble de ses six dimensions établies.

### **2.1.2 Étendue de pratique effective (ÉEPI).**

L'étendue de pratique effective ou « enactment of scope » (Besner et al., 2005) est la pratique qui est réalisée, développée, déployée par les infirmières dans les milieux (D'Amour et al., 2012 ; Déry, 2014 ; White et al., 2008). Dans un large rapport international sur le travail des infirmières, mené par Aiken et al. (2001), les infirmières rapportaient qu'une grande partie des tâches réalisées au quotidien n'avait aucun rapport avec leurs compétences professionnelles. En effet, dans cette étude, un à deux tiers des infirmières disaient régulièrement transporter des cabarets de nourriture, effectuer des tâches ménagères, ou transporter des patients dans leur quotidien. Il arrivait malheureusement que ses activités se réalisent aux dépens de certaines autres qui nécessitaient les compétences infirmières, par exemple, l'enseignement et le réconfort des patients (Aiken, 2001). En effet, dans certains milieux, comme celui des soins de longue durée, le contexte organisationnel peut favoriser une surcharge des tâches administratives et cléricales des infirmières, ce qui affecte négativement les soins directs aux patients (McGilton et al., 2016).

### **2.1.3 Écart entre la pratique optimale et la pratique effective.**

Selon les auteurs susmentionnés (Besner et al., 2005 ; D'Amour et al., 2012 ; Déry, 2014 ; White et al., 2008), les études réalisées sur le sujet ont permis de constater un écart important entre l'ÉPI et l'ÉEPI tant au Québec que dans le reste du Canada. Ce problème se pose à l'échelle internationale comme en témoignent les études de Aroke (2014), Birks et al. (2016), Ganz et al. (2016) respectivement réalisées aux États-Unis, en Australie et en Israël. Les auteurs affirment que les infirmières ne déploient pas une pratique à la hauteur de ce qu'elles devraient. À travers l'étude *Measuring Actual Scope of Nursing Practice* de D'Amour et al. (2012), l'outil ASCOP ou le QÉPI a été testé sur des unités de médecine et a mis en évidence cette sous-optimisation de l'EP infirmière dans l'ensemble des six dimensions reconnues à leur pratique. Déry (2014) a observé que sur les unités de soins mère-enfant, une part importante du temps des infirmières était consacrée à des tâches en dessous de leur niveau de formation.

## **2.2 Pratique infirmière en gériatrie**

Au Québec, la proportion d'infirmières qui travaille dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie représente 11% de l'ensemble des infirmières de la province (Marleau, 2018). Contrairement aux observations faites dans les années précédant 2013-2014, les plus récentes données sur la relève infirmière au Québec révèlent une tendance croissante de la main d'œuvre infirmière en gériatrie (Marleau, 2018). Cette observation est exceptionnelle puisque dans de nombreux pays, les organisations mènent une lutte constante pour engager et maintenir le personnel infirmier en gériatrie ce qui entraîne un personnel infirmier généralement peu qualifié dans ce domaine (McGilton et al., 2016).

La clientèle gériatrique au Québec est répartie dans divers milieux. Certains de ces patients vivent chez eux avec des services de maintien à domicile de leur centre local de services communautaires (CLSC), d'autres se retrouvent un peu partout dans les hôpitaux, sur les unités gériatriques de courte et de longue durée mais la majorité d'entre eux vit dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (Contandriopoulos et al., 1999).

Les soins infirmiers sont au cœur même des services offerts en soins de longue durée (OIIQ, 2018). Ceux requis par la clientèle gériatrique deviennent de plus en plus complexes à cause des multipathologies, les maladies chroniques, les troubles cognitifs, les troubles mentaux et comportementaux, la polypharmacologie ainsi que les comorbidités associées, retrouvées très souvent chez les personnes âgées (OIIQ, 2014). Les infirmières ont besoin d'avoir des compétences spécifiques pour accompagner les familles et offrir des soins dignes, de qualité à ces personnes fragiles (McGilton et al. 2016).

Les préoccupations sont nombreuses relativement à la qualité du travail des infirmières dans les soins de longue durée. McGilton et al. (2016) énumèrent une liste de défis liés à leur pratique dans ces milieux parmi lesquels on retrouve : le manque de connaissances des infirmières dans le domaine de la gériatrie, le contexte de travail limitant leur étendue de pratique, la non optimisation de leur étendue de pratique, le manque de leadership et de supervision, le manque de ressources et de modèles de rôle. Ces éléments illustrent le besoin évident d'une meilleure formation des infirmières et un encadrement adéquat vers l'atteinte d'une pratique optimale pour des soins de qualité standard (McGilton et al. 2016).

Selon l'association canadienne des infirmières en gériatrie, les infirmières de ce domaine de soins doivent user de leadership et mettre l'accent sur la promotion, la prévention, le maintien, la réadaptation et le traitement des problèmes de santé afin de répondre aux besoins fonctionnels, aux capacités et aux attentes des personnes âgées et des membres de leur famille (Canadian Gerontological Nursing Association, 2010). Pour sa part, l'OIIQ (2018), rappelle qu'en soins de longue durée, les infirmières doivent entre autres assurer la planification, la coordination des soins ainsi que l'évaluation approfondie des conditions physiques et mentales des patients. Cependant, dans le contexte de l'organisation du travail des infirmières en soins de longue durée, la majeure partie de leur temps est consacrée à des tâches administratives et cléricales ce qui réduit leur disponibilité à superviser et dispenser des soins directs de qualité à la clientèle (McGilton et al. 2016). Pourtant les compétences infirmières dans la dispensation des soins sont essentielles à l'évaluation approfondie de la condition des patients, la réalisation des interventions adaptées et surtout à reconnaître et intervenir de manière appropriée dans la prévention des complications (McGilton et al. 2016).

## **2.3 Facteurs influençant l'étendue de pratique**

Plusieurs facteurs ayant une influence sur le déploiement de la pratique optimale des infirmières sont rapportés dans la littérature. On y retrouve les organisations elles-mêmes, l'environnement de pratique, le contexte de travail (Fealy et al., 2015 ; Shiu et al., 2012), le degré de formation des infirmières, l'expérience professionnelle (Birks et al., 2016 ; Davies et Fox-Young, 2002), les modèles organisationnels infirmiers en présence (Dubois et al., 2013), ainsi que la connaissance et la perception des infirmières de leur propre étendue de pratique (White et al., 2008). Pour Oelke et al. (2008), le déploiement de la pratique optimale dépend de facteurs d'ordre individuel et de politiques institutionnelles. Ces éléments sont aussi énoncés par D'Amour et al. (2012), qui rapportent que le déploiement de l'ÉPI se fait en fonction du contexte organisationnel et des caractéristiques individuelles. Ces éléments sont regroupés dans d'autres écrits comme des facteurs internes et externes pouvant agir sous forme de barrières ou de facilitateurs au déploiement de l'étendue de pratique (Besner et al., 2005 ; Fealy et al., 2015).

### **2.3.1 Facteurs internes.**

Les facteurs internes liés au déploiement de l'EP relèvent de l'ordre individuel ou de caractéristiques personnelles (McConnell, Slevin et McIlfatrick, 2013). Il s'agit, entre autres, du degré de formation, de l'expérience, des compétences et des attitudes des infirmières (Aroke, 2014 ; Birks et al., 2016 ; Davies et Fox-Young, 2002). Dans une étude descriptive corrélationnelle des facteurs associés à l'implantation de la pleine étendue de pratique des infirmières, Ganz et al. (2016) rapportent que les infirmières ayant une formation avancée, étaient plus disposées à avoir une pratique optimale. Dans cette dite étude, la formation avancée correspondait à une année d'études complétée et sanctionnée par une certification en plus de la formation de base (Ganz et al., 2016). Cette observation corrobore celle de D'Amour et al. (2012) qui affirmaient que les infirmières bachelières occupant un rôle dont les attentes étaient clairement définies, avaient une pratique plus optimale que les infirmières de chevet. Cependant, au-delà des facteurs internes mentionnés, Ganz et al. (2016) rapportent que l'autonomie professionnelle et l'auto-efficacité sont significativement associées à l'implantation d'une EP optimale. L'auto-efficacité est définie comme la capacité qu'ont les infirmières à exercer les rôles attendus d'elles à l'intérieur des limites de l'étendue de pratique (Ganz et al., 2016). L'autonomie professionnelle est décrite comme la liberté d'exercice et d'utilisation du jugement professionnel dans la pratique courante (Thompson, 2012).

Elle est essentielle pour les infirmières et constitue un facteur clé dans la satisfaction au travail (Thompson, 2012). En effet, cette notion d'autonomie professionnelle dans la prise de décision semble être déterminant dans le déploiement de la pleine étendue de pratique des infirmières. Dans une étude descriptive de Kilpatrick et al. (2012) sur la manière dont les infirmières praticiennes en soins aigus jouent leur rôle au niveau de leurs équipes, l'autonomie professionnelle dans la prise de décision a été rapportée comme un des facteurs d'influence de leur pratique. Une étude de Fealy et al. (2015) sur les aspects associés à la prise de décision de l'EP des infirmières et des sages-femmes, rapporte que ces professionnelles se réfèrent aux cadres et aux standards de pratique ainsi qu'aux responsables hiérarchiques dans leur prise de décision. Toutefois, les éléments d'influence dans ce processus sont le contexte de pratique et leurs compétences professionnelles. Cette affirmation est d'autant plus vraie pour les infirmières plus expérimentées qui considèrent l'autonomie et le jugement professionnel comme des déterminants majeurs dans la prise de décision au regard de leur EP (Fealy et al., 2015).

### **2.3.2 Facteurs externes.**

Les facteurs externes qui influencent le déploiement de l'EP sont ceux relatifs aux organisations ou au contexte de travail (Shiu, Lee et Chau, 2012). Il s'agit, entre autres, du soutien organisationnel, de la vision des gestionnaires (Fealy et al., 2015 ; Shiu et al., 2012), des politiques institutionnelles (McConnell et al., 2013), du climat de travail (Oelke et al., 2008), du soutien des pairs (Fealy et al., 2015) ainsi que des modèles organisationnels infirmiers en présence (Dubois et al., 2013). Les organismes de réglementation et les politiques des employeurs à travers leurs standards de pratique, peuvent constituer un frein à l'élan des infirmières à développer une EP optimale (Oelke et al., 2008). En effet l'absence d'autorisation claire de la part des institutions ou des supérieurs hiérarchiques sur la réalisation de certaines pratiques crée un flou qui peut empêcher les infirmières d'avoir une EP optimale (Ganz et al., 2016). À cette fin, Fealy et al. (2015) mentionnent que les cadres conceptuels sur l'EP devraient mettre l'accent sur l'autonomie dans la prise de décision et permettre aux professionnels d'user de leurs compétences à agir dans des situations où l'EP n'est pas claire. Cependant, même si l'autonomie de décision est importante, les praticiens ont besoin de connaître leur étendue de pratique dans le cadre de leur fonction comme ressource pour soutenir leur décision (Fealy et al., 2015).

La connaissance des cadres décisionnels est également mise de l'avant par Trentham (2018) qui rappelle aux infirmières de se référer aux modèles de prise de décision de leur organisme de réglementation, face aux questionnements qu'elles ont sur leur EP. La portée de la pratique infirmière étant en constante évolution et de plus en plus complexe, les infirmières doivent comprendre leur responsabilité, à la fois professionnellement et légalement dans cette discipline dynamique (Trentham, 2018).

### **2.3.3 Barrières et facilitateurs de l'EP.**

Les facteurs qui influencent le déploiement de l'EP infirmière peuvent agir soit comme barrières ou facilitateurs. Dans une étude australienne de Young et al. (2015) sur l'expansion de l'étendue de pratique des professionnels de la santé, les participants à l'étude ont énuméré un ensemble de barrières à leur EP dont celles d'ordre culturel, un leadership inadéquat, l'éducation et la formation insuffisantes. Dans cette étude, les barrières culturelles sont identifiées comme celles ayant le plus d'influence sur l'optimisation de l'EP infirmière. En effet, les professionnels ont rapporté que la culture implicite de demander la permission qui relève de la façon de faire ou de la pratique usuelle, constitue un obstacle majeur à l'optimisation de l'EP (Young et al., 2015).

À l'inverse, les participants ont rapporté que l'éducation et la formation adéquates représentaient le véhicule adapté à l'acquisition des compétences et la confiance nécessaires à l'implantation d'une EP optimale (Young et al., 2015). Le coaching, la supervision clinique, les activités d'éducation continue sont identifiés comme des éléments facilitants à l'optimisation de l'EP. En effet, cette affirmation rejoint les écrits de Oelke et al. (2008) qui rapportaient que le rôle d'infirmière éducatrice spécialisée était perçu comme un facilitateur par les infirmières, car il représentait une ressource importante pour combler leurs besoins de connaissance.

Au-delà de ces facteurs, le manque de disponibilité des ressources infirmières, le chevauchement dans les rôles professionnels, le manque de communication sont aussi considérés comme des barrières au déploiement optimal de l'EP (Oelke et al., 2008). Tandis que le travail d'équipe (Oelke et al., 2008), et l'appui envers les changements culturels (Young et al., 2015) sont perçus comme des facilitateurs.



## **2.4 Stratégies pour favoriser une étendue de pratique optimale**

Roy (2015) a recensé différents facteurs à la base d'une pratique sous-optimale dans les milieux et a présenté un ensemble de stratégies permettant de déployer une pratique optimale.

### **2.4.1 Niveau interne.**

La difficulté pour les infirmières de décrire leur EP et l'ambiguïté relative à leur propre rôle engendrent des dissensions dans la perception de l'EP optimale, une négociation individuelle de l'EP et une pratique individuelle différenciée selon cette compréhension (Roy, 2015). En effet, la négociation est une méthode couramment employée par les infirmières en vue de répondre aux besoins essentiels des patients dans les limites de leur étendue de pratique (Schluter, Seaton et Chaboyer, 2011). Comme stratégies, Roy (2015) suggère une clarification du concept de l'EP à travers la création d'espaces de discussion sur le renforcement du rôle infirmier et les responsabilités des membres de l'équipe de soins.

### **2.4.2 Niveau externe.**

Les barrières administratives sont perçues par les infirmières comme les plus déterminantes dans l'implantation d'une pratique optimale (Ganz et al., 2016). Pour dépasser cette barrière, d'une part, Roy (2015) suggère de favoriser une gouvernance qui implique activement les infirmières et d'adopter des modèles d'organisation de soins qui fournissent l'opportunité d'articuler la spécificité du rôle infirmier. Le modèle d'organisation des soins est pertinent à considérer puisqu'il s'agit du cadre conceptuel qui permet aux infirmières d'une organisation de représenter et de communiquer leur pratique (Slatyer, Coventry, Twigg et Davis, 2016). À cette fin, certaines organisations développent des modèles d'organisation de soins innovants, dans lesquels le rehaussement du rôle de l'infirmière constitue une stratégie intelligente d'adaptation à la demande croissante pour des soins de santé de plus en plus coûteux (Joynt et Kimball, 2008). D'autre part, Roy (2015) propose l'instauration de moments consacrés à la réflexion sur les soins et le rôle infirmier dans les milieux cliniques pour permettre l'apprentissage dans l'action. De plus, les milieux cliniques doivent mesurer et documenter les impacts du déploiement optimal de l'étendue de pratique sur les résultats de soins des patients.

La recension des écrits sur l'EP infirmière a mis en relief de nombreux éléments qui constituent des barrières à son déploiement dans les milieux cliniques, même si certaines spécialités en particulier les unités de soins intensifs adultes et pédiatriques paraissent mieux s'en sortir (Ganz et al., 2016). Cependant, des stratégies ont été identifiées en vue d'optimiser l'étendue de pratique infirmière dans ses différents niveaux (Besner et al., 2005 ; Roy, 2015). White et al. (2008) estiment que l'efficacité de l'implantation de ces stratégies dans les milieux doit s'appuyer sur une meilleure connaissance des infirmières et des gestionnaires de l'étendue de pratique dans ses composantes rigide et flexible. Il relève également de la responsabilité des employeurs de soutenir les initiatives favorisant ce déploiement d'une pleine étendue de pratique des infirmières selon le ICN (2009).

C'est dans la perspective de porter un regard sur l'étendue de pratique des infirmières pour la clientèle gériatrique, de déterminer à quel degré s'applique l'écart entre la pratique optimale et la pratique effective rapportée par les écrits au contexte gériatrique, d'identifier des stratégies d'amélioration pour la pratique des infirmières que l'intervention du stage a été réalisée.

## 2.5 Cadre de référence

L'activité principale ciblée dans ce stage porte sur la mobilisation de connaissances des infirmières de l'unité de gériatrie sur la problématique de l'EP infirmière. Le cadre de mise en pratique des connaissances du *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO, 2012) révisé et adapté du *Knowledge-to-Action Framework* de Straus, Tetroe et Graham (2009) est retenu pour guider les activités de mobilisation de connaissances visées. Ce cadre décrit le cycle de synthèse des connaissances scientifiques et le processus par lequel elles sont utilisées pour emmener des changements de pratique. L'intervention ne cherche pas une implantation de nouvelles connaissances. Il s'agit plutôt d'une activité de réflexion à travers laquelle les infirmières porteront un regard critique sur la problématique relative au déploiement non-optimal de l'EP. En utilisant leurs connaissances de l'EP, leur analyse portera précisément sur l'écart entre l'étendue optimale de pratique et leur pratique effective. En tant qu'utilisateur principal des connaissances, l'implication active des infirmières dans ce processus est essentielle pour s'assurer que les informations qu'on veut mobiliser et leur application ultérieure répondent à leurs besoins (Straus, Tetroe et Graham, 2009). D'ailleurs, il s'agit d'un des objectifs des activités de mobilisation des connaissances, lequel consiste à rechercher l'engagement et la participation de l'utilisateur plutôt que la publication et le transfert d'information à sens unique (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2014).

À travers les activités visées, les infirmières vont initier une réflexion sur leur étendue de pratique, analyseront leur pratique effective dans le milieu gériatrique et identifieront des stratégies à déployer pour une optimisation de pratique dans leur contexte de soins.

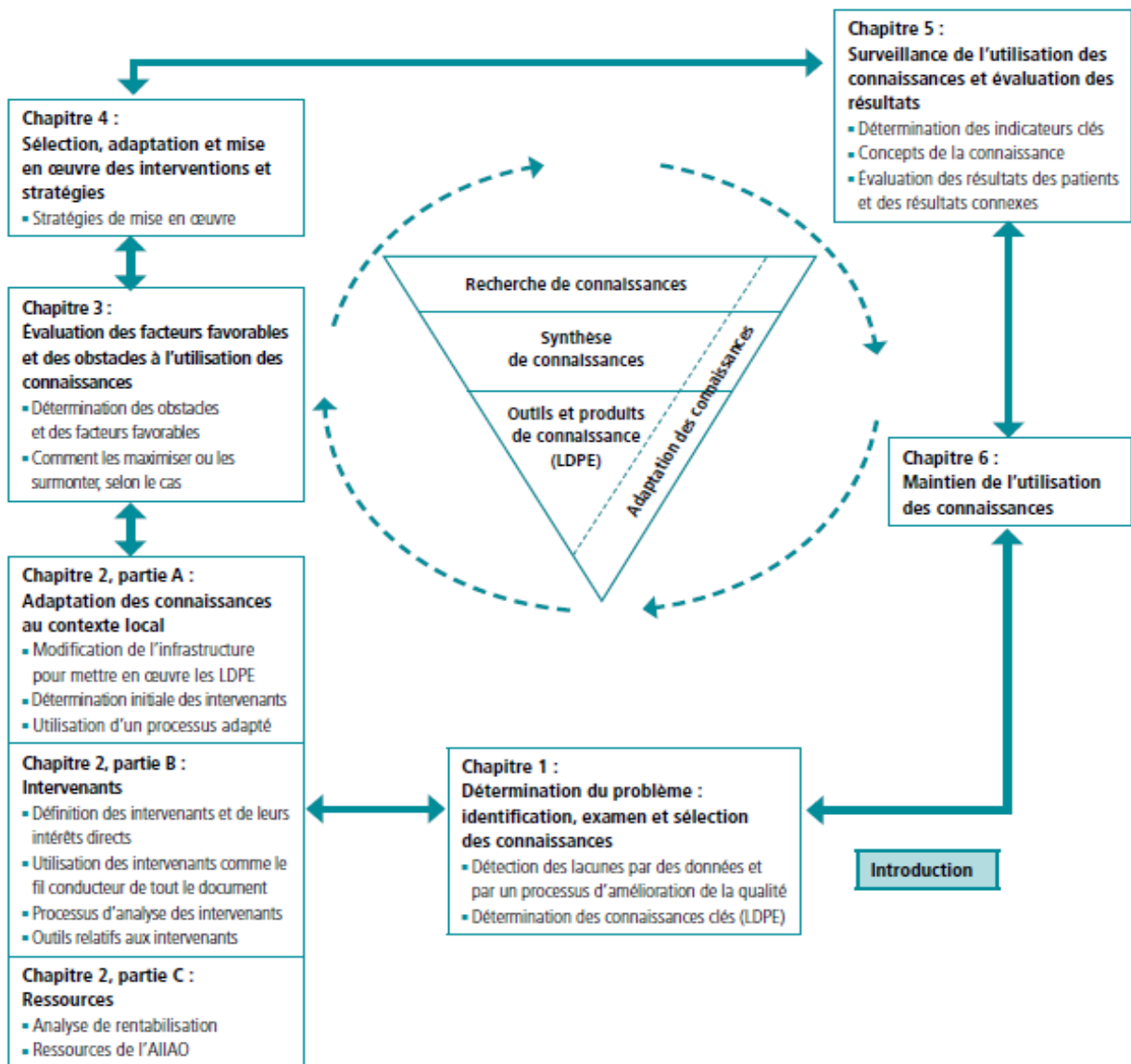


Figure 1- Cadre de mise en pratique des connaissances du *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO, 2012).

### **3. Déroulement du stage**

Cette section décrit la manière dont le projet de stage s'est déroulé dans le milieu. Les principales démarches entreprises ainsi que les différentes interventions effectuées seront également présentées. Structurées à partir du cadre de référence du RNAO (2012), et réalisées de concert avec les principales parties prenantes, soit l'équipe de gestion de l'unité de soins et les infirmières, les activités effectuées ont ciblé la problématique de la non optimisation de la pratique infirmière, rapportée dans les écrits. La planification du stage est illustrée au tableau 1, telle qu'elle a été réalisée. Certains ajustements ont eu lieu tout au long du déroulement du stage afin de prendre en compte les aspects du contexte local.

### **3.1 Étapes préliminaires au stage**

Plusieurs démarches préalables à la réalisation du stage dans le milieu ont été entreprises. D'abord, une correspondance a été engagée avec la coordonnatrice du programme de dotation et de maintien des effectifs infirmiers du centre hospitalier, au cours de laquelle j'ai manifesté mon désir de réaliser un stage de maîtrise au sein de l'institution. Se basant sur les sujets d'intérêts que je lui ai communiqués, elle m'a référé à l'une des directrices associées des soins infirmiers, également responsable du développement professionnel au niveau de l'organisation. Dès la première rencontre de prise de contact, cette directrice, habituée à encadrer les étudiantes à la maîtrise, a généreusement accepté d'être ma personne ressource pour la durée du stage. Préalablement, la problématique de la sous-optimisation de l'étendue de pratique des infirmières a été documentée à travers les écrits et validée avec la directrice du travail de maîtrise. Cette documentation a été présentée à la personne ressource du centre hospitalier où se réalise le stage pour s'assurer que le problème concordait avec leurs préoccupations dans le milieu et qu'une intervention à ce niveau était pertinente. L'intervention de mobilisation de connaissances sur les stratégies d'optimisation de l'étendue de pratique fut très bien accueillie par la personne ressource. Suite à plusieurs rencontres d'échanges, le projet de stage a été co-construit et n'a cessé d'évoluer jusqu'à sa réalisation en tenant compte des projets de la DSI (direction des soins infirmiers), des besoins du milieu et des objectifs académiques du stage.

Tableau 1- Planification du stage

Étapes	Actions	Echéancier
<b>Préalables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Établir le contact avec les parties prenantes</li> <li>✓ Identifier le département de l'intervention</li> <li>✓ Valider avec les parties prenantes les mécanismes de déroulement du stage : types d'activités et périodicité</li> <li>✓ Déterminer les mécanismes de communication : informations sur le babillard, courriels, invitations verbales.</li> <li>✓ Planifier le calendrier des activités à réaliser</li> </ul>	Semaines 1-2-3
<b>Identifier, analyser, sélectionner les connaissances appropriées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revue de littérature sur l'EP infirmière</li> <li>✓ Identification outils d'analyse de l'EP infirmière : ASCOP ou QÉPI</li> <li>✓ SNCT (<i>Safer Nursing Care Tool</i>) outil déjà utilisé dans le milieu mais non en gériatrie.</li> </ul>	Pré-stage
<b>Adapter les connaissances au contexte local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Adapter une grille d'observation au contexte gériatrique</li> <li>✓ Valider la grille avec la personne ressource</li> <li>✓ Tester l'utilisation de la grille</li> </ul>	Semaines 4-5-6-7-8
<b>Détermination des obstacles et des facteurs favorables à l'EP.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revue de littérature sur les facteurs influençant de l'EP infirmière</li> <li>✓ Identification des barrières et éléments facilitants de l'EP infirmière dans la littérature</li> </ul>	Pré- stage
<b>Mise en place de l'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Collecte et analyse des données</li> <li>✓ Réalisation des activités de mobilisation de connaissances</li> <li>✓ Rédaction rapport final</li> </ul>	Semaines 9-10-11-12

### 3.1.1 Description du milieu de stage.

Ce stage a eu lieu sur une unité de gériatrie regroupant 33 patients, en général cliniquement stables. En majorité, ils sont en attente de congé vers leur domicile avec des services de soutien à domicile de leur CLSC. Certains sont dirigés vers des centres de réhabilitation et d'autres vers des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). On peut toutefois retrouver, par moment, quelques patients en fin de vie. Contrairement à l'ensemble des unités du centre hospitalier où prévaut le modèle de soins primaires, les infirmières de cette unité de soins pratique dans le modèle de soins modulaires. Il s'agit d'une unité pilote, à la limite des soins actifs et de soins de longue durée, conçue pour répondre aux besoins de soins complexes de cette clientèle pour laquelle la planification de congé peut représenter un véritable défi. Divers professionnels de la santé, tels que des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes, des nutritionnistes et d'autres intervenants comme des thérapeutes de l'art, des zoothérapeutes ainsi que de nombreux bénévoles dévoués interagissent quotidiennement avec les infirmières afin de prodiguer les meilleurs soins possibles à la clientèle et leur assurer une transition efficace.

Une période de dix (10) semaines, allant de mi-décembre 2017 à fin février 2018 était prévue pour la réalisation du stage dans le milieu. Finalement, douze (12) semaines y ont été consacrées. Cet ajustement a été fait pour deux raisons. D'abord, pour rattraper le temps perdu en raison du ralentissement des activités à la période des fêtes de fin d'année et du nouvel an. Ensuite, certaines étapes s'étaient avérées plus laborieuses qu'anticipées. En particulier, l'adaptation et la mise à l'essai de la grille d'observation de la pratique des infirmières, utilisée dans le cadre de l'intervention.



### **3.2 Planification et déroulement du stage**

Tout d'abord, une rencontre a été réalisée avec la personne ressource du stage et l'équipe de gestion du département, pour établir le contact avec les différentes parties prenantes, leur présenter le projet de stage ainsi que les objectifs qui y sont poursuivis. Cette équipe était constituée de l'infirmière chef, de l'assistante infirmière-chef, de l'infirmière éducatrice spécialisée de l'unité. Lors de cette rencontre, nous avons discuté des activités et des mécanismes de communication les plus appropriés à mettre en place auprès des infirmières pour optimiser la réalisation de l'intervention considérant les limites relatives à leur contexte de travail. Le calendrier des activités à réaliser au cours du stage a été discuté avec la personne ressource ainsi que l'infirmière chef de l'unité.

L'intervention du stage combine deux parties : d'abord, une collecte de données; ensuite, deux activités de mobilisation de connaissances dont un remue-méninge et des échanges individuels avec les infirmières. La collecte de données a eu pour objectif d'analyser comment les différentes dimensions de l'étendue de pratique étaient mobilisées par les infirmières du département. L'analyse des données recueillies a permis d'identifier les dimensions de la pratique qui étaient les plus mobilisées et celles qui l'étaient moins, en comparaison à ce que rapporte la littérature. À partir de ces constats, des activités de mobilisation de connaissances ont été planifiées avec les infirmières.

#### **3.2.1 Déroulement des interventions.**

Le but et les objectifs poursuivis par l'intervention ont été élaborés. Des activités rattachées ont ensuite été définies pour permettre l'atteinte de ces objectifs. Le tableau qui suit résume les différentes activités ainsi que les objectifs auxquels elles correspondent.

Tableau 2 – Objectifs et activités liées

Activités permettant de réaliser les objectifs visés	
Objectifs	Activités
<b>Adapter une grille d'observation spécifique de l'EP des infirmières en gériatrie</b>	Utilisation de 2 outils : <ul style="list-style-type: none"> <li>• QÉPI : Questionnaire d'évaluation de l'étendue de pratique infirmière</li> <li>• <i>Nursing activity dictionary</i> du Safer Nursing Care Tool (SNCT)</li> </ul> Subdivision en : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 8 dimensions (6 du QÉPI+ 2 SNCT)</li> <li>✓ Trente-cinq (35) interventions observables et représentatives de la pratique infirmière sur une unité de gériatrie</li> <li>✓ Périodes d'observation maximale de quatre heures</li> <li>✓ Chaque heure d'observation ventilée en période de 10 minutes</li> <li>✓ Observation en temps réel des activités réalisées par les infirmières (durée et fréquence par activité).</li> </ul>
<b>Mettre à l'essai la grille par l'observation de la pratique infirmière sur l'unité de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Une seule personne observée à la fois</li> <li>✓ Utilisation de minuteur pour le contrôle des intervalles de 10 minutes.</li> <li>✓ Cocher dans leur case correspondante sur la grille, toutes les activités observées</li> <li>✓ Calcul du temps passé par dimension après chaque période d'observation</li> <li>✓ Tableau résumé des 32 heures d'observation pour les 6 infirmières</li> </ul>
<b>Présenter et discuter les résultats des observations obtenus au moyen de la grille avec les infirmières</b>	2 types d'intervention Une activité de groupe d'une heure <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Présentation power point des résultats d'observation (10 minutes)</li> <li>✓ Discussion sur les résultats dans l'ensemble</li> </ul>
<b>Identifier avec les infirmières des stratégies adaptées à leur contexte de soins pour renforcer leur pratique effective</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Remue-méninge sur les stratégies d'amélioration de l'EP en fonction des résultats</li> <li>✓ Rencontres individuelles de 10 - 15 mn</li> <li>✓ Validation sur les stratégies identifiées</li> <li>✓ Rétroactions des infirmières sur l'activité.</li> </ul>

### 3.2.2 Collecte de données.

À fin de recueillir les données sur la pratique infirmière de l'unité, nous avons établi une méthode, un échantillonnage et le mode de déroulement des observations.

#### 3.2.2.1 Méthodes.

Une grille d'observation spécifique au contexte de l'unité de gériatrie a été adaptée à partir de deux instruments. Nous l'avons appelé "*grille adaptée pour l'observation de l'étendue de pratique des infirmières sur un département de gériatrie*". La grille est présentée à l'annexe A.

Cette adaptation a été faite à partir du questionnaire d'évaluation de la pratique infirmière (QÉPI) et du *nursing activity dictionary du Safer Nursing Care Tool* (SNCT). Le QÉPI (questionnaire d'auto-évaluation de l'étendue de pratique des infirmières) regroupe 26 questions déclinées sur une échelle de type Lickert à six points (Jamais, rarement, quelque fois, fréquemment, presque toujours, toujours), six dimensions et trois niveaux de complexité. Basé sur les données probantes, le SNCT est un outil ayant une approche de temps et mouvement (Shelford Group, 2013). Il permet d'identifier la proportion des activités réalisées par les infirmières et aide les gestionnaires à évaluer de manière optimale les ressources infirmières nécessaires pour prodiguer des soins de qualité et sécuritaires aux patients (Mittchell, Cousins, Burrows et Cousins, 2017). Cet outil a déjà fait l'objet d'une grande étude de la DSI sur l'attribution infirmière/patient au niveau de l'hôpital et a été validé sur les unités utilisant le modèle de soins primaires. Le SNCT offre l'avantage de prendre en compte les déterminants d'une pratique infirmière optimale, en particulier, le modèle de soins en présence, l'expérience des infirmières et le soutien organisationnel (Shelford Group, 2013).

Le QÉPI a été testé sur des unités de médecine et demeure jusqu'à maintenant le seul outil validé qui mesure l'étendue de pratique infirmière en milieu hospitalier (D'Amour et al., 2012). La grille adaptée a été découpée en huit dimensions et subdivisée en trente-cinq activités. Ces huit dimensions sont : évaluation et planification des soins, qualité et sécurité des soins aux patients, communication et coordination des soins, enseignement aux patients et leurs familles, intégration et supervision des équipes, mise à jour et utilisation des données probantes dans la pratique, activités cléricales et activités personnelles. Les six premières dimensions sont issues du QÉPI et les deux dernières du *nursing activity dictionary*. Ces dimensions sont subdivisées en 35 interventions observables et représentatives de la pratique infirmière sur une unité de gériatrie.

Sélectionnées à partir de la liste du *nursing activity dictionary*, les interventions correspondaient aux dimensions du QÉPI. On peut citer comme exemple, les activités d'évaluation de la capacité de déglutition des patients, d'élimination, d'évaluation des points de pression, de leur mobilisation. Ce sont toutes des interventions qui respectent la vision de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA).

Les activités cléricales et personnelles ont été rajoutées comme dimensions. Elles ne sont pas décrites à travers les 26 items du QÉPI. Or, les activités cléricales sont rapportées dans les écrits comme une grande partie du travail des infirmières (D'Amour 2012; Déry 2014), et le dictionnaire des activités infirmières en faisait une description détaillée. Les activités personnelles se définissaient par des tâches non productives ou personnelles effectuées sur l'heure du travail. Elles ne constituent pas en soi une dimension de la pratique infirmière. Cependant, comme pour les activités cléricales, nous avons pensé que dans le cadre de ce travail, ces deux catégories d'activités pouvaient fournir des informations pertinentes sur la pratique effective infirmière. De plus, elles pourraient contribuer à compléter le portrait global de leur pratique sur l'unité et offrir l'opportunité d'améliorer l'étendue de pratique en réduisant ces types d'activités.

### **3.2.2.2 Échantillonnage.**

Le projet a été communiqué aux infirmiers-infirmières par l'infirmière-chef de l'unité qui les a encouragés à y collaborer. Six d'entre eux dont quatre sur le quart de jour et deux sur le quart de soir ont volontairement accepté d'y participer. Ils ont eu la garantie que les observations ne constituaient pas une mesure d'évaluation et qu'elles n'interféreraient pas avec leur travail. Après les observations de ces 6 infirmiers et infirmières, une saturation des données a été constatée, ce qui explique que nous n'ayons pas cherché à faire des observations additionnelles.

### **3.2.2.3 Déroulement.**

Nous avons procédé à l'observation d'une seule personne à la fois. Avant chaque observation, les objectifs du projet ont été communiqués de nouveau aux participants. Le contenu de la grille a été également discuté avec les infirmières en vue de clarifier les possibles appréhensions et une copie leur a été remise au besoin.

Les observations s'étaient sur des périodes maximales de quatre heures, (représentées par p1 ou p2 dans le tableau sommaire) ventilées en séquence de 10 minutes. Un minuteur a été utilisé pour le contrôle de ces intervalles excluant les périodes de pause. Toutes les dix minutes, les interventions observées et réalisées par l'infirmière étaient cochées dans leur case correspondante sur la grille. Ces observations permettaient d'établir la proportion par dimension de la pratique effective des infirmières en fonction de la durée et de la fréquence passées par activité. Tenant compte de la nature du travail des infirmières, il arrivait souvent que plusieurs activités aient eu lieu dans le même intervalle de temps. Par exemple, l'infirmière, lors de l'administration de médicaments à un patient, pouvait procéder d'abord à son évaluation physique et mentale puis en profiter pour faire de l'enseignement sur le médicament administré dans un intervalle de 10 minutes. L'administration des médicaments était considérée comme étant l'activité principale, puisqu'elle y mettait davantage de temps et les autres comme étant secondaires. Dans ces cas, seule l'activité secondaire était cochée. Un total de 32 heures d'observations a été réalisé auprès de six infirmières des quarts de jour et de soir.

### **3.2.3 Présentation des résultats.**

À la fin de chaque période d'observation, un fichier électronique était réalisé pour enregistrer les données des observations et compiler le temps passé par dimension. Le fichier précisait la date, le nombre d'heures, le quart de travail pendant lequel les observations ont eu lieu, les dimensions et le nombre de minutes cumulées pour chaque dimension. Un tableau résumant les 32 heures d'observation a été réalisé (Tableau 3). Il indiquait également le temps que les infirmières passaient pour chacune des huit dimensions observées. La proportion représentée pour chaque dimension était calculée en fonction du temps obtenu pour cette dimension par rapport au total d'heures observées. Afin de comparer les résultats des observations des infirmières de jour à ceux de soir, le tableau a été subdivisé en deux suivant le moment des observations (tableau 4).

Tableau 3 - Résumé des 32 heures d'observation pour les 6 infirmières

Temps travaillé (en minutes) par dimension observée jour et soir											
Dimensions de L'EP	4h Jour 1	2h Soir1	4h(p1) Jour2	4h(p2) Jour 2	4h Soir 2	4h(p1) Jour 3	4h(p2) Jour 3	4h(p1) Jour 4	2h(p2) Jour 4	Total d'heures 32 (1920mn)	Représen Tation en %
Évaluation et planification des soins	20	20	10	30	50	70	20	40	20	280 mn 4h 40	14,6%
Dispensation des soins directs aux patients : qualité et sécurité	70	0	20	70	100	110	0	70	30	470 mn 7h50	24,5 %
Communication et coordination des soins	40	20	60	20	40	60	70	20	10	340 mn 5h 40	17,7%
Enseignement aux patients/ familles	0	0	0	0	10	0	0	20	0	30 mn	1,5%
Intégration et la supervision des équipes	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10 mn	1%
Utilisation des données probantes dans la pratique	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10 mn	1%
Activités cléricales	40	30	40	30	10	50	0	30	20	250 mn 4h 10	13%
Activités personnelles	20	0	0	20	0	0	0	0	0	40 mn	2,08%

Tableau 4 - Comparaison des quarts de jour et soir

Temps travaillé (en minutes) par dimension observée Comparaison jour/soir				
Dimensions observées	Total d'heures soir 6 h(360mn)	Total d'heures Jour 26 h(1560mn)	Pourcentage d'heures observées : Soir	Pourcentage d'heures observées : Jour
Évaluation et planification des soins	70	210	19,44%	13,46%
Dispensation des soins directs aux patients : qualité et sécurité	100	370	27,8%	23,7 %
Communication et coordination des soins	60	280	16,7%	17,94%
Enseignement aux patients/ familles	10	20	2,78%	1,28%
Intégration et la supervision des équipes	10	0	2,78%	0%
Utilisation des données probantes dans la pratique	0	10	0%	0,64%
Activités cléricales	40	210	11,1%	13,46 %
Activités personnelles	0	40	0	2,08%

Voici les principaux résultats émergents des observations réalisées et présentées à la (figure 2)

- 1- L'activité quotidienne des infirmières sur l'unité de soins se répartit principalement autour de quatre dimensions : l'évaluation et la planification des soins (14,6%), la dispensation des soins de qualité et sécuritaires aux patients (24,5%), la communication et la coordination des soins (17,7%) et les activités cléricales (13%). Les quatre autres dimensions obtenaient un score nettement inférieur. Il s'agit de : l'enseignement et le support aux patients/familles (1.5%), l'intégration et la supervision des équipes (1%), la mise à jour et l'utilisation des connaissances (1%), les activités personnelles (2%). Cette importante variation dans les scores obtenus correspond à une plus fréquente utilisation des quatre premières dimensions qu'on peut qualifier d'optimale et une moins fréquente utilisation des quatre autres dont on dirait moins optimale. Toutefois, les activités personnelles peuvent porter à confusion, le faible score obtenu est un élément positif. Rappelons qu'elles correspondent aux tâches de nature personnelle, non productives effectuées sur l'heure du travail.
- 2- Pour l'ensemble des dimensions observées, les résultats varient de ceux de l'étude de D'Amour et al. (2012), dans laquelle, les infirmières auto-évaluaient leur pratique au moyen du QÉPI. Toutefois, deux dimensions se rejoignent. Dans les deux travaux, l'évaluation et la coordination des soins représentent l'une des dimensions très fréquemment utilisées par les infirmières tandis que l'utilisation et la mise à jour des données probantes dans la pratique constituent une des dimensions les moins fréquemment utilisées. Lors des observations de cette intervention, les infirmières ne semblaient pas avoir développé le réflexe d'aller chercher les informations pertinentes pour l'amélioration de leur pratique. Pourtant, le problème n'est pas lié à un manque structurel sur l'unité de soins, puisque les guides de pratique cliniques et les protocoles de soins sont accessibles sur l'ensemble des postes d'ordinateurs, tous connectés à internet. De plus, d'autres éléments facilitants sur l'unité de soins peuvent favoriser une meilleure utilisation des données probantes. Chaque infirmière dispose d'un ordinateur portable intégrant un logiciel adapté pour l'administration des médicaments. Ce logiciel loge des liens qui offrent des informations riches et variées pouvant autant servir à la mise à jour des connaissances de l'infirmière qu'à l'enseignement auprès des patients et familles.

- 3- Contrairement à l'étude de D'Amour et al. (2012), la dispensation des soins de qualité et sécuritaires aux patients (24,5%) constitue la dimension qui mobilisait le plus de temps des infirmières sur l'unité de gériatrie. Une partie importante du quart de travail est consacrée aux procédures de soins, à la collecte de spécimens, aux changements de pansements, aux soins de cathéters variables. Certaines infirmières usaient de leur leadership pour donner des directives et déléguer des tâches spécifiques aux membres de leur équipe tout en assurant le suivi nécessaire.
- 4- Dans ce travail, les activités de communication et de coordination des soins (18%) incluent de nombreuses tâches associées aux activités cléricales. Ces dernières obtenaient un score de (13%). Cependant, une importante proportion des tâches cléricales réalisée par les infirmières, aurait pu être déléguée à l'agent administratif. Le contexte de l'unité de soins ne le permettait pas toujours, puisque qu'un nombre d'heures restreint était alloué à cette ressource. D'ailleurs, nous avons observé une augmentation des activités cléricales surtout en l'absence de l'agent administratif. Parmi les activités de communication et de coordination des soins, on retrouve principalement les tâches relatives à la planification des congés ainsi que les admissions subséquentes. Cette dimension du travail des infirmières est fondamentale sur cette unité de soins. D'ailleurs, la revue systématique de Parker et al. (2002), estiment que les activités de communication et de coordination des soins sont essentielles dans la planification des patients en général, mais particulièrement des patients gériatriques et leurs familles, pour lesquelles cette transition est très anxiogène. Les observations ont permis de réaliser que la planification de congé pour la clientèle gériatrique est un processus complexe qui regroupe l'intervention de nombreux professionnels entre lesquels l'infirmière doit naviguer. On peut déduire que les infirmières ont développé un leadership fort dans cette dimension et ont bien compris l'importance du rôle clé qu'elles ont à jouer pour optimiser cette transition importante comme le précisent Jeffs et al. (2017).
- 5- L'enseignement aux patients/familles (1.5%) constitue une des dimensions les plus faiblement utilisées. Les infirmières observées allouaient très peu d'occasions d'enseignement aux patients/familles, relativement aux auto-soins, aux plans de traitement ou à la médication. Or, cette dimension est fondamentale dans l'exercice infirmier et se révèle être essentielle pour les patients en transition vers la maison ou en réhabilitation. Selon une revue Cochrane de Gonçalves, Lannin, Clemson, Cameron et Shepperd (2016), les interventions d'enseignement sont les plus significatives de toutes les interventions de



planification de congé, car elles diminuent le risque de réadmissions de 33%, améliorent l'adhésion aux médicaments et diminuent les coûts sur le système de santé.

- 6- L'intégration et la supervision des équipes (1%) représentaient une autre dimension très peu mobilisée. Même si aucun professionnel n'était en formation ou en orientation sur l'unité pour la période d'observations, dans le modèle de soins modulaires en place sur l'unité de gériatrie, les infirmières doivent constamment s'assurer de la qualité des soins dispensés par les membres de leur équipe en leur fournissant le soutien et la supervision adéquats (Bryant, 2015).
- 7- La pratique des infirmières de jour diffère de celle des infirmières de soir pour l'ensemble des catégories observées (figure 3). Celles de soir ont obtenu un plus grand score au niveau de l'évaluation et la planification des soins, la dispensation des soins de qualité et sécuritaires aux patients, l'enseignement et le soutien aux patients et leurs familles, l'intégration et la supervision des équipes. Celles de jour ont obtenu un score plus important au niveau de la communication et la coordination des soins ainsi que les activités cléricales.

Il est vrai que le temps d'observation n'est pas égal dans les deux groupes, nos observations ont permis de penser que cet écart pouvait s'expliquer par une plus importante mobilisation du temps des infirmières pour les interactions avec les intervenants et professionnels de soins, essentiellement présents sur le quart de jour. De plus, la majorité des tâches relatives à la planification des congés, ainsi que les admissions subséquentes se font également le jour. D'autre part, une variation a été observée dans cette dimension suivant qu'il y avait un agent d'unité ou non sur le département.

Pour les infirmières de soir, la variation peut être due au plus grand nombre de patients qui leur est attribué, ce qui entraîne une augmentation de la fréquence et du nombre d'interactions avec les patients. De plus, l'infirmière de soir travaille en équipe avec une seule infirmière auxiliaire, ce qui impliquait un plus grand sentiment de responsabilité. En effet, il a été observé que l'infirmière de soir s'informait directement de l'état des patients auprès de son infirmière- auxiliaire et allait compléter l'évaluation du patient au besoin. Relativement à la dimension de l'enseignement, les membres de famille y étaient souvent plus présents, ce qui a stimulé les infirmières à faire de l'enseignement et aussi créé des occasions pour les familles d'y participer.

Ce graphique (figure 2) illustre les scores moyens obtenus par l'ensemble des infirmières pour chacune des dimensions observées.

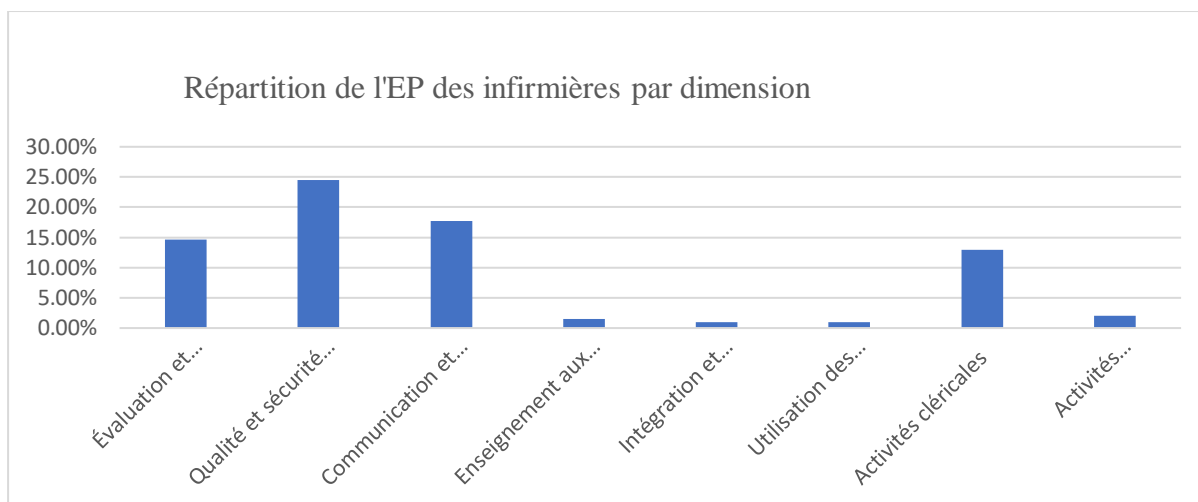


Figure 2 – Répartition de l'EP des infirmières par dimension

Ce graphique (figure 3) compare les scores obtenus par les infirmières de jour à celles de soir. La couleur bleue est attribuée aux infirmières de jour et la couleur orange à celles de soir.

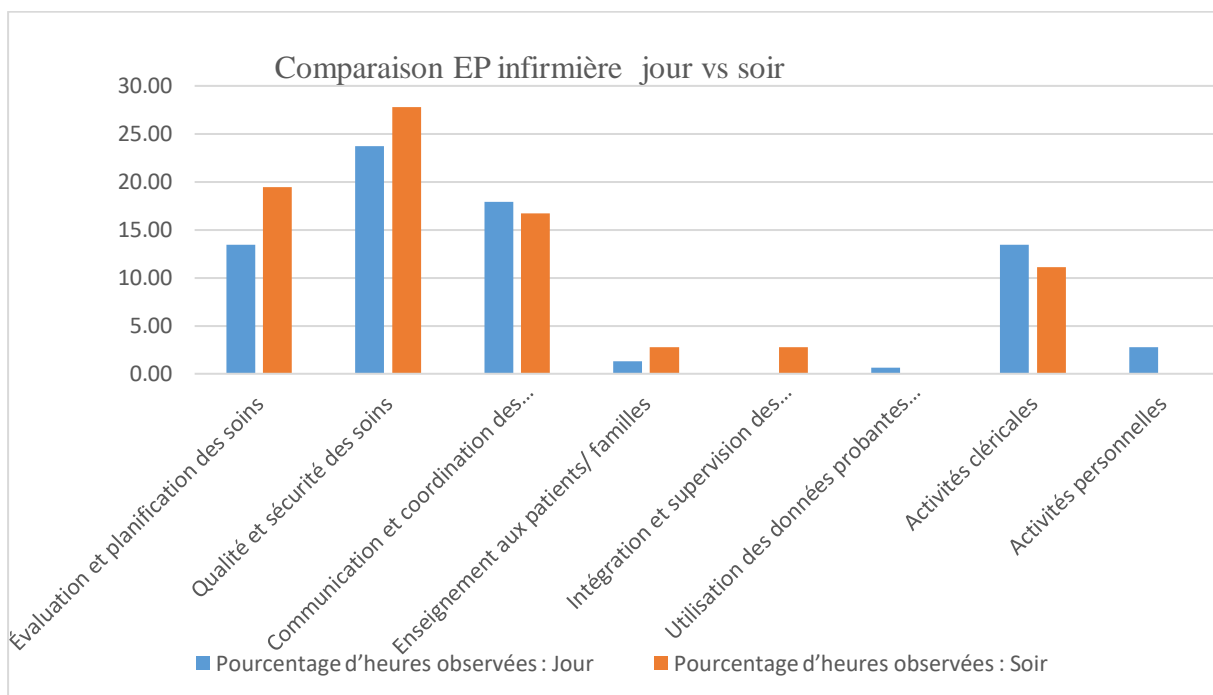


Figure 3 - Comparaison de l'EP des infirmières jour/soir

### **3.2.4 Considérations d'ordre éthique.**

Le projet n'a pas fait l'objet d'une approbation par le comité d'éthique de l'établissement. Toutefois, tous ceux et toutes celles qui ont pris part au projet l'ont fait sur une base volontaire et ils ont eu la possibilité de se retirer à tout moment mais aucun d'entre eux ne l'a fait.

### **3.2.5 Interventions suite aux résultats d'observations.**

Une fois les résultats obtenus, l'analyse des données recueillies a permis de planifier deux activités de mobilisation de connaissances avec les infirmières. Une activité de groupe d'une durée de 60 minutes a été réalisée. À cette activité, ont pris part cinq infirmiers et infirmières de l'unité de soins, l'infirmière chef, l'assistante infirmière chef, l'infirmière éducatrice spécialisée, une infirmière de la clinique de gériatrie, un groupe de cinq étudiantes en stage et leur professeur. Le choix de réaliser une activité en petit groupe sous forme de remue-méninge a été retenu puisqu'il offre l'avantage de favoriser un niveau élevé d'interactions entre les participants, ce qui est plus propice à la mobilisation de connaissances (Zarinpoush, Sychowski et Sperling, 2007). De plus, il correspond mieux à la structure de l'unité qui a un faible nombre d'infirmières par quart de travail. Au moyen d'une présentation power point de dix minutes, la mise en contexte du stage a été rappelée et les résultats des observations ont été présentés aux participants. Les données recueillies ont suscité une réflexion par les infirmières sur l'écart existant entre leur pratique effective et la pratique optimale. Cet exercice a favorisé une discussion des facteurs explicatifs de cet écart, l'identification des éléments favorisant ou limitant la pratique optimale et l'émergence de propositions sur les moyens à mettre de l'avant pour améliorer leur étendue de pratique sur l'unité de gériatrie.

Cette activité rejoint les stratégies de Roy (2015) qui suggère une clarification du concept de l'EP à travers la création d'espaces de discussion sur le renforcement du rôle infirmier et les responsabilités des membres de l'équipe de soins. Il s'agit d'une stratégie qui permet de surmonter les barrières individuelles au déploiement de l'EP.

Parmi les résultats présentés, la dimension de l'enseignement était celle qui interpelle davantage les infirmières. Elles se questionnaient particulièrement sur le faible score obtenu pour cette dimension qu'elles considéraient fondamentales dans leur pratique. De ce fait, les discussions sur les moyens à mettre en œuvre pour le déploiement d'une EP optimale ont été circonscrites autour de cette dimension. Les infirmières expliquaient ce faible score obtenu par l'altération cognitive d'une grande partie des patients de l'unité. Toutefois, vu cette particularité de la clientèle, elles ont fait les suggestions suivantes :

- Cibler la présence des membres de la famille et favoriser leur implication active dans l'enseignement.
- Utiliser les moments clés, tels que les admissions et congés comme des occasions propices pour faire de l'enseignement et aussi valider les attentes et appréhensions des patients et des membres de la famille.
- Consigner au plan de soins les interventions réalisées, les documenter adéquatement pour assurer la continuité des soins.
- Allouer du temps de rencontre avec les membres de la famille ou inclure les infirmières au besoin lors des réunions familiales et de planification de congé des patients.
- Organiser des sessions ponctuelles d'information et d'enseignement aux familles, en s'inspirant des pratiques qui se font en chirurgie ou d'autres spécialités. Ceci serait utile comme stratégie de soutien pour calmer l'anxiété des membres de familles sur les nouveaux diagnostics de démence et les questionnements auxquels ils font face.

Par la suite, des rencontres individuelles de 10 à 15 minutes ont été réalisées avec tous les infirmiers et infirmières ayant participé à l'activité de groupe. Ces discussions ont permis de valider les propositions faites lors du remue-méninge, d'approfondir les échanges lors de l'activité de groupe et d'identifier des suggestions supplémentaires pour agir sur la problématique.

#### **4. Discussion**

À la lumière des écrits évoqués dans la revue de littérature et des résultats des observations, il apparaît que la pratique des infirmières sur le département demeure non optimale pour plusieurs dimensions.

Contrairement aux travaux de D'Amour et al. (2012) et White et al., (2008) dans lesquels les infirmières autoévaluaient leur étendue de pratique, cette intervention a permis d'établir, au moyen d'observations directes, le portrait réel de l'activité des infirmières sur le département de gériatrie. Les résultats ont démontré que malgré une pratique très diversifiée des infirmières sur cette unité de soins, conformément à la littérature, l'écart entre la pratique optimale et la pratique effective est bien réelle. Cependant, les observations ont permis de réaliser que ces professionnelles avaient beaucoup de facilité à réaliser la majorité des dimensions de leur pratique, en particulier celles de la coordination et la planification des soins. Par ces observations, on déduit que globalement, les infirmières ont une assez bonne connaissance de leur EP, même si elle paraît peu optimale pour certaines dimensions. Le constat sur la diversification de la pratique infirmière est très important, car il rappelle que les infirmières sont effectivement le pivot du bon fonctionnement de l'unité de soins. La cohésion du département est le reflet de leurs interactions avec l'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire, ainsi que de leur habileté à remplir des tâches et fonctions diverses.

Tel que mentionné dans la littérature, le déploiement de l'ÉÉPI est influencé par des facteurs internes soit les caractéristiques individuelles ou personnelles (Birks et al., 2016 ; Davies et Fox-Young, 2002 ; McConnell et al., 2013) et des facteurs externes soit le support organisationnel et les modèles d'organisation en présence (Fealy et al., 2015 ; Joynt et Kimball, 2008). En effet, l'implication de ces deux facteurs était perceptible dans la plupart des dimensions observées autant pour les dimensions fortes que les faibles.

Se référant aux facteurs internes, dans l'ensemble des dimensions observées, les infirmières avaient des approches et des méthodes différentes. Aucune information n'ayant été collectée sur le degré de formation ou d'expérience des infirmières observées (Birks et al., 2016 ; Davies et Fox-Young, 2002), il n'a donc pas été possible d'établir des liens éventuels entre ces variables. Cependant, cette différence d'approche peut être associée à l'autonomie de décision comme ressource pour soutenir leurs interventions tel que rapporté par Fealy et al. (2015).

Par exemple, relativement à la dimension de l'évaluation, alors que certaines infirmières portaient une attention soutenue aux conditions physiques et mentales des patients, en utilisant au besoin des outils spécifiques d'évaluation et en mettant à jour le plan de soins du patient en conséquence, d'autres infirmières faisaient une évaluation assez superficielle pour la même clientèle. De plus, certaines infirmières se référaient parfois aux résultats de laboratoire, établissaient des liens dans l'évaluation des conditions du patient et étaient proactives à faire les suivis adéquats avec les médecins ou d'autres professionnels concernés par le problème. Dans des situations similaires, d'autres infirmières s'en remettaient totalement aux directives des médecins.

La notion d'autonomie dans la prise de décisions des infirmières au regard de leur pratique est très importante. Rappelons qu'elle correspond à la liberté d'exercice et d'utilisation du jugement professionnel dans la pratique courante (Thompson, 2012). Cette définition réfère à la fois au professionnel et au contexte de pratique. Shields et Wilkins (2006), dans une enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier, rapportaient qu'une proportion élevée des infirmières du milieu hospitalier disait avoir peu de contrôle sur leur pratique. En effet, selon la même enquête, 28% des infirmières travaillant dans ce milieu estimaient ne pas avoir d'autonomie suffisante dans leur travail. Cette constatation rejoint les résultats de l'étude de Ganz et al. (2016) dans laquelle, les infirmières avaient une attitude positive et désiraient avoir une étendue de pratique optimale mais elles étaient restreintes par des barrières administratives ou n'avaient pas la permission nécessaire de leurs institutions pour le réaliser. Toutefois, la notion de permission est à considérer avec une certaine prudence. Elle relève davantage d'une perception de certaines infirmières et bien souvent, elle est liée à une pratique culturelle (Young et al., 2015). Dans le contexte de l'unité de gériatrie, certaines infirmières observées étaient proactives à consulter les professionnels de l'équipe multidisciplinaire, tels que les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les pharmaciens ou les stomothérapeutes sans nécessairement attendre une prescription médicale alors que d'autres préféraient d'abord consulter les médecins et s'assurer de leur permission avant de consulter ces mêmes professionnels.

Les dimensions dans lesquelles les infirmières obtenaient un faible score (enseignement aux patients/ familles, intégration et supervision des équipes, utilisation des données probantes dans la pratique) sont des dimensions sur lesquelles elles disposaient de toute la latitude nécessaire pour agir. Il s'agit de dimensions fondamentales de l'exercice infirmier. On peut penser qu'en plus de n'avoir pas démontré une autonomie suffisante, elles ont manqué d'auto-efficacité à accomplir les rôles attendus d'elles, comme le rapportent Ganz et al. (2016).

Parmi les facteurs externes déterminants dans le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière se trouvent le soutien organisationnel (Fealy et al., 2015) et les modèles d'organisation qui rehaussent le rôle infirmier (Joynt et Kimball, 2008). Il est difficile de savoir si le modèle de soins privilégié sur l'unité de gériatrie a généré des lacunes dans certaines dimensions de l'étendue de pratique au profit d'autres ou plutôt l'émergence de nouvelles compétences par les infirmières. Le modèle de soins modulaires en présence sur l'unité de soins combine la dispensation de soins individualisés et continus par une équipe soignante constituée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires (Kérouac et al., 2003). Il vise à favoriser le développement du leadership infirmier au sein de leur équipe de soins (Alderson, Morin, Rhéaume, Saint-Jean et Ouellet 2005). Cependant, une franche collaboration a été observée entre les infirmières et les membres de leur équipe. Elles leur donnaient des directives claires à certaines occasions et faisaient le suivi lorsque c'était nécessaire. Relativement aux modèles d'organisation des soins, comme stratégie d'optimisation de l'EP, Roy (2015) suggère que les modèles adoptés puissent offrir l'opportunité d'articuler la spécificité du rôle infirmier ainsi que l'implication active des infirmières dans la gouvernance. En effet, les dimensions dans lesquelles les infirmières ont atteint un score plus important (communication et coordination des soins, dispensation des soins de qualité et sécuritaires aux patients, l'évaluation et la planification des soins) sont celles dans lesquelles, elles ont démontré un leadership inclusif en déléguant des tâches aux membres de leur équipe.

Les infirmières n'ont rapporté ni le soutien organisationnel, ni la vision des gestionnaires comme barrières à l'optimisation de leur EP sur le département. Elles ont mentionné plutôt l'influence de leurs pairs et une priorisation des tâches en fonction de leur charge de travail ou de leurs responsabilités, résultant aux dimensions non optimales observées.



En effet sur le département de gériatrie, des séances d'informations mettant l'accent sur le rôle de l'infirmière au sein de l'équipe dans le modèle de soins modulaires sont organisées par les gestionnaires. Ces informations sont renforcées par des communications écrites, visibles et disponibles sur l'unité de soins. Ces initiatives témoignent du soutien des gestionnaires au renforcement de l'EP des infirmières. Toutefois, un changement efficace vers l'optimisation de l'EP dépend de plusieurs facteurs dont un leadership fort des administrateurs des services de santé, des leaders cliniques et des infirmières elles-mêmes (Young et al., 2015). Chaque professionnel a un rôle à jouer pour faire avancer des modèles de soins optimaux afin de favoriser la pleine utilisation de leur pratique (Young et al., 2015).

En se basant sur les résultats des observations et le contexte de l'unité de gériatrie on peut se questionner sur les raisons explicatives de l'écart entre l'EP optimale et l'EP effective des infirmières de l'unité de soins. Le soutien des gestionnaires n'a pas été rapporté comme barrière au déploiement de leur optimisation de pratique. Des initiatives qui soutiennent la formation continue et le développement des compétences infirmières sont favorisées par les gestionnaires, on peut citer l'accompagnement par l'infirmière éducatrice spécialisée, les journées de formation ou les séances ponctuelles offertes sur le département. Les infirmières ont plutôt évoqué les barrières relatives à l'influence des pairs, la particularité de leur clientèle et aussi la charge de travail à la base de la discrimination de certaines fonctions au profit d'autres.

On se questionne dès lors sur la possibilité que certaines infirmières pourraient se créer des barrières individuelles ou se mettre des limites psychologiques à optimiser leur EP par peur de l'imputabilité relative à leurs actions. On se demande également comment accompagner ces infirmières à développer une étendue de pratique optimale. Il serait pertinent d'approfondir ces questionnements à travers des projets futurs.

## **4.1 Retombées de l'intervention**

Cette intervention a eu diverses retombées pour la pratique clinique, au niveau de l'organisation des soins et de la recherche.

### **4.1.1 Pratique Clinique.**

Les infirmières ont verbalisé la satisfaction d'avoir pris part activement à ce projet. Elles ont rapporté avoir eu une meilleure compréhension de leur étendue de pratique ce qui a amené à une réflexion productive sur leur pratique effective. Les résultats des observations ont suscité une motivation à améliorer leur pratique, en particulier les dimensions non optimales. De plus, elles ont été très proactives à faire émerger des stratégies pertinentes à leur contexte de soins, lors des activités de mobilisation de connaissances réalisées. Un plan d'action dont la mise en place d'un comité d'infirmières a été formé pour déterminer les besoins d'enseignement et le soutien aux patients/familles sur le département ainsi que les outils appropriés à utiliser pour optimiser l'ensemble des dimensions de la pratique infirmière.

### **4.1.2 Organisation des soins.**

La réalisation du portrait effectif de l'étendue de pratique infirmière sur le département a permis aux gestionnaires de chercher à comprendre les raisons de la non optimisation de certaines dimensions et d'identifier les besoins d'encadrement de l'équipe. Ceci a motivé l'embauche de personnel de soutien administratif sur une base régulière dans le but de diminuer le fardeau des tâches cléricales effectuées par les infirmières, discutées lors des activités. Un mandat de suivi a été attribué à l'infirmière clinicienne spécialisée pour travailler avec les infirmières sur les dimensions les moins optimales de leur pratique.

### **4.1.3 Recherche.**

L'étendue de pratique infirmière en gériatrie a été peu explorée à ce jour. L'exploitation de ces deux instruments connus soit le QÉPI et le SNCT pour l'adaptation de la grille d'observation des infirmières en gériatrie peut être considérée comme une contribution dans ce domaine. Elle a permis de dresser le portrait effectif de l'étendue de pratique des infirmières sur une unité spécifique. Quoiqu'étant un projet pilote, la grille peut éventuellement être réutilisée dans d'autres projets, en particulier celui d'évaluer les interventions initiées dans ce stage.

## **4.2 Forces et limites de l'intervention**

Ce projet constitue une tentative novatrice d'exploration de l'EP infirmière dans le domaine de la gériatrie. Elle a mis en évidence les dimensions de la pratique qui sont les plus mobilisées et celles dans lesquelles les infirmières ont besoin de plus d'accompagnement. Cette expérience démontre la possibilité d'adapter les outils utilisés dans différents milieux.

Plusieurs limites peuvent être considérées dans le cadre de cette intervention. Tout d'abord, il s'agit d'une intervention de stage de maîtrise réalisée sur une seule unité de soins, avec un nombre restreint d'infirmières et d'heures d'observations. Certains éléments, tels que le degré d'expérience et de formation des participants n'ont pas été pris en compte lors des observations. Le projet de stage ne visait pas à identifier les déterminants individuels au déploiement de l'étendue de pratique sur l'unité de soins. Cependant, les variations de pratique observées entre les infirmières nous portent à croire que ces différences pourraient être dues à ces éléments comme le suggèrent les écrits de Birks et al. (2016) ainsi que Davies et Fox-Young (2002). Ces informations auraient pu apporter une compréhension plus nette de la pratique observée sur le département. Ces aspects mériteraient d'être approfondies par d'autres interventions.

Ensuite, les résultats doivent être considérés avec une certaine prudence car le fait d'être observée pourrait avoir induit des biais de comportements, encore appelé effet Hawthorne (Haas et Larson, 2007). En étant observé, les infirmières pourraient avoir démontré une pratique différente de leur quotidien.

D'autres travaux sont nécessaires pour s'assurer de la possibilité d'utilisation de l'outil dans d'autres types d'unités ayant le même modèle de soins ou un modèle différent.

## **4.3 Atteinte des objectifs du stage et des objectifs d'apprentissage**

Dans l'ensemble, les objectifs d'apprentissage fixés dans le cadre de ce stage ont été atteints. Les objectifs (1) et (2) peuvent être considérés comme des prérequis à ce stage. C'est ce qui explique qu'ils aient été atteints dès la mi-évaluation. Les trois autres (objectifs 3, 4, 5) ont requis que je m'y applique tout au long du déroulement et jusqu'à la fin du stage. Chaque étape, incluant les préparatoires, constituait une occasion d'apprentissage et de mise en pratique des connaissances acquises tout au long de la maîtrise.

En effet la recherche et l'analyse des écrits pour étayer la problématique de l'EP infirmière, la compréhension du milieu gériatrique, la présentation et la validation des étapes du projet auprès des différentes personnes impliquées, la préparation et la réalisation de l'intervention dans le milieu ont été une démonstration des connaissances acquises dans ce parcours académique. Chacune de ces réalisations représentait un jalon dans le développement de mes aptitudes communicationnelles et de transfert de connaissances.

Comme infirmière clinicienne, mes compétences de collaboration intra et interprofessionnelles sont constamment sollicitées dans le cadre de mes fonctions. Toutefois, ce stage a offert l'opportunité de collaborer avec de nouveaux professionnels, en particulier les travailleurs sociaux dont la pratique auprès de la clientèle gériatrique va au-delà de ce qu'on voit dans les milieux cliniques plus médicalement actifs dont j'ai l'habitude. Ce fut une occasion de comprendre de nombreux enjeux sociaux, tels que l'isolement, la précarité financière, auxquels sont confrontées les personnes âgées.

Me familiariser avec les principales fonctions de la direction des soins infirmiers (DSI) au sein d'un établissement hospitalier universitaire, fut un des objectifs personnels principaux dans ce stage. Au quotidien, comme infirmière clinicienne de chevet, nos interactions avec la DSI se font par l'intermédiaire de l'infirmière-chef, ce qui limite notre compréhension de la portée de la haute direction au sein de l'établissement. Ce stage a été l'occasion de combler cette lacune. À cet effet, j'ai pu observer ma personne ressource dans le quotidien de son travail, participer à des rencontres de gestion de crise et d'élaboration de politiques spécifiques sur les unités de soins (par exemple, la gestion des personnes à risque élevé de fugue).

Je l'ai accompagnée à des réunions d'implantation de programmes avec les chefs de département, assisté à une rencontre (virtuelle) ministérielle régionale sur les indicateurs sensibles aux soins infirmiers. Je l'ai observé diriger des équipes de travail sur la mise en œuvre de divers projets (la prévention et le contrôle des infections, la convivialité des plateformes de navigation des services hospitaliers) et aussi guidé des projets d'étudiantes de maîtrise d'une autre université. Au final, être guidée dans le stage par une directrice des soins infirmiers, a été une occasion exceptionnelle de comprendre la pluralité des fonctions de la DSI, les standards d'excellence que vise la haute direction pour la qualité des soins ainsi que les efforts mis en œuvre pour les atteindre.

#### 4.4 Recommandations

À travers les activités de mobilisations de connaissances, les infirmières ont exprimé une meilleure compréhension de la notion de l'étendue de pratique. Or, la méconnaissance de ce concept est un des éléments problématiques rapportés par les écrits. À cet effet, il serait bénéfique de mettre en place des initiatives de réflexions qui favorisent l'approfondissement de cette compréhension rapportée. Cette idée rejoint la stratégie de Roy (2015) qui a suggéré la clarification conjointe de l'EP entre les infirmières et leurs gestionnaires. Ceci pourrait relever une des barrières administratives mentionnées dans les écrits.

Les infirmières, à la lumière des résultats obtenus, disaient être motivées à travailler les dimensions peu optimales. Pour maintenir cette motivation, nous recommanderions la création d'espaces où les infirmières peuvent continuer à réfléchir et proposer des solutions pour améliorer leur EP.

Ce type de forum permettra :

- d'offrir le soutien nécessaire à la mise en place des initiatives proposées
- de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de ces initiatives pour en tirer les leçons appropriées aux fins d'amélioration
- de favoriser des réflexions sur l'ensemble des autres dimensions de l'EP
- d'agir sur les aspects organisationnels qui pourraient constituer une limite à une EP optimale sur le département.

En mettant en place ces structures, on s'assurera de développer et surtout de maintenir une pratique optimale des infirmières.

## **5. Conclusion**

Ce travail sur l'étendue de pratique des infirmières d'une unité de gériatrie a permis de dresser le portrait effectif de la pratique des infirmières dans ce contexte de soins particulier. Les résultats des observations effectuées ont établi que ces infirmières avaient une pratique diversifiée mais le déploiement de leur plein potentiel de pratique demeure problématique pour des dimensions fondamentales en particulier l'enseignement aux patients/familles, l'utilisation et la mise à jour des données probantes ainsi que l'intégration et la supervision des équipes.

Selon la littérature, des facteurs individuels dont le degré de formation, l'expérience et les compétences professionnelles (Birks et al., 2016; Davies et Fox-Young, 2002) ainsi que des facteurs organisationnels comme le support organisationnel (Fealy et al., 2015; Shui et al., 2012), les politiques institutionnelles (McConnell et al., 2013) et les modèles organisationnels infirmiers en présence (Dubois et al., 2013) constituent des déterminants majeurs au déploiement du plein potentiel de pratique des infirmières. Dans le cadre de cette intervention, sans nécessairement établir de liens directs entre les facteurs individuels et les résultats obtenus, une pratique variée dans l'ensemble des dimensions, d'une infirmière à une autre, a été observée. Le support organisationnel et le modèle de soins dans lequel évoluent les infirmières semblent avoir été des éléments facilitants au déploiement de l'EP infirmière sur l'unité de soins tandis que l'influence des pairs, la particularité de la clientèle, la charge de travail ont été identifiés comme des barrières au déploiement d'une pratique optimale.

Les résultats obtenus dans le cadre de cette intervention ont interpellé autant les infirmières que les gestionnaires. Les infirmières ont été sensibilisées sur les écarts entre la pratique optimale et la pratique effective, ce qui a donné lieu à l'émergence de recommandations de changement pour leur propre pratique. Appuyé par leur gestionnaire, un plan de suivi a été mis en place pour assurer la continuité et l'application des recommandations faites sur l'optimisation de la pratique infirmière sur l'unité de soins.

## Références

- Alderson, M., Morin, E., Rhéaume, J., Saint-Jean, M. et Ouellet, F. (2005). La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée : une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 345-358.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. et Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), 43-53.
- Anderson, G. (2010). *Chronic care: Making the case for ongoing care*. Repéré à [www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968](http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968).
- Aroke, E. N. (2014). Full nursing potential: a concept clarification. In *Nursing forum*, 49 (4), 278-287.
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., ... et Watson, L. (2005). *A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation. Repéré à [https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner\\_final.pdf](https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner_final.pdf)
- Bickford, C. J. (2018). A contemporary look at gerontological nursing. *American nurse today* 13(6), 48.
- Birks, M., Davis, J., Smithson, J. et Cant, R. (2016). Registered nurse scope of practice in Australia: an integrative review of the literature. *Contemporary nurse*, 52(5), 522-543.
- Bryant, E. (2015). Delegation in practice. *Practice nurse*, 45(8), 22-25.
- Canadian gerontological nursing association (2010). *Gerontological nursing competencies and standards of practice 2010*. Vancouver : Repéré à [https://www.cгна.net/uploads/CGNAStandardsOfPractice\\_English.pdf](https://www.cгна.net/uploads/CGNAStandardsOfPractice_English.pdf)
- Canadian medical association (2003). *Canadian nurses association and canadian pharmacist's association*. Repéré à: [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps66\\_scopes\\_of\\_practice\\_june\\_2003\\_e.pdf?la=en](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps66_scopes_of_practice_june_2003_e.pdf?la=en)
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (2014). *Modèle de plan de mobilisation des connaissances*. Repéré à : <file:///C:/Users/jphan/Downloads/Mode%CC%80le%20de%20plan%20de%20mobilisation%20des%20connaissances.pdf>
- Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the american geriatrics society*, 51(4), 549-555.
- Contandriopoulos, A-P., Kergoat, M-J., Latour, J., Lebel, P., Leduc, N., Roberge, D., Ducharme, F., Pineault, R., Béland, F., Bergman, H., Leclerc, C., Fournier, M-A., Loiselle, J., Paré, I., Philibert, L., Barbal i Rodoreda, P., Rodriguez, R. (1999). *L'évaluation et la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte*



*durée gériatriques*. Faculté de médecine-Secteur santé publique, Université de Montréal. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/GRIS/2921954338.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. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.
- Davies, E. et Fox-Young, S. (2002). Validating a scope of nursing practice decision-making framework. *International journal of nursing studies*, 39(1), 85-93.
- Desmeules, F., Roy, J. S., MacDermid, J. C., Champagne, F., Hinse, O. et Woodhouse, L. J. (2012). Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC musculoskeletal disorders*, 13(107), 1-21.
- Déry, J. (2014). L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal). Repéré à [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10843/Dery\\_Johanne\\_2013\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10843/Dery_Johanne_2013_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Dower, C., Moore, J. et Langelier, M. (2013). It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health affairs*, 32(11), 1971-1976.
- Doebbling, B. N. et Flanagan, M. E. (2011). Emerging perspectives on transforming the healthcare system: redesign strategies and a call for needed research. *Medical care*, 49 (12 Suppl 1), S59-S64.
- Dubois, C. A., D'amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M. et Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International journal for quality in health care*, 25(2), 110-117.
- Fealy, G. M., Rohde, D., Casey, M., Brady, A. M., Hegarty, J., Kennedy, C. et Prizeman, G. (2015). Facilitators and barriers in expanding scope of practice: findings from a national survey of Irish nurses and midwives. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3615-3626.
- Ganz, F. D., Toren, O. et Fadlon, Y. (2016). Factors associated with full implementation of scope of practice. *Journal of nursing scholarship*, 48(3), 285-293.
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D. et Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *Cochrane database of systematic reviews*, (1). DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub5
- Gouvernement du Québec (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Haas, J. P., et Larson, E. L. (2007). Measurement of compliance with hand hygiene. *Journal of hospital infection*, 66(1), 6-14.

- International council of nurses (2013). *Le domaine de la pratique des soins infirmiers : Prise de position*. Repéré à : [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/publications/position\\_statements/B07\\_Domaine\\_pratique\\_soins-Fr.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/publications/position_statements/B07_Domaine_pratique_soins-Fr.pdf)
- Institut de la Statistique du Québec (2016). *Le bilan démographique du Québec*. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf>
- Institute of Medicine (2011). *The future of nursing: leading change, advancing health*. Repéré à <https://europepmc.org/books/n/nap12956/pdf>
- Jeffs, L., Kuluski, K., Law, M., Saragosa, M., Espin, S., Ferris, E., ... et Bell, C. M. (2017). Identifying effective nurse-led care transition interventions for older adults with complex needs using a structured expert panel. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(2), 136-144.
- Joynt, J. et Kimball, B. (2008). *Innovative care delivery models: identifying new models that effectively leverage nurses*. Repéré à [https://studium.umontreal.ca/pluginfile.php/1776714/mod\\_resource/content/5/Joynt%20%282008%29.pdf](https://studium.umontreal.ca/pluginfile.php/1776714/mod_resource/content/5/Joynt%20%282008%29.pdf)
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. et Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2e éd.). Montréal : Beauchemin. Repéré à <https://scholar.google.com/scholar?q=K%C3%A9rouac,%20S.,%20Pepin,%20J.,%20Ducharme,%20F.,%20Major,%20F.,%202003,%20La%20pens%C3%A9e%20infirmi%C3%A8re,%202e%20%C3%A9d.,%20Laval,%20Qu%C3%A9bec,%20Beauchemin>.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., Doran, D. et Rochefort, C. (2012). How are acute care nurse practitioners enacting their roles in healthcare teams? A descriptive multiple-case study. *International journal of nursing studies*, 49(7), 850-862.
- Lillibridge, J., Axford, R. et Rowley, G. (2000). The contribution of nurses' perceptions and actions in defining scope and stabilising professional boundaries of nursing practice. *Collegian*, 7(4), 35-39.
- Mabire, C., Monod, S., Dwyer, A. et Pellet, J. (2013). Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in elderly inpatients discharged home: a systematic review protocol. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 11(8), 1-12.
- Marleau, D. (2018). *Portrait de la relève infirmière 2017-2018*. Montréal, Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Portrait+sommaire+2017-2018\\_final.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Portrait+sommaire+2017-2018_final.pdf)
- McConnell, D., Slevin, O. D. et McIlfratrick, S. J. (2013). Emergency nurse practitioners' perceptions of their role and scope of practice: Is it advanced practice? *International emergency nursing*, 21(2), 76-83.

- McGilton, K. S., Bowers, B. J., Heath, H., Shannon, K., Dellefield, M. E., Prentice, D., Siegel, E. O., Meyer, J., Chu, C. H., Ploeg, J., Boscart, V. M., Corazzini, K. N., Anderson, R. A., et Mueller, C. A. (2016). Recommendations from the international consortium on professional nursing practice in long-term care homes. *Journal of the american medical director's association*, 17(2), 99-103.
- Mitchell, G., Cousins, C., Burrows, R., et Cousins, G. (2017). A review of safe-staffing models and their applicability to care homes. *Journal of nursing management*, 25(2), 157-162.
- Nouvelles HGJ (2010). Le pavillon K? OK! Nouveau pavillon, meilleurs soins, intimité accrue, moins d'infections. *Hopital général juif*, 46 (3), 1-36.
- 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 leadership academy of canadian executive nurses*, 21(1), 58-71.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : cadre de référence*. Repéré à <https://www.oiiq.org/exercice-infirmier-aupres-des-personnes-hebergees-en-centre-d-hebergement-et-de-soins-de-longue-duree-chsld-?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). Mémoire. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3401\\_memoire-chsld.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3401_memoire-chsld.pdf)
- O'Rourke, M. W. (2006). Beyond Rhetoric to Role Accountability. *Nurse leader*, 4(3), 28-44.
- Pryor, J. (2012). Scope of practice: what is it, why is it important and how might it be clarified for nurses working in rehabilitation? *Journal of the australasian rehabilitation nurse's association*, 15(2), 1-8.
- RNAO. (2012). *Toolkit: implementation of best practice guidelines (2nd ed.)*. Toronto: Registered nurses' association of Ontario. Repéré à [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO\\_ToolKit\\_2012\\_rev4\\_FA.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf)
- Romanov, R. J. (2002). *Final report: building on values, the future of health care in Canada, commission on the future of health care in Canada*. Saskatoon, Canada: Commission on the Future of Health Care in Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>
- Roy, C. (2015). *Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement leur étendue de pratique (Travail dirigé de maîtrise)*, Montréal, Université de Montréal.
- Schluter, J., Seaton, P. et Chaboyer, W. (2011). Understanding nursing scope of practice: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 48(10), 1211-1222.

- Schuiling, K. D. et Slager, J. (2000). Scope of practice: freedom within limits. *Journal of midwifery and women's health*, 45(6), 465-471.
- Shelford Group. (2013). *Safer nursing care tool: implementation resource pack*. Repéré à [https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as\\_sdt=0%2C5&q=Shelford+Group.+%282013%29.+Safer+Nursing+Care+Tool%3A+Implementation+Resource+Pack&btnG=](https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Shelford+Group.+%282013%29.+Safer+Nursing+Care+Tool%3A+Implementation+Resource+Pack&btnG=)
- Shields, M. et Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 : profils provinciaux*. Statistique Canada. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/NHSRep06\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/NHSRep06_FR.pdf)
- Shiu, A. T., Lee, D. T. et Chau, J. P. (2012). Exploring the scope of expanding advanced nursing practice in nurse-led clinics: a multiple-case study. *Journal of advanced nursing*, 68(8), 1780-1792.
- Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D. et Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. *Journal of nursing management*, 24(2), 139-150.
- Stanhope, J. et Pearce, C. (2013). Role, implementation, and effectiveness of advanced allied health assistants: a systematic review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 6, 423-434.
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. (2009). Defining knowledge translation. *Canadian medical association journal*, 181(3-4), 165-168.
- Trentham, M. (2018). Discipline 101: know your scope of practice. *Arkansas state board of nursing Update*, 22(4), 10-11. Repéré à [http://www.digitaleditionsonline.com/publication/?i=524265&article\\_id=3182364&view=articleBrowser&ver=html5#{%22issue\\_id%22:524265,%22view%22:%22articleBrowser%22,%22article\\_id%22:%223182364%22}](http://www.digitaleditionsonline.com/publication/?i=524265&article_id=3182364&view=articleBrowser&ver=html5#{%22issue_id%22:524265,%22view%22:%22articleBrowser%22,%22article_id%22:%223182364%22})
- Thompson, M. C. (2012). Professional autonomy of occupational health nurses in the United States. *Workplace health and safety*, 60(4), 159-165.
- White, D., Oelke, N. D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M. et Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nursing leadership-academy of canadian executive nurses*, 21(1), 44.
- Young, G., Hulcombe, J., Hurwood, A. et Nancarrow, S. (2015). The Queensland health ministerial taskforce on health practitioners' expanded scope of practice: consultation findings. *Australian health review*, 39(3), 249-254.
- Zarinpoush, F., Von Sychowski, S. et Sperling, J. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances : Un cadre de travail*. Imagine Canada. Repéré à [https://www.researchgate.net/profile/Shirley\\_Sychowski/publication/238693928\\_un\\_cadre\\_de\\_travail\\_a\\_l'intention\\_des\\_organismes\\_sans\\_but\\_lucratif/links/0deec529c976fb6536000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Shirley_Sychowski/publication/238693928_un_cadre_de_travail_a_l'intention_des_organismes_sans_but_lucratif/links/0deec529c976fb6536000000.pdf)

**Annexe A**



