



Université de Montréal

L'étendue de la pratique chez les infirmières cliniciennes et les infirmières

Par

Kim Lampron

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures  
En vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.)  
En sciences infirmières

Janvier 2010

© Kim Lampron, 2010

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :  
L'étendue de la pratique chez les infirmières cliniciennes et les infirmières

Présenté par :  
Kim Lampron

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Carl-Ardy Dubois, président-rapporteur  
Danielle D'Amour, directrice de recherche  
Isabelle Brault, membre du jury

## Sommaire

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés aux infirmières soignantes qui possèdent un diplôme d'études collégiales ou un baccalauréat. L'infirmière est celle ayant reçu une formation collégiale et la clinicienne, une formation universitaire de premier cycle. Au niveau législatif, selon que l'infirmière soit titulaire ou non d'un baccalauréat, le champ de pratique autorisé demeure le même. Cependant, l'étendue de la pratique pourrait varier selon la formation reçue et le poste occupé. Cette étude descriptive et interprétative de type qualitatif avait pour but de décrire l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes dans une unité de médecine et de chirurgie et d'identifier les facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique. Le cadre de référence ayant été utilisé est le cadre d'analyse de l'étendue de la pratique conçu pour le Collège des infirmières autorisées de la Nouvelle-Écosse (CRNNS, 2005). Selon ce cadre, l'étendue optimale de la pratique des infirmières se divise en 4 catégories distinctes, soit le processus de soins infirmiers, les pratiques relationnelles, le leadership ainsi que l'enseignement et le transfert des connaissances. La collecte de données a été conduite au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées auprès de 8 informateurs clés soit trois infirmières et trois infirmières cliniciennes d'une unité de médecine et de chirurgie et de deux gestionnaires. Les résultats semblent montrer que les différentes composantes de l'étendue de la pratique sont mobilisées tant chez les infirmières que chez les infirmières cliniciennes interviewées. Toutefois, les résultats semblent montrer que certaines composantes, soit le leadership et le transfert des connaissances, semblent davantage mobilisées chez les infirmières cliniciennes. De plus,

l'étude a permis d'identifier les différents facteurs organisationnels qui semblent influencer l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes. La charge de travail semble être le principal facteur d'influence. Nous avons aussi pu constater l'influence certaines composantes reliées à l'environnement de travail et à la composition et aux caractéristiques des équipes de soins.

## **Summary**

The goal of this descriptive and interpretative study was to first describe the scope of nursing practice of registered nurses with a Bachelor's degree in nursing and those with a nursing diploma in a medical and surgical unit of a regional hospital. The second goal was to identify the organizational factors that influence the scope of nursing practice in that unit. The framework that has been used is the Framework to Analyse Scope of practice, made for the College of Registered Nurses in Nova Scotia. According to that framework, the full scope of practice of the registered nurse is divided in 4 components: the nursing process, the professional nursing relationships, the leadership and the fonction of teaching and knowledge transfert. For this study, 8 interviews have been realized. The participants were: 3 nurses with a nursing diploma, 3 nurses with a bachelor's degree and 2 administrators. The results seems to show that all the components of the nursing scope of practice seems to be used by the nurses with a Bachelor's degree in nursing and those with a nursing diploma. But, the results seem to show that the nursing scope of practice is not fully extended in that unit. We remarked also that two elements of the nursing scope of practice, the leadership and the teaching and knowledge transfert, are more used by nursed with a Bachelor's degree, compared to those with a nursing diploma. The principal factors which seem to influence the scope of nursing practice in this unit are the nursing workload and some components according to the work environment and to the composition and characteristics of the nursing teams.

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Chapitre I : La problématique.....   | 1  |
| Le but de l'étude .....  | 9  |
| Les questions de recherche.....  | 9  |
| Chapitre II : La recension des écrits.....   | 10 |
| Définition et évolution de l'étendue de la pratique.....                                   | 11 |
| L'optimisation de l'étendue de la pratique selon le niveau de formation et ses effets..... | 16 |
| Les compétences liées à l'étendue de la pratique.....                                      | 20 |
| Les facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique.....                    | 27 |
| Cadre de référence.....  | 36 |
| Chapitre III : Méthodologie.....   | 47 |
| Devis de l'étude.....  | 48 |
| Sélection du milieu.....   | 49 |
| Sélection des participantes.....   | 49 |
| Le déroulement général de l'étude.....   | 50 |
| Les méthodes de collecte des données.....  | 51 |
| Le processus d'analyse des données.....  | 52 |
| La rigueur méthodologique.....   | 56 |
| Les considérations éthiques.....   | 58 |
| Chapitre IV : Analyse et présentation des résultats.....                                   | 59 |
| Contexte d'opérationnalisation du rôle de l'infirmière clinicienne.....                    | 60 |
| Portrait des participantes à l'étude.....  | 64 |

|   |     |
|---|-----|
| Présentation des résultats.....                         | 66  |
| Chapitre V : Interprétation et discussion.....          | 84  |
| Limites de l'étude.....                                 | 94  |
| Les recommandations pour la pratique et la gestion..... | 95  |
| Conclusion.....   | 97  |
| Références .....  | 100 |
| Appendice A : Cadre de référence.....                   | 107 |
| Appendice B : Guides d'entrevue.....                    | 110 |

## Liste des figures

|               |    |
|---------------|----|
| Figure 1..... | 39 |
| Figure 2..... | 46 |

## Liste des tableaux

|                 |    |
|-----------------|----|
| Tableau 1 ..... | 64 |
|-----------------|----|

## **Remerciements**

Je souhaite premièrement remercier Mme Danielle D'Amour, directrice de recherche, pour son support et sa collaboration dans la réalisation de ce mémoire de maîtrise.

Je souhaite aussi remercier le Centre FERASI, ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, pour leur support financier durant la réalisation de mes études.

Finalement, je souhaite remercier les gestionnaires, les infirmières cliniciennes et les infirmières ayant accepté de participer à cette étude.

## **Chapitre I : La problématique**

Au cours de la dernière décennie, le rôle de l'infirmière a évolué dans le but de répondre aux besoins de plus en plus complexes d'une population vieillissante. De plus, le système de santé vit une pénurie d'infirmières et il est impératif d'agir et de revoir les modes d'organisation des services infirmiers. Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2001), il manquera, en 2015, 17 500 infirmières par rapport aux besoins. Dans le contexte actuel de transformation du rôle et des responsabilités des infirmières, la formation des infirmières est un aspect important à considérer pour une gestion efficace de la main d'œuvre infirmière. Tel que le mentionne l'OIIQ, « dans un contexte où les rôles à confier aux infirmières deviennent un enjeu majeur pour le bon fonctionnement du système de santé, la question de la formation des infirmières devient tout aussi cruciale » (OIIQ, 2007, p.17). De plus, l'augmentation de la complexité et de l'intensité des soins prodigués ainsi que la diminution du temps d'hospitalisation des patients ont augmenté l'étendue des responsabilités des infirmières (Langan, 2003). Devant ce contexte, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) souhaite maximiser la contribution des infirmières :

« Le vieillissement de la population, la demande croissante de soins et de services, la plus grande complexité des soins à donner aux clientèles, les nouvelles façons de faire, l'évolution de la technologie dans le domaine de la santé, de même que les attentes et les exigences d'une population plus avertie, font en sorte que les infirmières devront être mieux formées, tant par l'amélioration de la formation initiale que par celle de la formation en cours d'emploi. On devra également maximiser l'apport de l'expertise et de l'expérience acquise. » (MSSS, 2001, p.8)

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés aux infirmières soignantes qui possèdent un diplôme d'études collégiales ou un baccalauréat.

L'infirmière est celle ayant reçu une formation collégiale et la clinicienne, une formation universitaire de premier cycle.

Au niveau législatif, selon que l'infirmière soit titulaire ou non d'un baccalauréat, le champ de pratique autorisé demeure le même. Celui-ci est défini par l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers et est organisé en 14 activités réservées à l'infirmière et à l'infirmier (Loi sur les infirmières et les infirmiers, 2010). Cependant, l'étendue de la pratique, qui se définit comme étant le déploiement du rôle, de fonctions et de responsabilités de l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers l'expérience et la formation (CRNNS, 2005), pourrait varier selon la formation reçue et le poste occupé.<sup>1</sup>

Au Canada, selon les provinces, la formation initiale menant à la profession infirmière varie. Les deux possibilités offertes sont les suivantes : le diplôme de soins infirmiers et le baccalauréat en sciences infirmières. Actuellement, toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec et le Yukon, exigent des infirmières une formation au niveau du baccalauréat ou effectuent présentement la transition vers cette exigence (AIIC, 2009).

Partout au pays, le nombre d'infirmières autorisées ayant un baccalauréat en sciences infirmières augmente. Au Canada, en 2007, le nombre total d'infirmières

---

<sup>1</sup> Dans le présent document, le féminin est utilisé pour alléger le texte et refléter la féminisation de la profession.

travaillant en soins infirmiers était de 257 961. De ce nombre, 64,6 % détenaient un diplôme en soins infirmiers et 34,2% un baccalauréat en sciences infirmières. En 2000, les données étaient respectivement de 75,6% pour le diplôme et de 22,7% pour le baccalauréat. Pour ce qui est du Québec, qui représente 25,4% des infirmières, l'augmentation est aussi réelle (AIIC, 2009). Selon l'OIIQ (2009), le pourcentage d'infirmières détenant un baccalauréat au Québec a progressé de 21,6% à 28,5 % entre 1998-1999 et 2007-2008.

Actuellement, chez les infirmières soignantes, il existe peu de différenciation concrète des rôles selon la formation reçue. Au Québec, la loi n° 142 concernant les conditions de travail dans le secteur public (MSSS, 2005) a amené une nouvelle nomenclature des titres d'emplois : l'infirmière et l'infirmière clinicienne. En accord avec cette loi, les gestionnaires doivent désormais établir des fonctions différenciées selon les catégories distinctes d'infirmières, soit les infirmières et les infirmières cliniciennes. Cette nouvelle réglementation vise à optimiser l'utilisation des compétences de chacun des groupes et d'en faire profiter les bénéficiaires de soins. Par la prise en considération des différents niveaux d'études des infirmières, le Ministère souhaite augmenter la reconnaissance des compétences des infirmières (OIIQ, 2007). Le rôle de l'infirmière clinicienne rejoint maintenant beaucoup plus les valeurs et les orientations de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Celle-ci encourage fortement la formation universitaire et soutient que la profession infirmière et le

système de soins de santé ont besoin d'infirmières ayant reçu une préparation universitaire en sciences infirmières. (AIIC, 2009)

Curtin (2003) a effectué une importante recension des écrits dans le but de synthétiser les résultats de recherches portant sur la diversité du personnel soignant et la dotation du personnel infirmier et ses effets sur la clientèle. L'auteure a pu établir, suite à la recension de ces recherches, que la diversité du personnel soignant ainsi que la dotation du personnel infirmier d'une unité de soins a un impact défini et mesurable sur les erreurs médicamenteuses, la durée des séjours, la rétention du personnel et le taux de mortalité des patients (Curtin, 2003). Des études démontrent également que la dotation en infirmières ayant une formation au niveau du baccalauréat est associée à une amélioration de la sécurité des patients et à des résultats positifs pour les patients (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane et Silber, 2003; O'Brien-Pallas, Doran, Murray, Cockerill et Sidani, 2001) Une étude a indiqué une baisse de 5 % du risque de décès des patients pour chaque hausse de 10 % dans la proportion d'infirmières détenant un baccalauréat (Aiken & al., 2003).

Devant cette orientation de différenciation des rôles, il est nécessaire, d'une part, d'observer les effets de ce changement sur le travail des infirmières et sur la clientèle. Jusqu'à maintenant, peu de données sont disponibles à ce sujet au Québec.

D'autre part, il a été démontré que les infirmières dont les fonctions correspondent pleinement à leur rôle tel que véhiculé par leur niveau de formation éprouvent un fort sentiment d'appartenance envers leur profession et que leur satisfaction au travail est amplifiée (Besner, Doran, Mc Gillis Hall, Giovannetti, Girard & al., 2005; Onyett, Pillinger & Muijen, 1997). De plus, s'assurer que les infirmières pratiquent de manière congruente avec les valeurs de leur profession est reconnu comme un important facteur de satisfaction au travail et est un élément positif de rétention et de recrutement du personnel infirmier (Girard, Linton et Besner, 2005). Ces deux éléments sont essentiels à considérer dans une gestion efficace des effectifs infirmiers. Aussi, l'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières permettrait une augmentation de la qualité des soins infirmiers, ainsi qu'une augmentation de la satisfaction au travail (Magennis, Slevin & Cunningham, 1999).

La différenciation du rôle des infirmières a aussi un effet sur les bénéficiaires de soins. La grande diversité de professionnels soignants (infirmières auxiliaires, infirmières et infirmières cliniciennes) crée une importante confusion chez le patient, puisque chacun a un rôle différent à jouer. Il a été démontré que cette situation diminue la confiance et la satisfaction de la clientèle envers les services de santé (Kerfoot, 1997).

Plusieurs auteurs ont rapporté l'importance d'étudier la sous-utilisation des ressources humaines dans le secteur de la santé. Cependant, les éléments facilitateurs et

les barrières nuisant à l'utilisation optimale du rôle des infirmières ont été très peu étudiés jusqu'à ce jour (Oelke, White, Besner, Doran, Mc Gillis Hall & al., 2008).

De manière générale, selon les auteurs ayant étudié ce sujet, les principaux facteurs organisationnels influençant l'étendue effective de la pratique sont les suivants : la charge de travail élevée, l'environnement de travail et la composition des équipes de soins (Besner & al. 2005 ; Hipwell, Tyler & Wilson, 1997; Oelke & al. 2008, CRNNS, 2005). De plus, selon les études de Besner & al. (2005) et des recherches de la CRNNS (2005), il a été démontré que l'expérience, l'expertise, ainsi que les compétences et les connaissances additionnelles acquises par la formation continue influent sur la capacité des infirmières à travailler selon la pleine étendue de leur pratique.

Tout d'abord, l'ensemble des études s'entendent pour affirmer que la charge de travail exigée des infirmières dans les milieux de soins est trop lourde. Ceci amène des répercussions à la fois sur la capacité des infirmières à travailler conformément à la pleine étendue de leur pratique et sur la qualité des soins, qui s'y trouve diminuée (Besner & al., 2005; Rogers, Hwang, Scott, Aiken & Dinges, 2004). Le temps disponible, les soins complexes requis des patients ainsi que le faible ratio infirmière par patient sont également des éléments de la charge de travail influençant l'étendue de la pratique des infirmières (Besner & al., 2005).

L'environnement de travail influence également l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique des infirmières. Les relations entre les professionnels de la santé, le sentiment d'autonomie et de valorisation des infirmières, la qualité du leadership présent chez les décideurs et les infirmières ainsi que le type de milieu de soins sont les différents aspects influant sur l'étendue de la pratique des infirmières (El-Jardali & Fooks, 2005).

Finalement, la composition et les caractéristiques des équipes de soins est aussi un facteur influençant la capacité des infirmières à utiliser de manière optimale l'ensemble de leurs compétences. Les équipes de soins diversifiées (inf., inf. cliniciennes, inf. praticiennes spécialisées) et l'instabilité des équipes de soins sont des aspects majeurs influençant l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique des infirmières (Besner & al., 2005).

Cette recherche pourrait éclairer les gestionnaires de différents établissements de santé sur l'étendue réelle de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes dans une unité de médecine et de chirurgie, afin d'orienter les changements à apporter dans leurs établissements en lien avec les fonctions reliées au poste d'infirmière ou d'infirmière clinicienne, afin d'optimiser la pratique de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne. De plus, cette étude pourrait renseigner les gestionnaires sur les différents facteurs organisationnels qui influencent l'étendue de la pratique des infirmières dans une unité de médecine et de chirurgie.

### **But de la présente étude**

La présente étude vise à décrire l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes, ainsi que les facteurs organisationnels l'influençant, dans une unité de soins de médecine et de chirurgie. Elle ne porte pas sur l'évaluation des compétences, mais bien sur l'étendue de la pratique effective des infirmières et des infirmières cliniciennes.

### **Questions de recherche**

- 1- Comment les infirmières et les infirmières cliniciennes décrivent-elles l'étendue de leur pratique dans une unité de médecine et de chirurgie ?
  
- 2- Quels sont les facteurs organisationnels qui influencent l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes dans une unité de médecine et de chirurgie?

## **Chapitre II : Recension des écrits**

Ce deuxième chapitre présente la recension des écrits, ainsi que le cadre de référence de l'étude. Les thèmes abordés dans la recension des écrits sont les suivants : la définition et l'évolution de l'étendue de la pratique, l'optimisation de l'étendue de la pratique selon le niveau de formation et ses effets, les compétences en lien avec l'étendue de la pratique et les facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique. La présentation du cadre de référence suit les sections nommées précédemment.

### **Définition et évolution de l'étendue de la pratique**

De manière générale, l'étendue de la pratique se définit comme étant le déploiement du rôle, de fonctions et de responsabilités de l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers l'expérience et la formation (CRNNS, 2005). Les activités reliées au rôle, aux fonctions ainsi qu'aux responsabilités de l'infirmière sont établies par des lois régissant la profession infirmière, conjointement avec des standards de pratique et des règles établies par les instances de la pratique professionnelle infirmière (AIIC, 1993).

Depuis 1946, il est obligatoire d'adhérer à l'association professionnelle pour exercer la profession. Déjà à cette époque, la pratique des soins infirmiers était dotée d'un régime de protection du public servant à protéger les patients de fautes

professionnelles. Par la suite, en 1973, l'adoption de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers (articles 36 et 37)* a permis l'inclusion de l'exercice infirmier à l'intérieur d'un texte législatif.

*Les articles 36 et 37 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (1973)*

« 36. Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale. »

37. L'infirmière ou l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire. (OIIQ, 2001) »

Comme nous pouvons le constater, ces deux articles de loi délimitant l'exercice de la profession infirmière ciblaient principalement le processus de soins infirmiers, soit les soins directs prodigués aux personnes nécessitant des soins, ainsi que l'enseignement donné aux patients et à la population.

Depuis l'adoption de cette loi, plusieurs transformations survenues dans le réseau de la santé ont eu une forte influence sur le mode de prestation des services ainsi que sur le développement de la pratique infirmière. Les changements sociodémographiques de la population ainsi que l'évolution des connaissances scientifiques et technologiques ont aussi eu un impact sur l'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières au Québec. Finalement, le rôle plus autonome du patient dans

l'ensemble du processus de soins a aussi contribué à l'évolution de l'étendue de la pratique (OIIQ, 2001). En 2003, avec l'adoption de la loi 90, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* a été modifié, dans un but de reconnaissance des compétences et responsabilités des infirmières en ce qui a trait à l'évaluation clinique des patients. Du même coup, 14 activités réservées aux infirmières et aux infirmiers ont été établies. Ces 14 activités réservées témoignent bien de l'évolution de la profession infirmière depuis les 30 dernières années, en mettant l'accent sur l'expertise des infirmières et de leurs compétences et en mettant largement en valeur leur jugement clinique (OIIQ, 2003). Ces changements apportés au champ de pratique des infirmières fait ressortir un élément supplémentaire de l'étendue de la pratique, soit le leadership, qui est désormais un élément plus explicite et davantage requis dans la pratique des infirmières. L'arrivée de la loi 90 a aussi fait place à l'introduction du plan thérapeutique infirmier qui constitue désormais une norme professionnelle. Celui-ci consiste en une

« Note d'évolution à caractère obligatoire qui regroupe au dossier les décisions de l'infirmière liées au suivi clinique du patient. Il permet de rendre facilement accessibles les décisions cliniques prises par l'infirmière sur la base de son évaluation et qui sont cruciales pour le suivi clinique du patient (OIIQ, 2006, p. 5) »

Les pratiques relationnelles des infirmières ont, elles aussi, évolué à travers le temps. Elles ont toujours été présentes dans la pratique des infirmières, mais avec le temps et avec la reconnaissance des compétences des infirmières, elles ont été de plus en plus mises à contribution, tout d'abord dans la relation infirmière-patient, et ensuite,

dans la relation entre l'infirmière et l'équipe médicale ou autres professionnels de la santé.

À la suite de l'adoption du projet de loi no 142 le 16 décembre 2005, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec a dicté les fonctions devant être exigées de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne et ce, d'ici le 31 mars 2010, soit au renouvellement de la convention collective des infirmière et des infirmières cliniciennes.. Tout d'abord, le rôle de l'infirmière se définit comme suit :

« L'infirmière assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins bio-psycho-sociaux d'usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l'état de santé de l'usager, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie. Elle planifie, dispense et évalue l'enseignement aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes. De plus, elle participe à la recherche visant la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. (MSSS, 2008) »

L'infirmière clinicienne doit, en plus de ces derniers mandats, s'acquitter de responsabilités et fonctions supplémentaires, en lien avec sa formation universitaire.

« Elle doit participer à la conception, à l'application et à l'évaluation des programmes de soins requérant des connaissances avancées, visant des problèmes de santé complexes et/ou comportant des dimensions bio-psycho-sociales variées. Elle doit participer au développement ou adapter des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins, coordonner le travail d'équipe et exercer un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire. Elle doit identifier, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu et assurer, le cas échéant, la coordination de ces services. Elle doit aussi assurer l'orientation du nouveau personnel et participer à la formation des stagiaires. Elle doit superviser l'enseignement fait aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes dans les programmes spécifiques et collaborer à la recherche (MSSS, 2008). »

Au cours de la dernière décennie, en raison des besoins de la population de plus en plus complexes, du contexte de pénurie de main d'œuvre et des coupures budgétaires, les infirmières ont vu leurs responsabilités augmenter et ont dû déléguer aux autres membres de l'équipe de soins (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires) certaines tâches et fonctions, dans le but de se concentrer davantage sur des tâches infirmières (Mech & White, 1997). Les infirmières doivent désormais prodiguer des soins à des patients ayant des besoins de plus en plus complexes (Dunn, Ben-Tovim & Mc Millan, 2001 ; Dunn, Wilson & Esterman, 2005). L'augmentation de la complexité et de l'intensité des soins prodigués ainsi que la diminution du temps d'hospitalisation des patients ont augmenté l'étendue des responsabilités des infirmières (Langan, 2003). Cette nouvelle nomenclature des titres d'emploi cible bien les quatre grands éléments de la pratique infirmière soit le processus de soins infirmiers, les pratiques relationnelles, le leadership, ainsi que l'enseignement et le transfert des connaissances. Par contre, même si la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et la nouvelle nomenclature des titres d'emploi fait état de l'utilisation requise de tous les éléments de la pratique infirmière, les infirmières cliniciennes et les infirmières semblent avoir de la difficulté à utiliser l'étendue de leur pratique de manière optimale. De plus, certains facteurs organisationnels semblent les limiter à ce sujet.

## **L'optimisation de l'étendue de la pratique selon le niveau De formation et ses effets**

Cette section présente les études ayant démontré les effets de l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique sur les bénéficiaires de soins et sur les infirmières

### *Les effets de l'optimisation de la pratique chez les bénéficiaires de soins*

Une étude comparative descriptive a été menée au Royaume-Uni où un questionnaire servant à mesurer les attitudes des infirmières en regard de l'augmentation de l'étendue de la pratique et de l'augmentation du champ de pratique autorisé a été distribué à un échantillon de 40 infirmières provenant d'unités de cardiologie, de soins intensifs et de médecine générale d'un hôpital universitaire. Selon cette étude, l'optimisation de l'étendue de la pratique est caractérisée par une augmentation des fonctions reliées au rôle de l'infirmière, en lien avec sa formation et sa pratique. L'augmentation du champ de pratique autorisé est causée, pour sa part, par une augmentation des responsabilités de l'infirmière, après que certaines tâches, appartenant anciennement au personnel médical, lui aient été attribuées. Selon les réponses des infirmières, l'optimisation de l'étendue de la pratique ainsi que l'augmentation du champ de pratique autorisé des infirmières permettrait une augmentation de la qualité des soins infirmiers, un meilleur suivi de la clientèle, ainsi qu'une augmentation de la satisfaction au travail des infirmières (Magennis, Slevin & Cunningham, 1999). Les

résultats montrent également que les attitudes des infirmières sont généralement positives face à l'optimisation de l'étendue de leur pratique et à l'augmentation de leur champ de pratique autorisé. Cependant, elles sont préoccupées par l'augmentation de leurs responsabilités vis-à-vis l'utilisation maximale de leur rôle et par une fragmentation possible des soins donnés à la clientèle, si elles doivent déléguer certaines tâches à d'autres membres du personnel soignant (Magennis & al. 1999). De plus, les experts et les représentants des principaux hôpitaux du Royaume-Uni ont noté quelques désavantages, dans le cadre d'études sur l'étendue de la pratique professionnelle. Selon eux, le personnel infirmier est déjà surchargé. Augmenter l'éventail des activités des infirmières dans leur pratique diminuerait le temps des infirmières au chevet, pour les amener vers davantage de fonctions de management (Jowett, Peters, Reynolds & Wilson, 2001 ; Magennis & al. 1999).

### *Les effets de l'optimisation de la pratique chez les infirmières*

Dans cette section, nous retrouvons les résultats de quelques études ayant porté sur les effets de l'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes, en lien avec leur niveau de formation respectif. Tout d'abord, il a été démontré que les infirmières dont les fonctions correspondent pleinement à leur rôle tel que véhiculé par leur niveau de formation éprouvent un fort sentiment d'appartenance envers leur profession et que leur satisfaction au travail est amplifiée (Besner, Doran, Mc Gillis Hall, Giovannetti, Girard & al., 2005; Onyett, Pillinger &

Muijen, 1997). De plus, s'assurer que les infirmières pratiquent de manière congruente avec les valeurs de leur profession est reconnu comme un important facteur de satisfaction au travail et est un élément positif de rétention et de recrutement du personnel infirmier (Girard, Linton & Besner, 2005).

Une étude de Jowett et al. (2001) a été menée au Royaume-Uni, accrédité par le *UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting)* sur les attitudes et perceptions véhiculées par différents gestionnaires par rapport à l'étendue de la pratique des infirmières. Cette étude a été réalisée en plusieurs phases, soit par des entrevues, par des observations et avec des questionnaires, afin d'obtenir le maximum de données sur la signification de l'étendue de la pratique et ses impacts chez les infirmières et les patients. Au cours de la dernière phase, 588 questionnaires ont été envoyés à différents groupes de gestionnaires dans le domaine de la santé. Le taux de réponse moyen a été de 36 %. Malgré ce faible résultat, les résultats sont significatifs car ils sont comparables aux résultats obtenus dans les autres phases de l'étude. Les résultats montrent que l'utilisation maximale de l'étendue de la pratique par les infirmières favorise l'amélioration de la contribution des infirmières dans le système de soins de santé car l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique semble augmenter la qualité et la coordination des soins, permettre une meilleure utilisation des compétences des infirmières, une diminution, pour les infirmières, du temps consacré aux tâches non-infirmières et une augmentation de la satisfaction et de la motivation professionnelle

(Jowett & al., 2001). En effet, des demandes inappropriées aux infirmières (distribution des repas, réponse au téléphone, etc.) par rapport à leur rôle et à leur formation contribuent à de hauts niveaux de stress au travail et à des sentiments de frustration, de doute de ses capacités, de diminution de l'estime de soi, d'irritabilité et de dépression (Gray-Toft & Anderson, 1981 ; Kennedy & Gray, 1997).

Kramer et Schmalenberg (2003) ont effectué une recherche, aux États-Unis. Ils ont interrogé 277 infirmières de 14 hôpitaux différents. Par le biais d'entrevues, ils ont évalué la perception de l'autonomie des infirmières et ont pu établir une forte relation entre le degré d'autonomie, la satisfaction au travail et la qualité des soins. Ce résultat importe, puisqu'il a été démontré qu'une insatisfaction face au travail était un facteur majeur dans l'abandon de la profession et dans la difficulté de rétention des infirmières qualifiées (Collins, Jones, Mc Donnell, Read, Jones & al., 2000). De même, plus la perception des infirmières au travail est positive, moins le taux d'absentéisme est élevé (Sounan & Gagnon, 2005). Ceci vient souligner l'importance d'arrimer le rôle de l'infirmière dans sa pratique aux compétences acquises lors de sa formation initiale, afin de lui permettre d'utiliser de manière optimale l'étendue de sa pratique.

### **Les compétences liées à l'étendue de la pratique**

Selon Pyne (1992), la volonté d'optimiser l'étendue de la pratique est un développement important, car c'est un signe que les professions gagnent de la maturité. Cela démontre également que la pratique doit être basée sur l'utilisation maximale des compétences et des responsabilités professionnelles.

Au regard des connaissances actuelles, l'utilisation des compétences est très souvent rattachée à l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique. Cette section fait donc état de quelques recherches ayant porté sur l'utilisation actuelle des compétences des infirmières dans certains milieux. Par la suite, quelques études ayant établi des liens entre le niveau de formation, l'expérience des infirmières et des résultats de soins auprès de la clientèle sont présentés. Ces études viennent supporter la nécessité d'utiliser pleinement les compétences des infirmières cliniciennes, afin d'en faire bénéficier les patients ainsi que leurs collègues infirmières. Elles sont pertinentes dans le sens où les infirmières avec une formation plus avancée, donc avec une étendue de pratique plus large, devraient utiliser davantage de compétences.

Meretoja, Leino-Kilpi et Kaira (2004) ont évalué la perception et l'utilisation des compétences de 593 infirmières provenant des unités de médecine et chirurgie, d'urgence, des soins intensifs et des salles d'opération d'un centre hospitalier

universitaire au moyen d'un questionnaire. Les infirmières se disent plus compétentes au niveau des techniques de soins, de la priorisation des activités, de la reconnaissance des situations cliniques et de la prise de décisions appropriées au sujet d'un patient, de la dispensation de soins éthiques et individualisés ainsi que de l'enseignement au patient. En fait, les compétences pour lesquelles les infirmières se sentent plus outillées sont celles qu'elles utilisent le plus souvent. Les compétences moins exploitées par les infirmières et pour lesquelles elles se sentent moins compétentes se trouvent au niveau de l'évaluation du patient vis-à-vis l'enseignement reçu, de l'utilisation des résultats de recherche et de la contribution à l'amélioration des soins au patient et au développement des programmes d'enseignement. En général, les infirmières en médecine et chirurgie considèrent qu'elles optimisent davantage l'utilisation de leurs compétences que les infirmières des autres environnements de travail (Meretoja & al. 2004).

Il a aussi été démontré, selon deux autres études portant sur les compétences des infirmières dans différentes unités de soins, que les infirmières considèrent qu'elles s'impliquent majoritairement dans les soins reliés à la santé physique des individus et qu'elles délaissent davantage les activités reliées à la santé psychique de leurs patients (Garland, 1996, McCaughan & Parahoo, 2000).

Il est donc possible de conclure, à la lumière de ces études, que les infirmières utilisent plus souvent les compétences reliées au processus de soins infirmiers, mais

qu'elles semblent utiliser moins fréquemment leurs compétences au niveau des pratiques relationnelles et de l'enseignement et du transfert de connaissances.

*Les compétences en lien avec le niveau de formation et l'expérience des infirmières*

Selon les études de Besner et al. (2005) et des recherches de la CRNNS (2005), il a été démontré que l'expérience, l'expertise, ainsi que les compétences et les connaissances additionnelles acquises par la formation continue influent sur la capacité des infirmières à travailler selon la pleine étendue de leur pratique.

Une étude menée aux États-Unis a examiné la perception des professionnels au sujet de la préparation des infirmières soignantes formées au baccalauréat. Des questionnaires ont été envoyés à 1425 infirmières et administrateurs de soins, avec un taux de réponse de 56 %. Les résultats ont indiqué que les infirmières et les gestionnaires perçoivent les nouvelles diplômées universitaires comme étant inadéquatement préparées pour la pratique actuelle. Les composantes où les nouvelles diplômées universitaires semblent avoir des difficultés étaient au niveau de la reconnaissance de complications ou de problèmes, de la supervision du personnel soignant, de compétences techniques et de la réponse aux urgences (Goode & Williams, 2004).

Winson et al. (1993) ont comparé le curriculum de formation d'infirmières des deux profils de formation de huit institutions au Royaume-Uni et ont interrogé les chefs des départements d'éducation des institutions de formation de sciences infirmières. L'importance des cours de recherche et l'implantation de résultats probants dans la pratique infirmière a été constatée chez les diplômées universitaires. Les chefs de départements percevaient les diplômées universitaires comme ayant une pensée critique plus développée et étant plus intéressées par la recherche que les diplômées du collège ou des cours traditionnels. Elles étaient davantage capables de réflexion, de jugement clinique, de prise de décision effective, de transfert de connaissances et de questionnement vis-à-vis des pratiques inefficaces. Elles semblaient être plus sensibles aux besoins des patients et semblaient avoir un plus large éventail d'habiletés techniques, analytiques et de leadership (Winson & al., 1993).

Une étude a été menée par Blegen & al. (2001), aux États-Unis, auprès de 81 unités de soins au total (les données provenaient de deux études précédentes). Le but de cette étude était de déterminer les relations entre la qualité des soins donnés aux patients et l'expérience et la formation des infirmières dispensant les soins. Les chercheurs ont analysé plusieurs indicateurs de performance de ces unités de soins et ont aussi pris en considération les caractéristiques des patients de ces unités, ainsi que l'expérience et le niveau de formation des infirmières. Les résultats montrent que les infirmières avec une formation universitaire ont plus d'habiletés au niveau de la pensée critique. Elles sont

également moins orientées uniquement vers les tâches, démontrent davantage de professionnalisme, ont davantage de leadership et s'intéressent de manière plus importante aux composantes psychosociales, communicationnelles et à l'enseignement au patient.

Une recherche quasi-expérimentale menée par Girot (2000) au Royaume-Uni a évalué la différence dans le développement de la pensée critique des infirmières à différentes étapes du processus académique universitaire. Cette recherche cherchait à évaluer la perception des habiletés de prise de décision des infirmières dans la pratique. Quatre groupes d'étudiants ont été formés, entre les débutants et les finissants du baccalauréat en sciences infirmières. Il a été démontré qu'il y avait peu de différences au niveau de la pensée critique, entre les quatre groupes, mais que la progression des études universitaires jumelée à l'expérience clinique, amènent davantage d'aptitudes à la recherche d'information et à l'évaluation des conséquences lors de la prise de décision.

Il y a cependant un manque de consensus au niveau des écrits quant aux différences des compétences utilisées par les infirmières et les infirmières détenant un diplôme universitaire. Une étude quantitative de Clinton, Murrells et Robinson (2005) a été menée auprès de 2435 infirmières ayant terminé un programme de trois ans au collège ou une formation universitaire de trois ans en Angleterre, en 1998, 1999 ou 2000. Cette étude avait pour but de questionner les compétences de diplômées du Royaume-Uni selon des niveaux de formation différents. Les résultats montrent qu'il y avait très

peu de différences au niveau des compétences générales et spécifiques, entre les graduées du collège et celles ayant reçu une formation universitaire. Les résultats du questionnaire indiquaient que les deux groupes de diplômées étaient hautement compétentes dans les activités évaluées. Les auteurs mentionnent cependant que le fait d'avoir évalué les compétences des infirmières à l'aide d'un questionnaire composé de questions de type « Likert » a pu limiter les résultats.

#### *Le niveau de formation des infirmières et les résultats de soins associés*

Cette section présente les études ayant porté sur les résultats de soins en lien avec le niveau de formation des infirmières. Bien que ces études ne traitent pas directement de l'étendue de la pratique, elles y sont rattachées du fait qu'au Québec, les infirmières possèdent un diplôme d'études collégiales ou un baccalauréat et que la composition des équipes de soins varie d'une unité à une autre. Ces études cherchent donc à vérifier si une dotation privilégiant des infirmières cliniciennes, qui ont par définition une étendue de la pratique plus large, se traduit par de meilleurs résultats de soins.

Une étude a trouvé une relation inverse entre le nombre d'infirmières détenant un baccalauréat et le taux de mortalité des patients. Une étude menée par Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber (2003) a évalué les résultats de soins de 232 342 patients

traités en médecine générale, en orthopédie et en chirurgie vasculaire de 168 hôpitaux pour adultes de la Pennsylvanie, entre le 1<sup>er</sup> avril 1998 et le 30 novembre 1999. Cette étude a fait les liens entre ces patients et la composition des équipes de soins (dotation et niveau de formation). Selon cette étude, le taux de risque de mortalité des patients était significativement plus bas lorsque la proportion d'infirmières préparées au niveau du baccalauréat était plus élevée (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber, 2003).

De plus, Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood (2002) ont effectué une analyse rétrospective, en Ontario. Cette étude visait à préciser l'incidence de variables liées aux soins infirmiers sur le taux de mortalité sur trente jours chez les patients hospitalisés. L'échantillon comprenait 75 hôpitaux de soins actifs. Les taux de risque de mortalité des patients hospitalisés ont été établis à partir de 46 941 malades ayant reçu leur congé et qui avaient été hospitalisés pour un infarctus aigu du myocarde, un accident vasculaire cérébral, une pneumonie ou pour une septicémie. Les résultats confirment l'existence d'un lien entre un plus faible taux de mortalité sur trente jours et trois variables: un plus grand éventail de compétences en matière de soins infirmiers ainsi qu'un plus grand nombre d'années d'expérience au sein d'une unité et un plus petit nombre de jours travaillés pour une période donnée chez les infirmières.

Il n'y a toutefois pas de consensus entre les auteurs à savoir que le niveau de formation et l'expérience des infirmières engendrent des conséquences pour les bénéficiaires de soins. Une étude effectuée par Blegen, Vaughn et Goode, aux États-

Unis en 2001, avait pour but de décrire la relation entre la qualité des soins prodigués, la formation initiale des infirmières ainsi que leur expérience. Les résultats de cette étude ont démontré que les infirmières avec davantage d'expérience prodiguaient des soins de meilleure qualité. Les unités avec plus d'infirmières expérimentées avaient un plus faible taux d'erreurs médicamenteuses et un plus faible taux de chutes chez les patients. Les unités avec davantage d'infirmières détenant un baccalauréat avaient une qualité des soins similaire aux unités qui en avaient un plus faible taux. Cette étude n'a pas révélée de différences significatives au niveau de la qualité des soins sur les unités ayant davantage d'infirmières détenant un baccalauréat.

La prochaine section traitera des différents facteurs organisationnels qui influencent l'étendue de la pratique des infirmières.

### **Les facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique**

Plusieurs auteurs ont rapporté l'importance d'étudier la sous-utilisation des ressources humaines dans le secteur de la santé. Cependant, les éléments facilitateurs et les barrières nuisant à l'utilisation optimale du rôle des infirmières ont été très peu étudiés jusqu'à ce jour (Oelke & al., 2008).

Selon une importante recension des écrits effectuée par le CRNNS (2005), les principaux facteurs organisationnels influençant l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique par les infirmières sont les suivants : les caractéristiques des dispensateurs de soins, les ressources organisationnelles disponibles et le contexte de pratique, la culture organisationnelle ainsi que les standards de pratique et de compétences exigées. Les facteurs individuels qui semblent influencer l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes sont : l'expérience individuelle de pratique et la philosophie individuelle de soins (CRNNS, 2005). Cette étude se penchera principalement sur les facteurs organisationnels et non pas sur les facteurs individuels propres aux infirmières et aux infirmières cliniciennes. Dans le but de synthétiser les résultats de recherche de cette section, les principaux facteurs organisationnels influençant l'étendue optimale de la pratique infirmière ont été regroupés selon trois éléments soit la charge de travail, l'environnement de travail et la composition et les caractéristiques des équipes de soins (Besner & al. 2005 ; Hipwell & al. 1997; Oelke & al. 2008, CRNNS, 2005).

### *La charge de travail*

Selon l'AHC (2005), la charge de travail se définit comme étant la mesure de temps et d'énergie physique et mentale déployée par les infirmières dans les activités reliées à leur travail ainsi que dans la dispensation des soins aux patients.

Actuellement, selon Ferguson-Paré (2004), les infirmières perçoivent que la charge de travail excède leurs capacités et les ressources disponibles. Celles-ci soulignent qu'elles sont dans l'impossibilité de remplir adéquatement l'ensemble des fonctions liées à leur rôle, en raison de la charge de travail trop importante, qui amène également des conséquences au niveau de la qualité des soins et de la rétention du personnel infirmier. Cette prise de position a été approuvée par l'ACEN (*Academy of Canadian Executive Nurses*) suite à une étude de Affonso, Jeffs, Doran et Ferguson-Paré (2003), qui a identifié la charge de travail comme étant un problème de taille dans la dispensation sécuritaire des soins par les infirmières.

De plus, la diversité dans la composition des effectifs du personnel soignant, ainsi que le ratio patients par infirmière influence l'étendue de la pratique des infirmières, car celles-ci doivent prioriser leurs interventions, en raison de la lourde charge de travail demandée (AIIC, 2003). Il a été reconnu que le faible ratio infirmières par patients influencent négativement la capacité des infirmières à travailler selon la pleine étendue de leur pratique (Besner & al., 2005).

Une étude canadienne a été menée par Besner & al., en 2005. 167 infirmières étaient invitées à répondre à la question suivante : quels sont les éléments, tant personnels, professionnels et organisationnels, qui contribuent ou nuisent à l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique ? Les résultats ont démontré que la charge de travail est un des facteurs influençant le plus l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique

de l'infirmière. Le temps disponible et les soins complexes requis des patients ont été notés comme étant des facteurs limitant l'infirmière dans l'exercice de ses fonctions à la pleine étendue de sa pratique. De plus, certaines infirmières ont noté qu'elles étaient trop surchargées par la prise en charge des besoins physiques du patient pour aider le patient dans ses besoins psychosociaux et pour élargir davantage leur pratique (Besner & al., 2005). Il a d'ailleurs été démontré que lorsque le temps disponible pour la prestation des soins infirmiers est insuffisant, les infirmières sont incapables de prodiguer des soins de qualité à l'ensemble de leurs patients, ce qui amène des expressions de stress et d'insatisfaction chez les infirmières (Hipwell & al. 1997).

Une étude a été menée en 2004, aux Etats-Unis, auprès de 393 infirmières. Les résultats ont révélé que les infirmières œuvrant en centre hospitalier et qui doivent travailler plus de 12,5 heures consécutives sont trois fois plus susceptibles de faire des erreurs, y compris dans l'administration des médicaments (Rogers & al., 2004). L'équilibre entre le nombre de professionnels disponible, la diversité des soignants, l'organisation des soins, les tâches associées à la pratique et à la charge de travail sont les facteurs majeurs influençant la charge de travail (Adams & Bond, 2000).

### *L'environnement de travail*

L'environnement de travail, selon Koehorn, Lowe, Rondeau, et Schellenger (2002), possède des dimensions matérielles et psychosociales transférables dans la gestion des ressources humaines. Ceci dit, l'étendue de la pratique des infirmières dépend de composantes de l'environnement de travail, notamment des décideurs de l'établissement, de la composition des effectifs, des rapports que les infirmières entretiennent avec leurs collègues, de la qualité du leadership des gestionnaires et des infirmières, de la géographie et des besoins. (El-Jardali & al., 2005).

De plus, une étude récente effectuée par Oelke et al. (2008) avait pour but de comprendre les perceptions des infirmières auxiliaires, des infirmières et des infirmières spécialisées en psychiatrie sur leur capacité à travailler selon la pleine étendue de la pratique. Cette étude cherchait aussi à identifier les barrières et les éléments facilitateurs influençant leur capacité à travailler selon la pleine étendue de leur pratique. Des entrevues semi structurées ont été menées dans 3 provinces de l'Ouest Canadien, auprès de 167 infirmières praticiennes, infirmières, infirmières en psychiatrie et administrateurs de soins. Les barrières nuisant à leur capacité à travailler à la pleine étendue de leur pratique étaient les suivantes : charge de travail importante, les besoins complexes des patients, le manque de temps, la faible communication entre les membres du personnel et le travail d'équipe inefficace. Les éléments facilitateurs reportés étaient les suivants :

le travail d'équipe et le support disponible pour la formation continue. D'autres composantes de l'environnement de travail influencent également l'étendue de la pratique des infirmières dont les demandes de l'employeur et les politiques de l'établissement, les ressources disponibles dans l'établissement et le support administratif (Oelke & al. 2008).

Selon Besner & al. (2005), les infirmières ont noté l'importance des ressources organisationnelles (équipement adéquat et fonctionnel, formation continue disponible pour les infirmières, accès aux résultats de recherches, opportunités d'implications au sein de l'organisation) et du support administratif dans leur capacité à travailler selon la pleine étendue de leur pratique.

Les résultats de l'étude menée par Besner et al., en 2005, montrent également que la qualité des relations entre les professionnels de la santé influencent la perception d'autonomie des infirmières. Lorsque celles-ci se sentent valorisées dans leurs fonctions, elles sont davantage capables d'agir à la pleine étendue de leur pratique. Le manque de respect des collègues et les faibles interactions entre les différents professionnels de la santé ont été reconnus comme étant deux éléments nuisant à la reconnaissance des compétences des collègues.

### *La composition et les caractéristiques des équipes de soins*

Selon l'OMS (2006), « le personnel de santé est défini comme l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé des individus » (OMS, 2006). La composition des équipes de soins englobe tous les professionnels ou personnel de soutien ayant un lien direct avec les patients. Selon les écrits, la composition des équipes de soins est un facteur influençant la capacité des infirmières à utiliser de manière optimale l'ensemble de leurs compétences. Les équipes de soins diversifiées (inf., inf. cliniciennes, inf. praticiennes spécialisées) et l'instabilité des équipes de soins sont des aspects majeurs influençant l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique des infirmières (Besner & al., 2005).

Manuel et al. (1994) ont questionné si l'utilisation de personnel d'assistance libérerait les infirmières au chevet de tâches bureaucratiques ou de maintenance et si les infirmières étaient adéquatement préparées pour déléguer certaines tâches au personnel de soutien (préposés aux bénéficiaires, secrétaires, personnel de maintenance). Les infirmières sont préparées de manière inadéquate pour travailler avec eux selon cette étude. Elles doivent comprendre comment déléguer et superviser les différents niveaux de personnel d'assistance (Barter, Mc Laughlin & Thomas, 1997). Une compréhension complète de l'exercice légal de la pratique et des compétences de communication avancées sont requises quand les infirmières ont la tâche d'en superviser d'autres. Une discordance entre les tâches actuelles des infirmières et le personnel d'assistance peut

facilement conduire à des soins inefficients et potentiellement inefficaces (Jones et Davies, 1999). Cette étude montre donc l'importance de la clarté des rôles de chacun des membres de l'équipe soignante.

De plus, un sondage a été effectué, en 1990, dans différents hôpitaux de soins aigus du Royaume-Uni. À ce moment, 31% des hôpitaux répondants planifiaient l'embauche de personnel non-infirmier dans leurs départements. Cette mesure avait pour but de permettre un changement du rôle de l'infirmière, en augmentant son leadership face à l'équipe et en diminuant les tâches non-infirmières pour lesquelles elle était assignée auparavant (McLaughlin & Marascuilo, 1990). En 2000, McLaughlin, Barter, Thomas, Rix, Coulter & al., ont évalué la perception du rôle des infirmières du Royaume-Uni et des États-Unis travaillant avec le personnel soignant non-infirmier (préposés aux bénéficiaires, personnel de soutien). Les infirmières interrogées ont noté qu'elles avaient plus de temps alloué pour leurs activités professionnelles, suite à l'ajout de personnel supplémentaire non-infirmier. Elles avaient également la possibilité de se libérer de quelques tâches pouvant être comblées par les membres du personnel non-infirmier.

Finalement, une étude a été effectuée au Canada, en 2004, par O'Brien Pallas, Thomson, Mc Gillis Hall, Pink, Kerr, et al. (2004). L'objectif principal de cette étude était d'examiner les relations entre les variables susceptibles d'influencer les perceptions du patient, des infirmières, et les résultats sur la qualité et les coûts reliés aux soins. Au

total, 727 questionnaires ayant été remis à 1107 infirmières de six hôpitaux ont été analysés. 1230 patients issus de 24 unités de soins des six hôpitaux ont été inclus dans cette étude. Les conclusions de cette étude suggèrent que, pour réellement réduire le coût et améliorer la qualité des soins aux patients, les organisations bénéficieront 1) du recrutement d'infirmières expérimentées à temps plein et d'infirmières préparées au baccalauréat, 2) d'un nombre suffisant d'infirmières au sein de l'équipe de soin pour combler les besoins, et 3) de la création d'environnements de travail encourageant la santé physique et mentale des infirmières, ainsi que leur sécurité et leur satisfaction au travail (O'Brien & Pallas & al., 2004).

Les écrits démontrent donc que les principaux facteurs influençant l'étendue de la pratique des infirmières sont reliés à la charge de travail, à l'environnement de travail ainsi qu'à la composition et les caractéristiques des équipes de soins. Cette dernière section termine la recension des écrits. Celle-ci a permis une compréhension de l'étendue de la pratique et de ses effets, tant chez les bénéficiaires de soins que chez les infirmières. Elle a aussi mis l'accent sur les différents facteurs influençant les infirmières dans leur capacité à travailler selon la pleine étendue de leur pratique. La prochaine section concerne le cadre de référence qui sera utilisé dans la réalisation de cette étude.

## Cadre de référence

Le cadre de référence utilisé sera le cadre d'analyse de l'étendue de la pratique (*Framework to Analyze Scope of practice*), conçu par Julie Gregg, pour le Collège des infirmières autorisées de la Nouvelle-Écosse (CRNNS, 2005). Celui-ci guidera la collecte de données et fournira une perspective pour l'interprétation des résultats, puisqu'il permettra à l'investigatrice de lier les faits dans un système ordonné (Moody, 1990). Le but du travail de l'auteure était de cerner l'étendue de la pratique spécifique aux infirmières. Ce cadre de référence a été construit à la suite d'une importante recension des écrits et d'entrevues de groupe. De plus, il a servi lors de formations aux infirmières, en Nouvelle-Écosse. Ces formations avaient pour but de sensibiliser les infirmières à l'optimisation de l'étendue de leur pratique.

Ce cadre de référence est divisé en 4 sections. La première traite de la définition de l'étendue de la pratique des infirmières. Dans la seconde partie, l'auteure présente les principes et critères applicables à l'étendue de la pratique des infirmières et dans la troisième, des facteurs devant être pris en considération lorsque les décideurs définissent l'étendue de la pratique des infirmières. La dernière section présente les principaux éléments de l'étendue de la pratique.

Selon ce cadre de référence, l'étendue de la pratique infirmière est formée par quatre composantes ou catégories de compétences. Ces composantes ont été élaborées à partir des écrits et validées auprès des infirmières, par des groupes de discussions (CRNNS, 2005). Ces éléments ont été approuvés par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. Ce cadre de référence est utilisé auprès des infirmières de la Nouvelle-Écosse, principalement en début d'emploi en centre hospitalier, afin de les aider à exercer leur profession en utilisant pleinement l'étendue de leur pratique.

Ce cadre de référence présente les composantes de la pratique de manière simple et détaillée. Il est mis en contexte par rapport à la situation actuelle des infirmières au Canada et il est facile de transférer ces éléments à la pratique infirmière au Québec, puisque l'on retrouve ces éléments dans la description des titres d'emplois des infirmières définis à la suite de l'adoption du projet de loi n° 142. De plus, le cadre de référence schématisé permet de visualiser l'ensemble de l'étendue de la pratique ainsi que les principes et les critères qui la guide. Ce cadre de référence cerne bien l'essence de la discipline infirmière et les composantes de la pratique, présentées de manière générale, et est applicable aux quatre grands domaines de la pratique infirmière, soit les soins cliniques, l'administration, la recherche et l'éducation. Cependant, il aurait été souhaitable que l'auteure poursuive sa réflexion et puisse schématiser, de manière plus visuelle, les composantes de l'étendue de la pratique, et qu'elle puisse faire davantage de liens entre les différentes composantes et les grands domaines de la pratique infirmière.

Ce cadre de référence a été choisi car il correspond bien à l'objectif de recherche visé. Il permettra à l'investigatrice de séparer les éléments de la pratique infirmière en catégories concrètes. Il couvre l'ensemble de l'étendue de la pratique infirmière, peu importe le type de milieu où l'infirmière exerce sa profession. Celui-ci permettra à l'investigatrice de comparer l'étendue réelle de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes, en fournissant l'ensemble des éléments de l'étendue de la pratique. C'est la simplicité et la description complète et globale de l'étendue de la pratique qui a guidé l'investigatrice vers ce cadre de référence. Ce large éventail d'éléments permettra à l'investigatrice d'avoir une vision large de l'étendue de la pratique de l'infirmière et de visualiser tous les éléments possibles de l'étendue la pratique. Le cadre de référence complet construit par Julie Gregg est présenté à l'Appendice A.

### **L'étendue de la pratique infirmière (définition)**

La pratique des soins infirmiers signifie l'application de services professionnels, basé sur un savoir spécialisé issu des résultats probants des sciences humaines, biologiques et de principes de soins de santé primaires, chez un large éventail de clients, dont l'état de santé est stable ou instable.

La pratique des soins infirmiers comprend l'évaluation de l'état de santé et du bien-être du patient, l'identification d'un diagnostic infirmier basé sur l'évaluation clinique et l'analyse de toutes les informations disponibles sur le patient, le développement et l'implantation d'un plan de soins approprié, la coordination des soins du client, en collaboration avec les autres membres du personnel soignant, la surveillance des interventions et l'ajustement des soins en réponse aux besoins du patient et l'évaluation des résultats des interventions. La pratique infirmière comprend également la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé, la prévention des maladies, la gestion de crises en contexte de maladies aiguës ou chroniques, la prestation de soins palliatifs ou de réadaptation.

L'infirmière doit également agir en tant que conseillère et ressource pour les autres professionnels de la santé. Elle doit être en mesure de référer ses patients aux bonnes ressources communautaires ou à d'autres professionnels de la santé. Dans ses fonctions, tant au niveau des soins directs que dans son rôle de conseillère envers la clientèle, l'infirmière doit

### **Les composantes de l'étendue de la pratique**

### **Jugement clinique et critique de l'infirmière**

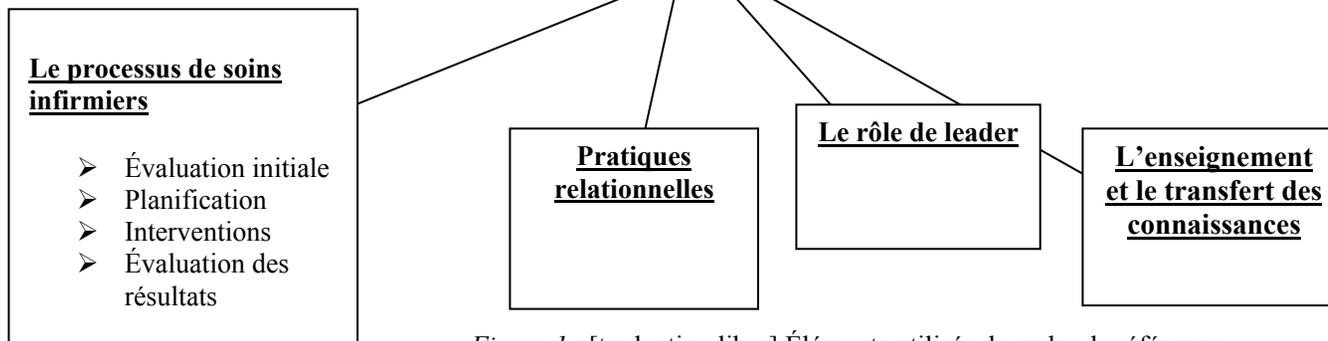


Figure 1 : [traduction libre] Éléments utilisés du cadre de référence CRNNS (2005)

### *L'étendue de la pratique des infirmières*

Selon ce cadre de référence, la pratique des soins infirmiers signifie l'application de services professionnels, basé sur un savoir spécialisé issu des résultats probants des sciences humaines, biologiques et de principes de soins de santé primaires. Ce savoir permet l'application de compétences requises dans les quatre grands domaines de la pratique infirmière. Les quatre grands domaines de la pratique infirmière sont les soins directs, la recherche, l'éducation et l'administration. Ces quatre domaines se retrouvent directement dans la pratique de l'infirmière soignante, que ce soit dans le processus de soins infirmiers, le leadership, les pratiques relationnelles ou dans l'enseignement ou le transfert des connaissances (CRNNS, 2005).

Ce cadre de référence définit bien le rôle de l'infirmière, selon la pleine étendue de sa pratique. Selon ce cadre, l'infirmière doit être en mesure de procéder à l'évaluation de l'état de santé et du bien-être du patient. Elle doit être en mesure d'identifier un diagnostic infirmier basé sur l'évaluation clinique et l'analyse de toutes les informations disponibles sur le patient. Elle doit développer et implanter un plan de soins approprié et coordonner les soins du client, en collaboration avec les autres membres du personnel soignant, surveiller les interventions et ajuster les soins en réponse aux besoins du patient. Finalement, elle doit évaluer les résultats de ses interventions (CRNNS, 2005).

L'infirmière a aussi une responsabilité au niveau de la promotion, du maintien et du rétablissement de la santé, de la prévention des maladies, de la gestion de crises en contexte de maladies aiguës ou chroniques, de la prestation de soins palliatifs ou de réadaptation. De plus, l'infirmière doit agir en tant que conseillère et ressource pour les autres professionnels de la santé. Elle doit être en mesure de référer ses patients aux bonnes ressources, notamment dans la communauté, ou à d'autres professionnels de la santé. Dans ses fonctions, tant au niveau des soins directs que dans son rôle de conseillère envers la clientèle, l'infirmière doit collaborer à la recherche en sciences infirmières. Elle doit faire de l'enseignement et être impliquée dans des tâches administratives et dans le développement de politiques ou procédures reliées au système de santé en général ou à l'organisation elle-même. L'étendue de la pratique des infirmières peut varier entre les infirmières en fonction du niveau de formation, de l'expérience et du milieu de soins (CRNNS, 2005).

Selon ce cadre, l'étendue optimale de la pratique des infirmières, tel que définie, se divise en quatre composantes distinctes. Chaque composante représente un rôle distinct de l'infirmière. Ces quatre composantes ont toutes leur importance et sont indissociables. Elles sont liées par le jugement clinique et critique de l'infirmière. Au fil du temps, l'infirmière a pu aiguiser et développer ce jugement par son expérience de pratique, sa formation et sa philosophie individuelle de soins.

### *Les quatre composantes de l'étendue de la pratique*

#### *Le processus de soins infirmiers*

L'infirmière doit être en mesure de collecter les données relatives à l'état de santé physique et psychologique du patient et de sa famille, les analyser et les vérifier, dans le but de planifier les interventions nécessaires. L'évaluation du patient et de sa famille est une composante clé de la démarche de soins et requiert un fort jugement clinique, tout comme les autres étapes de la démarche de soins infirmiers. Cette compétence requiert un sens aiguisé de la curiosité et une capacité d'organisation des idées. À la suite de l'évaluation du patient et de la famille, l'infirmière peut poser un diagnostic infirmier et planifie ses interventions. Elle doit ensuite évaluer ses interventions et les réajuster, au besoin, selon les besoins du patient et de sa famille (CRNNS, 2005).

L'infirmière doit aussi participer au processus formel de planification stratégique et opérationnelle des services cliniques, associée à la capacité de reconnaître les situations de changement et de prioriser de manière flexible et appropriée les activités.

#### *Les pratiques relationnelles*

Pour créer des relations professionnelles, les infirmières doivent appliquer leurs connaissances, leurs habiletés de communication et de relation d'aide ainsi que leur

compréhension de comportements humains et sociaux. On parle ici des habiletés de communication de l'infirmière, des relations qu'elle entretient avec les patients, les familles, la communauté et son équipe de travail. Ces relations impliquent les dimensions physiques, psychiques, sociales et spirituelles, autant de l'infirmière que de la personne avec qui elle est en relation de communication (CRNNS, 2005). Dans le cadre de cette étude, les pratiques relationnelles étudiées sont principalement les relations entre les membres de l'équipe de soins, soit les collègues infirmières ou les autres professionnels de la santé.

### *Le leadership*

L'infirmière doit faire preuve de leadership en agissant comme coordonnatrice de soins complexes, de mentor, de motivateur. Selon O'Baugh et al. (2007), le leadership désigne un ensemble d'éléments permettant d'entraîner et de favoriser le développement de la pensée critique en suscitant l'adhésion des parties impliquées. L'infirmière doit démontrer une pensée critique et une ouverture aux idées nouvelles susceptibles de modifier, d'améliorer ou de supporter la pratique infirmière. Elle doit être en mesure de coordonner les besoins des patients aux services disponibles. Elle a un rôle clé à jouer au niveau de la gestion de conflits et dans la construction de la culture organisationnelle. Elle doit également protéger les droits du patient et a le mandat de collaborer à des projets d'équipe. Elle doit, pour y parvenir, faire preuve de flexibilité et d'adaptation (CRNNS, 2005).

### *L'enseignement et le transfert des connaissances*

L'infirmière doit avoir un rôle pivot dans l'enseignement des étudiantes, des infirmières, des patients, du public et de la communauté. Elle doit également s'impliquer dans sa formation continue. Elle doit anticiper les besoins d'informations pour la clientèle, faire de l'enseignement, créer un environnement propice à la prévention et à la promotion de la santé et doit finalement, évaluer les résultats. Elle doit favoriser l'auto-prise en charge des patients et développer des stratégies adaptées en ce sens. Enfin, elle doit suivre les développements de la recherche et diffuser l'information sur les résultats, développer la pratique basée sur des résultats probants de recherche, y participer et sensibiliser son équipe à l'utilisation de connaissances issues du milieu de la recherche.

Ce cadre de référence a été utilisé dans la construction de la grille d'entrevue et dans l'analyse des données. Il a permis une comparaison de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes, ainsi qu'une visualisation des éléments de la pratique où l'infirmière clinicienne devrait davantage s'impliquer et exploiter son rôle, conformément à sa formation universitaire. Les infirmières ont également été questionnées sur les facteurs qui, dans leur établissement, permettent ou restreignent l'optimisation de l'étendue de leur pratique. Selon la littérature ayant servi à bâtir ce cadre de référence, le type de soins donnés, le contexte et les besoins de la clientèle et les règles et protocoles en vigueur dans l'organisation et la collaboration interprofessionnelle semblent influencer la capacité des infirmières à mettre en pratique

l'étendue optimale de la pratique des infirmières (CRNNS, 2005). Ces facteurs sont congruents avec les différentes études recensées traitant des facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique. En guise de rappel, ces facteurs ont été regroupés selon trois catégories, soit la charge de travail, l'environnement de travail et la composition de l'équipe de soins. Bien entendu, plusieurs facteurs individuels pourraient également influencer la capacité des infirmières et des infirmières cliniciennes à travailler selon la pleine étendue de leur pratique mais cet aspect n'a pas été élaboré dans le cadre de cette étude.

Ce cadre de référence a été utilisé dans la construction de la grille d'entrevue et dans l'analyse des données. Il a permis une comparaison de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes. Les infirmières ont également été questionnées sur les facteurs qui, dans leur établissement, permettent ou restreignent l'optimisation de l'étendue de leur pratique. Selon la revue de la littérature, les principaux facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique sont la charge de travail, l'environnement de travail ainsi que la composition et les caractéristiques des équipes de soins.

Le schéma qui suit sert à illustrer l'étendue de la pratique en lien avec les facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique, ainsi qu'avec les résultats associés à l'utilisation de l'étendue de la pratique par les infirmières et les infirmières cliniciennes. Ce schéma permet donc de constater que selon les écrits, l'étendue de la pratique est influencée par la charge de travail, l'environnement de travail ainsi que par

la composition et les caractéristiques des équipes de soins. De plus, il montre que l'utilisation de l'étendue de pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes a une influence sur la qualité des soins et sur la satisfaction au travail chez les infirmières, tel que vu dans la littérature. Cette étude ne permet toutefois pas d'évaluer les résultats de l'utilisation de l'étendue de la pratique chez les infirmières et les patients.

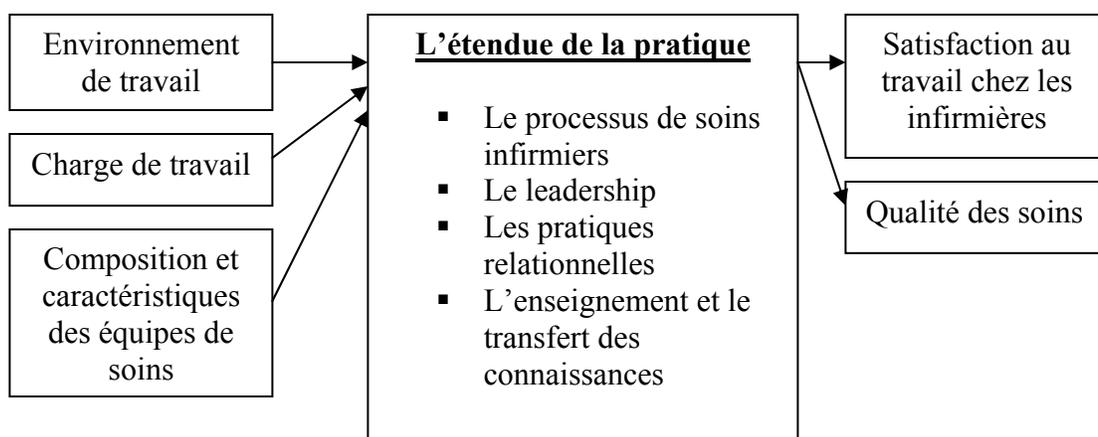


Figure 2: Cadre de référence pour l'analyse de l'étendue de la pratique (adapté du CRNNS, 2005)

## **Chapitre III : Méthodologie**

Ce chapitre aborde les aspects méthodologiques suivants: le devis de l'étude, la sélection du milieu et des participants, le déroulement de l'étude, les méthodes de collecte de données, le processus d'analyse des données, la rigueur méthodologique et, finalement, les considérations éthiques.

### **Le devis de l'étude**

Le devis sera celui d'une étude descriptive de type qualitatif. Selon Miles et Huberman (2003),

« Les données qualitatives permettent des descriptions et des explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local. Avec les données qualitatives, on peut respecter la dimension temporelle, évaluer la causalité locale et formuler des explications fécondes. Les données qualitatives sont riches et ont un caractère englobant, avec un potentiel fort de décryptage de la complexité; de telles données produisent des descriptions denses et pénétrantes, nichées dans un contexte réel et qui ont une résonance de vérité ayant un fort impact sur le lecteur » (p.11).

Les études descriptives servent à connaître les dimensions et variations d'un phénomène. Elles sont souvent utilisées dans le cas d'un phénomène peu étudié (Polit & Beck, 2004). Dans le cas présent, l'investigatrice veut explorer l'étendue de la pratique, selon le niveau de formation des infirmières. Les données de type qualitatif l'amèneront vers une description détaillée de la pratique, chez chacune des infirmières participantes à l'étude et vers des conclusions riches, détaillées et en lien avec le contexte. Par l'entremise de ces données, il sera possible, dans un deuxième temps, de nommer et de décrire les principaux facteurs organisationnels influençant la pleine étendue de la

pratique infirmière dans le milieu sélectionné.

### **Sélection du milieu**

Le milieu sélectionné est un hôpital régional. L'unité choisie est une unité de médecine et de chirurgie. Le choix de milieu se veut cohérent avec une étude de Meretoja et al. (2004), qui a démontré qu'en général, les infirmières de médecine et de chirurgie considéraient qu'elles optimisaient davantage l'utilisation de leurs compétences, acquises par la formation. Ce type d'unité est donc plus susceptible de fournir des données riches et détaillées au sujet de l'étendue de la pratique infirmière. Le personnel soignant du milieu sélectionné est composé d'infirmières et d'infirmières cliniciennes. Cet hôpital a été sélectionné puisque la direction a effectué depuis 2 ans une différenciation du rôle de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne.

### **Sélection des participantes**

Une cinquantaine d'infirmières, au total, travaillent au sein de l'unité de médecine et de chirurgie du milieu sélectionné. Sur ce nombre, quatre occupent un poste d'infirmière clinicienne. Au total, trois infirmières cliniciennes, trois infirmières ainsi que deux gestionnaires ont été interrogés. Les trois infirmières cliniciennes ont un poste d'infirmière sur le quart de nuit et de soir, mais une d'entre elles détient un poste d'assistante infirmière-chef sur le quart de soir. Les trois infirmières interrogées travaillent sur le quart de travail de soir. Elles travaillent toutes de temps à autre, comme

assistante sur l'unité. La première gestionnaire interrogée était la directrice des soins infirmiers du centre hospitalier et la deuxième était l'infirmière-chef de l'unité de médecine et de chirurgie.

Les infirmières et les infirmières cliniciennes interrogées répondaient aux critères d'inclusion suivants :

- 1) faire partie de l'unité en tant qu'infirmière soignante, technicienne ou clinicienne
- 2) y intervenir depuis plus d'une année soit à temps plein ou à temps partiel, ce qui représente un minimum de temps pour que les participantes soient en bonne connaissance de leur rôle et de leurs responsabilités, au sein de leur équipe
- 3) exercer la profession d'infirmière depuis un minimum de deux ans, afin que la période d'adaptation au sein de la profession soit dépassée
- 4) accepter de faire partie de l'étude en donnant un consentement écrit
- 5) accepter d'être enregistrée sur bande audio, lors des entretiens.

### **Le déroulement général de l'étude**

L'investigatrice a contacté, par téléphone, la direction des soins infirmiers, afin de la solliciter pour la participation du milieu à l'étude. Par la suite, l'investigatrice ainsi que l'infirmière gestionnaire de l'unité ont rencontré l'ensemble des infirmières soignantes de l'unité choisie pour leur expliquer le projet. Lors de la rencontre,

l'investigatrice s'est assurée de répondre aux questionnements de tous. Elle a expliqué la pertinence de l'étude pour l'administration des services infirmiers et la nature de l'implication du milieu nécessaire à la réalisation du projet à l'étude. La feuille d'information du projet a été remise aux infirmières cliniciennes et aux infirmières désirant participer et celles-ci ont été invitées à communiquer avec l'investigatrice. Lors des entrevues individuelles, l'investigatrice a expliqué à nouveau le projet et a répondu aux questions des infirmières concernant leur participation à l'étude. Les infirmières ont donné un consentement écrit libre et éclairé pour leur participation au projet et pour l'enregistrement sur bande audio.

### **Les méthodes de collecte des données**

L'entrevue semi-structurée était l'outil privilégié pour la collecte de données. Les entrevues étaient d'une durée approximative d'une heure. Elles ont été enregistrées sur bande audio et transcrites intégralement. Selon Fortin (1996), l'entrevue est un mode particulier de communication verbale, qui s'établit entre le chercheur et les participants, dans le but de recueillir des données relatives aux questions de recherche formulées. Il s'agit d'une démarche planifiée. Les entrevues varient en fonction de deux paramètres, soit le degré de liberté laissé aux interlocuteurs et le degré de profondeur de l'investigation. Cette forme d'entretien permet à la personne de s'exprimer longuement sur son expérience, sur ce qu'elle vit au quotidien, dans l'exercice de sa profession. Ces

questions permettront au sujet de s'exprimer librement, sans qu'il y ait un choix de réponses prédéterminées (Fortin, 1996). Elles permettent à la personne questionnée de s'exprimer sur des thèmes importants de sa pratique, qui n'ont pas été abordés par l'investigatrice. Cette forme d'entretien dicte la nécessité de bâtir une grille d'entrevue.

Trois guides d'entrevue ont été construits : un pour les infirmières cliniciennes, un pour les infirmières et un pour les gestionnaires. Les guides d'entrevue utilisés ont été construits autour des différentes composantes de la pratique infirmière : le processus de soins infirmiers, les pratiques relationnelles, le leadership et l'enseignement et le transfert des connaissances. Ce cadre a permis de répondre principalement à la première question de recherche. La deuxième section des guides d'entrevue, traitant de la deuxième question de recherche, était principalement conçue à partir de questions ouvertes cherchant à recueillir de l'information sur les facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes. (cf. grille d'entrevue Appendice B). La deuxième section de la grille d'entrevue, traitant de la deuxième question de recherche, a été élaborée à partir des principaux facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique. Ceux-ci ont été ressortis dans la recension des écrits et présentés dans la section du cadre de référence.

L'investigatrice a également tenu un journal de bord, tout au long de la collecte de données et de l'analyse des résultats. Le journal de bord a servi à enregistrer les pensées, les impressions, les craintes, les interrogations, les doutes, les révélations et les

sentiments de l'investigatrice (Creswell, 2003).

### **Le processus d'analyse des données**

Selon Creswell (2003), l'analyse des données implique différentes étapes interactives entre elles. Le chercheur doit d'abord préparer les données pour l'analyse, conduire les analyses en profondeur jusqu'à la compréhension claire du phénomène, représenter les données et finalement, interpréter globalement les résultats. Miles et Huberman (2003) considèrent que le processus d'analyse de données qualitatives se divise en trois catégories d'activités : la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration et vérification des conclusions.

De plus, l'utilisation du cadre de référence portant sur l'étendue de la pratique infirmière, développé par le CRNNS (2005), a permis de guider la collecte et l'analyse de données, tout en laissant place à l'émergence de nouveaux éléments. Le cadre de référence, tel que vu dans la recension des écrits, a principalement servi pour la première question de recherche. L'analyse a permis de comparer méthodiquement l'étendue de la pratique infirmière, telle que décrite par les infirmières, avec les différents aspects de l'étendue de la pratique, décrits dans le cadre de référence utilisé.

#### *La condensation des données*

L'analyse des données amène le chercheur à trier, à distinguer, à rejeter et à organiser les données de telle sorte qu'on puisse en tirer des conclusions finales et les vérifier. La condensation des données est donc la phase du processus de sélection des

données, qui consiste à centraliser, à simplifier et à transformer les données initiales, soit celles figurant dans les transcriptions des entrevues. Cette phase, bien qu'elle soit la première du processus d'analyse des données, se fait de manière continue, avant même le recueil effectif des données, jusqu'à l'achèvement du rapport final. Par exemple, la condensation des données se fait au moment du choix du cadre conceptuel utilisé et des questions de recherche. Au fur et à mesure de la collecte des données, d'autres phases de condensation apparaissent, telles que le repérage de thèmes dans les entretiens, les regroupements, les résumés, etc. Cependant, une portion importante de la condensation des données durant la collecte se fait par l'entremise de la création d'un système de codage (Miles & Huberman, 2003). Le codage est une opération de déconstruction des transcriptions des verbatim ou des notes en unités de signification (Fortin, 1996). Cette liste de codes sera construite à partir du cadre de référence, des questions de recherche, du guide d'entrevue et des données recueillies.

Les thèmes et les catégories ressortant de la collecte de données serviront à construire une description riche du phénomène à l'étude (Polit & Beck, 2004). Une fois le système de codification établi, il sera préférable d'établir des dossiers conceptuels. Cette approche consiste à établir un dossier pour chaque thème et y insérer tout le matériel recueilli pour chaque catégorie. Pour ce faire, l'investigatrice a inscrit dans la marge des verbatim transcrits le code correspondant pour chaque paragraphe et l'a trié dans le dossier correspondant (Polit & Beck, 2004).

### *La présentation des données*

La deuxième portion de l'analyse des données consiste en la présentation des données. Selon Miles et Huberman (2003)

« Un format de présentation signifie un assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions et de passer à l'action. » (p.29).

Une multitude de formats peuvent être utilisés : matrices, graphiques, diagrammes et tableaux. Ils sont tous conçus pour rassembler de l'information et l'organiser sous une forme compacte immédiatement accessible, qui permet à l'analyste de visualiser la situation et d'en tirer des conclusions justifiées, soit de passer à une étape suivante d'analyse, si besoin est (Miles & Huberman, 2003). Pour les besoins de cette étude, le mode traditionnel de présentation des données qualitatives, soit le texte narratif appuyé de verbatim illustrant les résultats, a été privilégié.

### *L'élaboration et la vérification des conclusions*

L'élaboration et la vérification des conclusions forment le troisième courant de l'activité analytique.

« Cette phase débute dès les débuts de la collecte de données, puisque l'investigateur décide du sens des choses, note les irrégularités, les explications, les flux de causalité et les propositions. Les conclusions seront toujours présentes, d'abord vagues et informes, puis de plus en plus explicites et enracinées » (Miles et Huberman, 2003, p.30).

L'investigatrice garde un esprit ouvert et critique. Les conclusions dites finales ne sont apparues qu'à la fin de la collecte des données, en fonction de la triangulation

des données. Cette stratégie démontre que les résultats obtenus, selon chaque méthode, apportent des renseignements pertinents pour l'étude (Miles & Huberman, 2003; Yin, 1994). Cette dernière a été rendue possible par les entrevues et le journal de bord. L'élaboration et la vérification des conclusions s'est faite par un processus de collaboration avec la directrice du mémoire de maîtrise.

En guise de conclusion, l'analyse des données qualitatives est un processus continu et rétroactif. Les trois activités s'entrecroisent avant, pendant et après la collecte des données, pour constituer l'analyse.

### **La rigueur méthodologique**

Les critères de validité et de fidélité diffèrent selon le type d'étude, soit qualitatif ou quantitatif. Dans le cas présent, l'investigatrice s'est appuyée sur quatre critères de qualité qui doivent assurer la rigueur méthodologique, soit les critères de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et fiabilité.

#### *Crédibilité*

Le critère de crédibilité réfère à la véracité des données et de leur interprétation (Polit & Beck, 2004). Un moyen d'assurer la crédibilité des données et des résultats est la triangulation des sources de données, c'est-à-dire l'usage de deux ou de plusieurs sources, lors de la collecte des données (Miles & Huberman, 2003; Polit & Beck, 2004). Ainsi, la triangulation des données recueillies par les entrevues semi-structurées, le

journal de bord et la participation de d'autres chercheurs est nécessaire pour garantir la qualité de l'information. L'utilisation d'un cadre de référence assure également la crédibilité des données. Selon Yin (1994), une stratégie déductive qui consiste à s'appuyer sur des propositions théoriques et à recourir à une logique de pattern-matching assure une bonne validité interne.

### *Transférabilité*

Le critère de transférabilité sert à déterminer si les conclusions de l'étude auront une signification plus large et si nous pourrions les transférer à d'autres contextes (Miles & Huberman, 2003; Polit & Beck, 2004). Dans ce cas-ci, nous ne pouvons conclure que les résultats de l'étude pourront être généralisés à d'autres centres hospitaliers, la culture organisationnelle étant différente. Cependant, ces résultats pourraient être transférables à des unités ayant un contexte de soins et une composition des membres de l'équipe de soins similaires à celle ayant fait l'objet de cette étude.

### *Constance interne et fiabilité*

Ce critère existe s'il y a indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques. La méthode de triangulation de données contribuera à augmenter la constance interne. Le critère de fiabilité représente l'indépendance des analyses, par rapport à l'idéologie du chercheur (Pourtois & Desmets, 1988). Ce critère a été assuré par la tenue régulière d'un journal de bord par l'investigatrice principale, tout au long du processus de collecte de données. Elle y a

noté ses sentiments, ses impressions ou ses jugements qui ont pu introduire des biais dans l'analyse des données.

### **Les considérations éthiques**

Le projet de recherche a été présenté au comité d'éthique de l'Université de Montréal. Les infirmières participant à l'étude ont donné leur consentement libre et éclairé pour leur participation aux entrevues ainsi que pour l'enregistrement sur bande audio. Tous les enregistrements des entrevues individuelles seront conservés dans un endroit sécuritaire et seront conservés sept ans après l'acceptation du mémoire. Les infirmières participant à l'étude ont été assurées de la confidentialité et de l'anonymat des informations transmises. Elles ont été avisées qu'elles pouvaient, si elles le désirent, se retirer à tout moment de l'étude et ce, sans aucun préjudice.

## **Chapitre IV : Analyse et présentation des résultats**

## **Analyse et présentation des résultats**

La première section de ce chapitre présente le contexte d'opérationnalisation du rôle de l'infirmière clinicienne ayant eu lieu dans le milieu sélectionné de l'étude. Plus précisément, il fait état du processus d'implantation du rôle de l'infirmière clinicienne, des réactions face à ce changement de la part des infirmières cliniciennes, des infirmières et des gestionnaires, et finalement, des objectifs cliniques réalisés par les infirmières cliniciennes ayant participé à la présente étude. La deuxième section dresse un portrait des participantes à l'étude. Finalement, la troisième section de ce chapitre fait état des résultats de cette étude, regroupés selon les différents éléments de la pratique infirmière et des principaux facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique, tel que vu précédemment.

### *Contexte d'opérationnalisation du rôle de l'infirmière clinicienne*

Suite à l'adoption du projet de loi no 142, neuf directions de soins infirmiers d'une région donnée se sont rencontrées. Au printemps 2007, ces directeurs et / ou directrices de soins ont établi un projet conjoint pour la reconnaissance de la contribution des infirmières cliniciennes, dans le but de différencier la pratique des infirmières cliniciennes de celle des infirmières. Ensemble, ils ont élaboré un projet qui avait pour but d'exiger de toutes les infirmières cliniciennes qu'elles s'acquittent des responsabilités inhérentes au poste d'infirmière clinicienne. Ce projet voulait que toutes

les infirmières cliniciennes du CSSS de la région réalisent, au minimum, un objectif clinique par année, dans un but d'amélioration de la qualité des soins. Au départ, toutes les infirmières cliniciennes du CSSS ont été rencontrées individuellement avec leur infirmière-chef et l'infirmière clinicienne spécialisée de leur département de soins. Ensemble, les trois ont convenu d'un objectif clinique à être rempli. L'ampleur de l'objectif était variable selon les infirmières cliniciennes et il n'y avait pas d'exigences minimales demandées pour le début de l'implantation du projet.

Le bilan de la première année a montré que 75 % des infirmières cliniciennes avaient réalisé totalement ou partiellement leur objectif clinique. La première évaluation de ce projet a été faite dans un but de reconnaître le travail des infirmières cliniciennes et dans l'objectif que l'ampleur des objectifs cliniques réalisés croît avec le temps. Au printemps 2008, la même démarche a été entreprise. Les infirmières cliniciennes ont été rencontrées à nouveau. Après la première année, un registre des réalisations a été élaboré et rendu public. Les objectifs recherchés par l'implantation de la différenciation des rôles de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne par la réalisation d'un objectif clinique étaient de reconnaître la contribution des infirmières cliniciennes au sein du CSSS et de permettre l'émergence d'un mouvement d'amélioration continue de la qualité des soins, par la réalisation d'une multitude de petits projets portés par les infirmières cliniciennes. La présente étude s'inscrit dans ce projet global de différenciation des rôles au sein de l'établissement qui adopte la différenciation des rôles.

Notons que les réactions des gestionnaires, des infirmières ainsi que des infirmières cliniciennes au sein de l'établissement étaient positives face au projet de différenciation du rôle de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne avec la réalisation de l'objectif clinique obligatoire de l'infirmière clinicienne. Au début, certaines ont cependant demandé des précisions et certaines se sont questionnées sur la faisabilité, en terme de temps, d'accomplir ce mandat. La direction des soins infirmiers de l'établissement les a donc amené à choisir un objectif qui pourrait ne prendre que très peu de temps dans leur quart de travail et a aussi offert son support, conjointement avec les infirmières-chefs et les infirmières cliniciennes spécialisées. La plupart des infirmières cliniciennes et des gestionnaires étaient contents de ce changement, car enfin, ceci permettrait de reconnaître la contribution des infirmières cliniciennes. Une des infirmières cliniciennes interrogées a même noté qu'elle était davantage rigoureuse dans ses fonctions et que l'étendue de sa pratique s'était élargie suite à l'implantation de ce projet. Elle sent que depuis 1 an, elle utilise davantage ses fonctions d'infirmière clinicienne. Les infirmières interrogées ont aussi vues d'un œil positif ce projet de différenciation des rôles. Elles pensent que les infirmières cliniciennes pourront contribuer à l'amélioration de la qualité des soins avec leurs projets et qu'elles pourront apporter des idées novatrices au sein de l'unité de soins. Cependant, elles trouvent qu'elles sont peu au courant des objectifs cliniques des infirmières cliniciennes, mis à part celles avec qui elles entretiennent des liens plus étroits.

La première infirmière clinicienne interrogée a réalisé deux objectifs cliniques à ce jour. La première année, elle a travaillé avec une autre infirmière clinicienne. Elles ont réalisé un guide d'information sur les examens diagnostics, conçu pour les infirmières, afin que celles-ci augmentent leurs connaissances à ce niveau et soient en mesure de mieux informer leurs patients. Lors de la dernière année, elle a élaboré un document sur la description de tâches pour les infirmières travaillant de nuit. Ceci a été fait car il y avait un manque de structure et d'organisation des soins donnés durant la nuit. Dans le document, les infirmières pouvaient retrouver la routine de soins habituelle de nuit au sein de cette unité de soins ainsi que la marche à suivre pour certaines tâches, comme la vérification d'administration des médicaments. Ainsi, les candidates à l'exercice de la profession d'infirmière, les externes et les nouvelles infirmières se sentaient moins démunies lors de leur début sur l'unité. Dans ce document, elle a aussi délimité le rôle de l'infirmière auxiliaire et le rôle du préposé aux bénéficiaires.

La deuxième infirmière clinicienne interrogée a réalisé son premier objectif clinique conjointement avec la première infirmière clinicienne interrogée. Pour son deuxième objectif clinique, elle a conçu un résumé du PTI (Plan thérapeutique infirmier). Toutes les infirmières de l'unité ont reçu une formation et cette infirmière a élaboré un document de référence disponible, afin d'aider les infirmières à bien écrire les PTI et de mettre à leur disposition un document de référence.

Finalement, l'objectif clinique de la dernière infirmière clinicienne était, au moment de l'étude, d'apporter le soutien clinique nécessaire aux infirmières dans l'implantation du PTI. Pour ce mandat, cette infirmière était libérée de ses fonctions de soignante pour un certain temps.

### *Portrait des participants à l'étude*

Voici un tableau notant quelques caractéristiques des répondants.

| répondants                            | Données socio-démographiques |      |           |             |      |      |               |      |
|---------------------------------------|------------------------------|------|-----------|-------------|------|------|---------------|------|
|                                       | Infirmières cliniciennes     |      |           | Infirmières |      |      | Gestionnaires |      |
| abréviation utilisée dans le texte    | ic1                          | ic2  | ic3       | i1          | i2   | i3   | G1            | G2   |
| nombre d'années occupant ce poste     | 3                            | 10   | 3         | 8           | 4    | 3    | 1             | 8    |
| nombre d'années en tant qu'infirmière | 5                            | 30   | 4         | 8           | 4    | 3    | 31            | 31   |
| quart de travail                      | nuit                         | nuit | soir-jour | soir        | soir | soir | jour          | jour |

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes

La première infirmière clinicienne est assistante infirmière-chef à temps complet de nuit. Son rôle consiste à prendre en charge l'unité, faire la répartition des patients, communiquer avec les médecins au besoin et superviser l'ensemble des équipes et des soins durant la nuit. Elle s'occupe de 0 à 4 patients par quart de travail. Elle supervise l'unité de 48 patients et a 2 infirmières et 2 infirmières auxiliaires à sa charge. Les infirmières travaillent en équipe de 2, c'est-à-dire une infirmière et une infirmière auxiliaire. Lorsqu'au besoin, deux auxiliaires doivent être jumelées ensemble,

l'assistante doit couvrir leur équipe pour les soins qu'elles ne sont pas en mesure de faire ou de prendre en charge comme par exemple, les intraveineuses.

La deuxième infirmière clinicienne travaille à temps complet de nuit. Occasionnellement, elle prend en charge le département, lorsque l'assistante est absente.

Finalement, la troisième infirmière clinicienne travaille à temps complet de soir. Elle est également assignée à certains mandats, dépendamment des besoins et des périodes de l'année. Elle est donc libérée par moments. Au moment où elle a été interrogée, elle avait été libérée pour une période de 2 mois pour travailler sur l'implantation du PTI avec les infirmières sur différents quarts de travail.

Les trois infirmières interrogées travaillent sur le quart de travail de soir. Elles travaillent toutes de temps à autre, comme assistante sur l'unité. Une d'entre elle s'implique dans la formation théorique des nouvelles infirmières sur l'unité. De plus, les trois infirmières interrogées s'impliquent dans l'orientation des nouvelles infirmières, sur l'unité directement.

La première gestionnaire interrogée était la directrice des soins infirmiers du centre hospitalier et la deuxième était l'infirmière-chef de l'unité de médecine et de chirurgie.

### *Présentation des résultats*

La première question de recherche était la suivante : comment les infirmières et les infirmières cliniciennes décrivent-elles l'étendue de leur pratique dans une unité de médecine et de chirurgie ? Les résultats présentés ci-dessous sont suivis de verbatim issus des entrevues individuelles avec les infirmières (i1, i2, i3), les infirmières cliniciennes (ic1, ic2, ic3) et les gestionnaires (G1 et G2). Les résultats sont organisés en fonction des quatre composantes de l'étendue de la pratique, tel que vu dans le cadre de référence, soit le processus de soins infirmiers, les pratiques relationnelles, le leadership ainsi que l'enseignement et le transfert des connaissances.

#### *Processus de soins infirmiers : Évaluation*

Pour toutes les infirmières et les infirmières cliniciennes interrogées, l'évaluation de l'état de santé du patient est intégrée à la routine de soins, au début du quart de travail et au besoin. L'évaluation est souvent partagée avec l'infirmière auxiliaire, qui se réfère à l'infirmière ou à l'infirmière clinicienne avec qui elle est jumelée au besoin. Aucun des répondants n'a perçu de différences dans l'exécution de cette étape du processus de soins. Les deux gestionnaires ont cependant noté qu'ils aimeraient que l'évaluation de l'état de santé du patient soit encore davantage développée chez l'infirmière clinicienne, mais ce n'est pas le cas actuellement.

«Dès la première tournée je fais mon évaluation du patient, de la tête au pied, et je complète avec les données du dossier du patient, les notes au dossier, les notes médicales etc. (ic3) »

« C'est dans l'analyse, la rigueur, l'intégration des données, la capacité de pousser des données, des connaissances physiologiques, que les infirmières cliniciennes ont des connaissances un peu plus fortes. Ça permet de pousser le raisonnement, de poser des questions, le pourquoi des affaires, d'en comprendre le sens, d'enseigner aux gens et aux patients...peut-être pas mieux, parce qu'il y en a qui n'ont pas le tour, mais avec beaucoup plus de fond, de substance...L'évaluation de l'état de santé, la technicienne va être aussi habile à faire ça, puis avec l'expérience, faire les liens, mais il y a une rigueur d'analyse, une profondeur d'analyse qui devrait se démarquer chez la clinicienne. (G2) »

#### *Processus de soins infirmiers : Planification*

Au niveau de la planification des soins, tous les répondants s'entendent pour dire que la planification des soins à donner durant le quart de travail avec la priorisation des interventions urgentes est une étape primordiale à faire au début du quart de travail en raison de la lourde charge de travail. Les six infirmières et infirmières cliniciennes interrogées semblent avoir une méthode similaire et semblent réajuster leur planification des soins en fonction des imprévus. Les deux gestionnaires interrogées n'ont pas non plus perçu de différences dans cette étape du processus de soins.

«Bien c'est sûr qu'après ma tournée je vais m'asseoir puis je fais mes priorités. Je regarde mon kardex, je note ce qui est prioritaire et c'est ça que je vais faire en premier parce que dans la chambre des fois c'est vite. Je vais vérifier tous mes labos, tout est fait avant de repartir à ma prochaine tournée à 7h. S'assurer que tout est fait, voir nos nouvelles prescriptions, serrer nos labos. (i1) »

*Processus de soins infirmiers : Évaluation des interventions et des résultats de soins*

Les six infirmières et infirmières cliniciennes interrogées ont noté l'importance de l'évaluation de l'intervention ainsi que la surveillance de celle-ci en cours de route. Elles ont toutes souligné l'importance de l'ajustement des soins en réponse aux besoins des patients ainsi que du suivi de l'intervention avec l'infirmière qui prendra la charge du patient au prochain quart de travail.

«Avant d'intervenir, je connais déjà la situation. Je vais avoir évalué le patient. Je vais vérifier mon dossier. Je vais voir s'il y a une problématique x. Puis je vais réévaluer mon patient en cours d'intervention. Par exemple, s'il a de la misère à respirer, je vais prendre sa saturation, je vais évaluer. Je vais toujours avoir fait une évaluation initiale, avant d'intervenir. Puis pour la surveillance et l'ajustement des soins, je m'en assure un donnant un rapport verbal à l'infirmière ou à l'auxiliaire au début du quart dans mon rôle d'assistante et elles inscrivent des notes sur leur rapport, sur leur feuille de soins, puis dès qu'il y a un problème, elles me le disent tout de suite. (ic2) »

Les six infirmières interrogées disent effectuer une évaluation des résultats de leurs interventions auprès des patients. Leur méthode ne semble pas différer et l'on constate, dans les deux cas, que les infirmières semblent avoir une démarche de résolution de problèmes afin de les aider, avant de communiquer avec le médecin. Par exemple, elles se servent du dossier du patient, du dossier antérieur ainsi que de l'expertise des membres de leur équipe de travail afin de trouver des solutions aux problèmes rencontrés. Encore une fois, les huit répondants ne perçoivent actuellement aucune différence concrète dans cette étape du processus de soins.

«Bien c'est sûr que je vais valider avec le patient l'efficacité de l'intervention, que mes interventions ont été correctes, je vais valider selon les paramètres de ce que j'ai fait, je vais m'assurer aussi de la satisfaction auprès du patient, je vais réévaluer la douleur... (ic3) »

En résumé, de manière générale, tous les répondants ont répondu qu'il y a très peu de différences perçues dans le processus de soins infirmiers entre l'infirmière et l'infirmière clinicienne. Cependant, les deux gestionnaires, deux infirmières cliniciennes ainsi qu'une infirmière perçoivent un sens d'analyse plus poussé, une démarche de soins plus organisée, une démarche de résolution de problèmes plus efficace ainsi qu'une plus grande curiosité intellectuelle chez l'infirmière clinicienne que chez l'infirmière.

« De façon générale, ce que je remarque c'est vraiment le côté d'analyse qui est plus développée chez les cliniciennes. (G1) »

#### *Pratiques relationnelles*

Au niveau de la coordination des soins au sein de cette unité de soins, c'est l'assistante qui est responsable de donner le rapport au quart de travail suivant. La coordination ainsi que la continuité des soins sont assurées par la communication, des rapports verbaux ainsi que par une planification avec l'aide d'outils de travail tels que les rapports écrits, les rapports verbaux, le kardex et le PTI. Toutes les infirmières et les infirmières cliniciennes assurent une certaine coordination et continuité des soins, mais elles sont davantage en mesure de le faire lorsqu'elles sont assistantes sur leur quart de travail.

Au sein de l'équipe de soins, les infirmières cliniciennes semblent agir en tant que ressource pour leurs collègues, par exemple pour répondre aux questions par rapport à leurs outils développés (en lien avec l'objectif clinique). Deux des trois infirmières cliniciennes interrogées semblent cependant avoir du mal à exploiter de manière optimale cette facette en raison de leur quart de travail de nuit.

« Mes collègues, c'est vraiment avec elles que j'ai le plus de relations. C'est avec elles que j'exerce un plus grand leadership car j'agis souvent comme une référence. Mais sinon, étant de nuit, je ne peux pas beaucoup exploiter cette portion de mon rôle... (ic1)»

« En étant assistante, je suis une ressource tout au long de la nuit. Pour coordonner l'ensemble des équipes et gérer les problématiques, c'est beaucoup par le dialogue avec les infirmières. (ic2) »

Les infirmières, quant à elles, décrivent leurs relations professionnelles au sein de l'équipe comme étant adéquates. Elles trouvent qu'il y a un bon travail d'équipe et que ceci leur permet de travailler dans une ambiance agréable. Elles ont aussi noté l'importance de la confiance dans les liens entretenus avec la personne avec qui elles travaillent.

« Bien c'est sûr que des fois tu travailles avec des filles plus habituées, c'est sûr que la confiance est plus facile à déléguer. Moi je suis comme ça, j'ai plus de difficulté à déléguer. Quand une fille on le sait est plus habituée, elle a de l'expérience, on le sait que les tâches vont être plus faites. Le niveau de confiance et faire confiance avec la fille qui travaille avec toi c'est très important. (i1)»

Les deux gestionnaires interrogés n'ont pas noté de différences dans cette composante de l'étendue de la pratique entre l'infirmière clinicienne et l'infirmière. De

plus, il ne semble pas vraiment avoir de différences au niveau des pratiques relationnelles avec les médecins entre les infirmières et les infirmières cliniciennes. Les relations sont généralement bonnes. Les infirmières qui exploitent davantage ce côté sont celles qui jouent le rôle d'assistante et toutes les infirmières et infirmières cliniciennes jouent le rôle d'assistante de temps à autre, mis à part une d'entre elle qui est l'assistante de nuit à temps complet. Il n'y a donc pas vraiment de différences dans les pratiques relationnelles avec les médecins selon le poste d'infirmière clinicienne ou d'infirmière. Les pratiques relationnelles entre les infirmières, les infirmières cliniciennes et les patients n'ont pu être réellement décrites. Ceci est d'ailleurs une limite de l'étude.

### *Leadership*

Les infirmières cliniciennes semblent avoir davantage le goût de développer leur leadership envers leurs collègues. De plus, il semble y avoir davantage d'engagement au sein du centre hospitalier depuis l'arrivée de l'objectif clinique demandé aux infirmières cliniciennes. Par exemple, l'une d'entre elles exerce un leadership dans le soutien clinique pour le plan thérapeutique infirmier. Les infirmières cliniciennes semblent avoir la volonté d'augmenter la qualité des soins au sein de leur unité et semblent agir comme ressources pour leurs collègues infirmières.

Par contre, selon la direction des soins, il semble que les infirmières cliniciennes qui ont un fort leadership ne demeurent pas en médecine-chirurgie. Elles vont chercher à aller exploiter davantage leur rôle dans un milieu qui leur offre plus de possibilités. Les infirmières cliniciennes interrogées disent être peu impliquées dans des activités professionnelles en dehors de l'unité de soins, mais elles se disent toutefois informées des nouveautés touchant la pratique infirmière. Les gestionnaires interrogés ont noté que certaines infirmières cliniciennes se démarquent au niveau du leadership. Cependant, elles ont noté que cet engagement ne se voit pas chez toutes les infirmières cliniciennes.

« Ça dépend des individus. J'ai des bachelières qui vont prendre leur place, qui savent où elles s'en vont, qui n'ont pas peur de déplaire, qui n'ont pas peur de s'assumer dans ce qu'elles font et d'aller plus loin. Par contre, il y en a d'autres qui vont se cacher, se camoufler dans la masse et ça ne ressort par, leur rôle différencié de clinicienne par rapport à la technicienne. (G2) »

« Ils vont venir se référer à moi, s'ils ont des questionnements. Je suis comme une référence, étant donné mon poste d'infirmière clinicienne et mon expérience en chirurgie. Avec mon poste de clinicienne puis depuis qu'on me voit plus pour les projets oui, les gens vont peut-être venir plus vers moi pour se référer. Dès que les gens ont des projets à mettre en place c'est sûr qu'ils vont venir vers moi pour que je puisse les aider. (ic3) »

Au niveau des infirmières, leur leadership est surtout visible dans leurs tâches quotidiennes, dans les soins donnés au patient et dans leurs relations avec leur équipe. On ne voit pas vraiment d'engagement cependant dans l'amélioration de la qualité des soins ou d'implication dans des projets spéciaux. Elles n'exercent pas non plus leur leadership à l'extérieur de leur unité de soins.

« Comme assistante, j'ai vraiment détesté l'expérience. Je ne le fais plus parce que je trouvais que je n'avais pas le temps d'assurer mes soins à mes patients, j'aime mieux avoir mes 12 patients à moi, savoir qu'ils vont tous bien. Mes 12 patients, je peux les décrire. S'il y a de quoi qui arrive, je le sais comment ils vont. Comment on est arrivé là... Mon leadership va être plus exercé par rapport à mon équipe, avec qui je travaille. Quelqu'un qui est plus insécure, je vais essayer de l'aider et de la diriger au mieux de mes connaissances que j'ai, puis essayer de l'épauler là-dedans puis de lui faire trouver sa confiance en lui, parce que des fois on commence puis on a peur. (i2) »

### *Enseignement et transfert des connaissances*

La section qui suit présente les différents éléments de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes reliés à l'enseignement et au transfert des connaissances. Nous y retrouvons l'implication dans la recherche, le transfert des connaissances et dans l'enseignement à la clientèle. Ces éléments font partie de la composante de l'enseignement et du transfert des connaissances issu du cadre de référence.

### *Enseignement et transfert des connaissances : Recherche*

Aucune des infirmières cliniciennes ni des infirmières n'est actuellement impliquée dans des projets de recherche en cours en sciences infirmières. Cependant, elles prennent connaissance des résultats de recherche mis à leur disposition, elles lisent les résultats de recherche disponibles facilement, comme ceux transmis dans la revue de l'OIIQ.

« C'est sûr que quand j'ai ma revue de l'OIIQ, je la lie, pour voir les nouveautés.  
(i1) »

*Enseignement et transfert des connaissances : transfert des connaissances*

Avec l'implantation du rôle de l'infirmière clinicienne par la réalisation d'objectif clinique et l'implantation du PTI, les trois infirmières cliniciennes ont pu élargir l'étendue de leur pratique au niveau du transfert des connaissances à leurs collègues. Une d'entre elles a conçu un document de référence pour l'application du PTI. Une autre infirmière clinicienne s'occupe du soutien clinique dans l'application du PTI. L'implantation du rôle de l'infirmière clinicienne a aussi permis à deux infirmières cliniciennes de développer un document de référence sur les examens diagnostiques que les patients doivent subir. Une des infirmières cliniciennes a également élaboré une feuille de route pour les nouvelles infirmières sur le quart de nuit, afin de faciliter leur adaptation. Finalement, une des infirmières cliniciennes fait aussi de la formation auprès des infirmières auxiliaires, des candidates à l'exercice à la profession infirmière et des externes en chirurgie. Elle donne une formation d'une journée aux nouvelles infirmières et prépare elle-même son matériel ainsi que les situations cliniques qu'elle leur présentera. Elle fait aussi le suivi du préceptorat, c'est-à-dire du jumelage d'une infirmière avec une nouvelle infirmière pour la période d'orientation.

Pour ce qui est des infirmières, une d'entre elles aide au besoin, une des infirmières cliniciennes dans la formation théorique donnée aux nouvelles infirmières.

Les infirmières semblent moins impliquées dans des activités de transfert des connaissances mais soulignent l'importance d'assister à des formations touchant leur secteur de soins et de transmettre les informations reçues à leurs collègues. Toutes les infirmières cliniciennes et les infirmières interrogées orientent les nouvelles infirmières, lorsque l'occasion se présente. Les gestionnaires trouvent que les infirmières cliniciennes ont plus d'intérêt et de possibilités de s'impliquer à ce niveau que les infirmières. Cependant, il semble que celles-ci pourraient davantage développer cette composante de l'étendue de la pratique, si elles avaient les conditions pour y arriver.

« J'ai un poste de soignante sur le département mais je suis assignée à certains mandats, dépendamment des besoins et des périodes de l'année. Actuellement, je m'occupe du PTI, au niveau de l'équipe de soir et de nuit. Je suis libérée à temps plein pour une période de 2 mois pour travailler sur l'implantation du projet. Je fais aussi de la formation auprès des infirmières auxiliaires, des candidates à la profession d'infirmière et des externes en chirurgie, toutes les nouvelles qui arrive, de jour. Je fais la formation, la je fais le PTI puis des fois je remplace aussi un conseiller clinicien. Je fais aussi les suivis pour le préceptorat et de l'accompagnement professionnel. Donc je n'ai pas de mandat spécifique, mais on me demande souvent pour des projets spéciaux. (ic3) »

#### *Enseignement et transfert des connaissances : enseignement à la clientèle*

Les trois infirmières cliniciennes ainsi que les trois infirmières interrogées font beaucoup d'enseignement à la clientèle dans leurs soins. Pour la planification de l'enseignement à faire, elles se servent beaucoup du suivi systématique de clientèle pour chaque patient. Cependant, elles sont parfois limitées par le manque de temps, leur quart de travail et par les nombreux imprévus qui se produisent sur l'unité de soins. Elles mentionnent toutes l'importance de faire le suivi de l'enseignement donné aux patients

avec les infirmières des autres quarts de travail. Les gestionnaires ne voient pas vraiment de différences entre les infirmières cliniciennes et les infirmières dans l'enseignement donné aux patients.

« On a notre suivi systématique de la clientèle du patient et il y a un point où c'est écrit enseignement...par exemple moi aujourd'hui j'ai fait l'enseignement changement de collerette je vais marquer enseignement changement de collerette enseigné et signer mes initiales. Alors la fille va savoir que moi j'ai montré le changement de collerette alors demain elle va se dire je montre la vidange du sac. Elle va passer à une autre étape. Puis des fois si ce n'est pas écrit, parce que ça arrive, c'est de valider avec le patient et c'est lui qui va nous le dire, où il en est rendu et comment ça s'est passé aussi. (i1) »

Bien que toutes les composantes de l'étendue de la pratique soient actuellement utilisées, tant chez l'infirmière que chez l'infirmière clinicienne, les résultats semblent montrer que l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes n'est pas actuellement optimale au sein de ce milieu. En lien avec le cadre de référence utilisé, nous pouvons constater que deux composantes de l'étendue de la pratique sont davantage développées par les infirmières cliniciennes que par les infirmières, principalement depuis la réalisation obligatoire d'un objectif clinique demandé annuellement aux infirmières cliniciennes. Ces composantes sont le transfert des connaissances et le leadership.

### *Facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique*

La deuxième question de recherche était la suivante : quels sont les facteurs organisationnels qui influencent l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes dans une unité de médecine et de chirurgie ? Le premier facteur qui semble influencer l'étendue optimale de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes de cette unité est la charge de travail. L'environnement de travail semble également influencer l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes au sein de cette unité. Les composantes de l'environnement de travail ayant été nommés sont : l'environnement physique et les ressources du milieu, le travail d'équipe ainsi que le leadership présent au sein de l'établissement, des infirmières, des infirmières cliniciennes et des gestionnaires. Finalement, la composition ainsi que les caractéristiques des équipes de soins semblent aussi influencer la capacité des infirmières et des infirmières cliniciennes à travailler selon la pleine étendue de leur pratique. Les aspects mentionnés par les participantes pour ce facteur sont : la stabilité des équipes de soins, la clarté des rôles, le quart de travail ainsi que le niveau de connaissances et d'expérience des infirmières

#### *La charge de travail*

Tout d'abord, la surcharge de travail a été citée par les huit répondants. La surcharge de travail semble être causée par le manque de personnel, l'acuité des patients,

le mode d'organisation du travail au sein de l'unité de soins et les tâches spécifiques demandées aux infirmières et aux infirmières cliniciennes. Comme certaines l'ont mentionné, la lourde charge de travail demandée aux infirmières et aux infirmières cliniciennes semble avoir un impact sur la qualité des soins prodigués à la clientèle. De plus, la lourde charge de travail limite la capacité des infirmières cliniciennes à travailler à des projets spéciaux, en lien avec leur poste d'infirmière clinicienne. La charge de travail est donc un facteur qui semble limiter grandement les infirmières et les infirmières cliniciennes dans leur capacité à travailler selon la pleine étendue de leur pratique.

« C'est pas mal juste la charge de travail...si il y avait plus d'infirmières et que je n'avais pas à couvrir et à aider autant dans les chambres, je pourrais en faire plus à ce niveau-là. (Enseignement, transfert des connaissances) (ic2) »

« Je trouve que beaucoup d'infirmières cliniciennes ont moins l'opportunité de faire des tâches de clinicienne, d'être impliquées dans des projets. C'est souvent difficile de les libérer pour d'autres projets qui pourraient faire avancer la pratique. Il y en a qui sont infirmiers cliniciens mais qu'à cause de ça (charge de travail), ils sont pas mal juste terrains. Il y a plein de choses où on aurait des idées ou des projets ou des choses à améliorer, mais c'est difficile de nous libérer. J'aimerais donner des soins plus de qualité, en ayant plus de temps avec les patients. (ic3) »

« Puis aussi, toute la bureaucratie, les choses cléricales qu'on a à faire, ça nous limite beaucoup. On passe beaucoup de temps à faire ça donc on perd du temps avec le patient. (ic2) »

« La charge est lourde et les patients...Il y a beaucoup plus d'acuité, les équipes sont instables...Les infirmières ont douze patients et les auxiliaires 10. C'est beaucoup...puis moi quand je couvre je vais couvrir les 2 auxiliaires, ça fait 24 patients puis je suis obligée de prendre entre 0 et 4 patients alors faut j'essaye de prendre des patients qui ont pas grand-chose, mais faut que je m'en occupe de mes patients, je ne veux pas les négliger... (ic2) »

« Les facteurs me limitant sont la charge de travail, le manque de temps, le remplacement des infirmières par des auxiliaires. L'évaluation est donc beaucoup moins importante que ce que l'on pourrait faire. Nous avons environ 13-15 patients par infirmière (en équipe de 2, avec l'auxiliaire). C'est beaucoup, puis il y a quand même un gros roulement en chirurgie et c'est des gros cas. (ic3) »

« On a déjà parlé de la charge de travail puis l'équipe....Mais aussi on a de plus en plus de papiers à remplir...de la paperasse...Ça je trouve ça très nuisible...C'est dans la façon de travailler....On dirait que c'est rendu  $\frac{3}{4}$  du temps dans les papiers et  $\frac{1}{4}$  avec les patients...Ce n'est pas tout à fait ça la proportion mais bon...on dirait que c'est trop dans le moment...Il y a sûrement quelque chose qu'on peut changer mais dans le moment...on est trop ancrés dans cette façon de faire là pour penser à changer les choses...(ic2) »

« Je trouve que beaucoup d'infirmières cliniciennes ont moins l'opportunité de faire des tâches de clinicienne, d'être impliquées dans des projets. C'est souvent difficile de les libérer pour d'autres projets qui pourraient faire avancer la pratique. Il y en a qui sont infirmiers cliniciens mais qu'à cause de ça, ils sont pas mal juste terrains. Il y a plein de choses ou on aurait des idées ou des projets ou des choses à améliorer, mais c'est difficile de nous libérer. J'aimerais donner des soins plus de qualité, en ayant plus de temps avec les patients. C'est vraiment cela. (ic3) »

#### *Environnement de travail*

La section qui suit présente les résultats traitant des facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique et lié à l'environnement de travail. Nous y retrouvons l'environnement physique et les ressources du milieu, le travail d'équipe, ainsi que le leadership des infirmières, des infirmières cliniciennes et des gestionnaires.

#### *Environnement de travail : l'environnement physique et les ressources du milieu*

L'environnement physique des lieux semble limiter la capacité des infirmières et des infirmières cliniciennes à travailler selon la pleine étendue de leur pratique, car il semble que les lieux sont plus ou moins propices à une pleine utilisation des

compétences des infirmières et des infirmières cliniciennes. De plus, il semble qu'il y ait un manque de matériel et de ressources.

« Je n'ai pas l'idéal comme environnement de travail. C'est embourbé. Ça manque d'espace, de lieux où on peut avoir une certaine confidentialité. Comme tu vois, j'ai beaucoup de ce côté-ci surtout, qui sont dans le corridor pour faire leurs dossiers, alors quand tu n'as pas un lieu propice pour dire je prends le temps pour vérifier mes laboratoires, de vérifier mes médicaments et tout, alors ça reste pas, ça ne te permet pas de bien te développer. Les dossiers sont loin parce que les gens travaillent dans les corridors. Alors tout ça fait en sorte que tu ne peux pas aussi bien développer l'étendue de ta pratique. (G2) »

« La première chose qui me vient en tête, c'est le matériel. Des fois des patients qui arrivent de l'urgence ou un transfert de n'importe quelle unité puis il a besoin d'oxygène, tu arrives dans la chambre et il y a pas le matériel nécessaire (ic1) »

#### *Environnement de travail : Le travail d'équipe*

L'ambiance de travail semble plutôt favorable à l'optimisation de l'étendue de la pratique et est un facteur d'influence. Le travail d'équipe et le support des collègues semblent être des éléments facilitant l'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes.

« Ce qui contribue, c'est d'avoir une équipe qui est dynamique. Qu'on s'entend bien, qu'on a de l'entraide. Un bon travail d'équipe. Ça c'est le fun quand on est dans le jus. Ça fait toute la différence. Même si on a bien de l'ouvrage, si il y en a 3 qui viennent me demander si je veux de l'aide, même si j'en veux pas, ça me fait tellement plaisir quand tout le monde fait ça. Juste ça, ça change tout. (i3) »

*Environnement de travail : Leadership des infirmières, des infirmières cliniciennes et des gestionnaires*

Dans ce cas-ci, les participantes discutent plutôt du leadership au sein de l'établissement, en comparaison au leadership personnel des infirmières et des infirmières cliniciennes traité précédemment. Les habitudes de gestion et de prise de décision de l'établissement ainsi que les habitudes de travail déjà en place semblent aussi limiter la capacité des infirmières à travailler selon la pleine étendue de leur pratique.

« Ça semble être un hôpital ici où il y a eu énormément de contrôle et qui dit contrôle amène les gens à être des exécutants et je te dirais que c'est par rapport à cela que les gens ont pas poussé plus loin l'analyse de ce qu'ils pourraient faire. (G1) »

Il semble également y avoir un manque d'engagement des infirmières et des infirmières cliniciennes dans l'exercice de leur rôle et par rapport à l'équipe de soins. Ceci est marqué par une peur de déranger, de déplaire ou encore, de prendre leur place par l'exercice de leur rôle, tel que défini.

« Je dirais qu'il y a un manque d'engagement. Elles vont chicaner au niveau du quotidien, s'il manque de monde ou s'il y a des choses comme ça, mais elles ne vont pas prendre leur place quand c'est quelque chose clinique qui mériterait qu'on dise haut et fort ce qu'on pense pour prendre notre place, pas un mot. Notre place, on peut la prendre auprès des autres professionnels, puis ça, je ne le vois pas beaucoup. Autant chez les infirmières que chez les infirmières cliniciennes. Puis, il manque énormément de prise en charge des infirmières pour diriger les soins dans son équipe. (G2) »

Quelques infirmières ont aussi perçu un manque d'écoute de la part des gestionnaires. Au niveau de l'administration centrale de l'établissement, il semble y avoir une certaine résistance aux changements des rôles de tous les membres de l'équipe de soins.

« Aussi au niveau des gestionnaires, ce serait bon d'avoir plus de support, d'être plus écouté...je pense pas qu'on est tellement écoutés....on demande beaucoup et on n'a pas beaucoup de feed-back. (ic2)»

#### *Composition et caractéristiques des équipes de soins*

Finalement, la stabilité des équipes de soins, la dotation du personnel, la clarté des rôles, le quart de travail ainsi que le niveau de connaissances et d'expérience des infirmières sont perçus comme étant des facteurs d'influence dans la capacité des infirmières et des infirmières cliniciennes à travailler selon la pleine étendue de leur pratique. De plus, le niveau de confiance entre les membres de l'équipe de soins est aussi un point important influençant la capacité des infirmières et des infirmières cliniciennes à travailler selon la pleine étendue de leur pratique.

« Aussi, stabiliser l'équipe ce serait bien. Juste stabiliser. Les postes sont donnés, mais il y a toujours un va et vient. Les congés pour études il y en a beaucoup. Au mois de septembre les filles retournent à l'école, il manque de monde. Les équipes sont déstabilisées. Donc faudrait offrir une stabilité. (i2) »

« Si on avait juste plus de personnel, juste du personnel régulier, ça paraîtrait. (i3)»

« Il y a un peu un mélange de tous les rôles. Autant de la part des préposés, des infirmières et des auxiliaires. (G1) »

« Je changerais des choses au niveau du fonctionnement de la composition des équipes. Parce que là, on fonctionne 1 auxiliaires 1 infirmière. Souvent on fait des tâches que je me dis que ce serait des tâches qui ne devraient pas être à nous. (ic3) »

« Puis, il manque beaucoup d'infirmières ici par rapport à ailleurs et c'est souvent des auxiliaires qui sont en place pour remplacer des infirmières. Alors créant cette charge-là, même mon assistante n'a pas le temps de faire pleinement son rôle, car elle est souvent en section. (G2) »

« Bien c'est sûr que des fois tu travailles avec des filles plus habituées, c'est sûr que la confiance est plus facile à déléguer. Moi je suis comme ça, j'ai plus de difficulté à déléguer. Quand une fille on le sait est plus habituée, elle a de l'expérience, on le sait que les tâches vont être plus faites. Le niveau de confiance et faire confiance avec la fille qui travaille avec toi c'est très important. (i1) »

« Bien peut-être le fait que je sois de nuit. On fait moins de soins...bien, on en fait, mais pas autant que si j'étais de jour. (ic1) »

« Il y a des lacunes au niveau des connaissances des infirmières et ce n'est pas tout le monde qui a le même bagage. C'est sûr qu'il devrait y avoir plus de formation. (i1) »

En résumé, plusieurs facteurs organisationnels influencent les infirmières et les infirmières cliniciennes à travailler selon la pleine étendue de leur pratique. Les facteurs soulignés par les infirmières, les infirmières cliniciennes et les gestionnaires rejoignent les facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique des infirmières dans la littérature. Cependant, au niveau de la composition et des caractéristiques de l'équipe de soins, le quart de travail sur lequel travaillent les infirmières et les infirmières cliniciennes semble être un facteur émergent, influençant l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes.

## **Chapitre V : Interprétation et discussion**

## **Interprétation et discussion**

Dans un premier temps, prenons chaque composante de la pratique, afin de discuter de l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes. Les infirmières et les infirmières cliniciennes semblent approfondir grandement la composante du processus de soins dans leur pratique, soit dans la prestation de soins aux patients, car cette unité de médecine et de chirurgie semble offrir un large éventail de situations cliniques. Les infirmières et les infirmières cliniciennes interrogées semblent avoir la même démarche de soins. Les infirmières et les infirmières cliniciennes basent leur processus de soins selon quatre étapes, soit l'évaluation de l'état de santé du patient, la planification des soins, les interventions et l'évaluation des résultats de soins. Cette étude n'évaluait cependant pas les compétences des infirmières et des infirmières cliniciennes dans leurs interventions. Une évaluation des compétences serait souhaitable dans le cadre de recherches ultérieures. Les infirmières interrogées exploitent un peu plus cette dimension de l'étendue de leur travail, en raison de leur quart de travail de soir, car les infirmières cliniciennes sur le quart de travail de nuit se voient limitées dans l'évaluation de santé du patient et dans leurs possibilités de prodiguer des soins la nuit. Le quart de travail a d'ailleurs été souligné comme étant un facteur influençant l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes.

Aucune des infirmières et des infirmières cliniciennes ne sont actuellement impliquée dans des projets de recherche en cours en sciences infirmières. Cependant,

elles prennent connaissance des résultats de recherche mis à leur disposition. Il serait approprié de mettre à contribution les infirmières et les infirmières cliniciennes, afin de rapporter des résultats de recherche pertinents au milieu de soins, afin d'en faire bénéficier l'ensemble des infirmières de l'unité et de changer certaines pratiques vers des pratiques basées sur les résultats probants. L'ensemble des infirmières interrogées ont cependant souligné un manque de ressources afin d'approfondir cette portion de l'étendue de la pratique. Bien que les ressources financières limitées soient souvent la raison de ce manque, il serait important de penser à une façon de permettre aux infirmières et aux infirmières cliniciennes d'avoir accès à des résultats de recherche informatiques et d'un endroit où elles pourraient retrouver les articles touchant les nouvelles pratiques, car il a clairement été démontré, selon Besner et al. (2005), que les ressources organisationnelles (équipement adéquat et fonctionnel, formation continue disponible pour les infirmières, accès aux résultats de recherches, opportunités d'implications au sein de l'organisation) ainsi que le support administratif influencent les infirmières dans leur capacité à travailler selon la pleine étendue de leur pratique.

Aussi, s'il y avait davantage de transfert de connaissances exercé par les infirmières et les infirmières cliniciennes, ceci pourrait augmenter le niveau de connaissances de l'ensemble du personnel soignant et la qualité des soins s'en trouverait augmentée, car la pratique se trouverait bonifiée par les données probantes. Ceci concorde bien avec les études de Besner et al. (2005) et du CRNNS (2005) qui ont démontré que l'expérience ainsi que le niveau de compétences et de connaissances des

infirmières influencent leur capacité à travailler selon la pleine étendue de leur pratique. En mettant à contribution les infirmières et les infirmières cliniciennes et en impliquant l'ensemble des infirmières dans les changements à venir, le rôle de l'infirmière clinicienne et de l'infirmière pourrait être optimisé davantage, principalement au niveau du leadership et du transfert des connaissances. Il a été démontré que les infirmières dont les fonctions correspondent pleinement à leur rôle tel que véhiculé par leur niveau de formation éprouvent un fort sentiment d'appartenance envers leur profession et que leur satisfaction au travail est amplifiée (Besner et al, 2005; Onyett, Pillinger & Muijen, 1997). Dans le contexte actuel de pénurie, ceci est un facteur très important, car si des actions sont entreprises dans le but d'augmenter la satisfaction au travail des infirmières, elles agiront également sur la motivation des infirmières à demeurer à leur emploi, ainsi qu'au sein de leur profession. De plus, la perception du travail des infirmières s'en trouverait plus positive, ce qui pourrait diminuer le taux d'absentéisme (Sounan et Gagnon, 2005), et qui du même coup, contribuerait à la stabilité des équipes. Pour y arriver, les facteurs influençant l'étendue de la pratique doivent être pris en compte. Le leadership des infirmières, des infirmières cliniciennes et des gestionnaires doit être teinté de cette volonté de changement des pratiques et d'optimisation du rôle de l'infirmière clinicienne et de l'infirmière. De plus, les infirmières et les infirmières cliniciennes doivent être conscientes des avantages possibles par cette optimisation de l'étendue de leur pratique et doivent elles aussi, travailler ensemble pour trouver des pistes de solution aux différents facteurs organisationnels les limitant dans l'exercice de l'étendue de leur pratique.

Au niveau des pratiques relationnelles, aucune différence n'a été perçue entre l'infirmière et l'infirmière clinicienne. Cependant, il semble plus difficile pour les infirmières cliniciennes d'élargir cette portion de l'étendue de la pratique, en raison de leur quart de travail de nuit. De plus, il ne semble pas vraiment avoir de différences au niveau des pratiques relationnelles avec les médecins entre les infirmières et les infirmières cliniciennes. Dans le milieu à l'étude, c'est l'assistante infirmière-chef qui assure les suivis entre les infirmières et le personnel médical. Ces aspects semblent grandement limiter les infirmières et les infirmières cliniciennes dans l'exercice de leurs compétences au niveau des pratiques relationnelles, car celles-ci semblent être limitées aux relations entre l'infirmière (ou l'infirmière clinicienne) et le patient et sa famille. Il serait important que ces points soient pris en compte, afin d'accroître le leadership des infirmières et des infirmières cliniciennes, car celles-ci pourraient davantage être impliquées dans les décisions et dans tout ce qui entoure l'organisation des soins au sein de leur unité.

Comme nous avons pu le voir dans les résultats de cette étude, il y a place à l'amélioration au niveau de l'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes dans ce milieu. Surtout dans le contexte actuel où les services de santé se retrouvent devant un manque de ressources et que nous faisons face à une augmentation de la complexité et de l'intensité des soins à prodiguer (Langan, 2003). Les gestionnaires, les infirmières cliniciennes et les infirmières ainsi que les patients pourraient voir de nombreux avantages à ce que l'étendue de la pratique de

l'infirmière et de l'infirmière clinicienne soit optimisée. Comme Magennis et al. (1999) l'ont démontré, l'optimisation de l'étendue de la pratique amène une augmentation de la qualité des soins, un meilleur suivi de la clientèle, ainsi qu'une augmentation de la satisfaction au travail chez les infirmières. Les gestionnaires seraient donc gagnants à mettre en place davantage de stratégies pour optimiser l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes. Une augmentation de la satisfaction au travail des infirmières est un important facteur de rétention, ce qui est plus que souhaitable dans le contexte actuel de pénurie de main d'œuvre infirmière. (Girard & al., 2005; Collins & al., 2005).

Dans un deuxième temps, regardons quelles ont été les principales différences entre l'étendue de la pratique de l'infirmière et celle de l'infirmière clinicienne. En lien avec le cadre de référence utilisé, nous pouvons constater que deux composantes de l'étendue de la pratique sont davantage développées par les infirmières cliniciennes que par les infirmières, principalement depuis la réalisation obligatoire d'un objectif clinique demandé annuellement aux infirmières cliniciennes. Ces composantes sont le transfert des connaissances et le leadership. Les composantes de la pratique plus développées chez l'infirmière clinicienne rejoignent bien la nouvelle nomenclature des titres d'emplois, tel que décrit par le MSSS (2008). De plus, ceci concorde bien avec l'étude de Blegen & al. (2001), qui a démontré que les infirmières détenant un baccalauréat sont moins orientées uniquement vers les tâches, démontrent davantage de professionnalisme,

ont davantage de leadership et s'intéressent de manière plus importante aux composantes psychosociales, communicationnelles et à l'enseignement au patient.

Il semble également que le jugement clinique ainsi que la capacité d'analyse soient plus approfondies chez l'infirmière clinicienne. Toutefois, dans le processus actuel d'implantation du rôle de l'infirmière clinicienne, les deux questionnaires interrogés ont souligné qu'ils aimeraient que les infirmières cliniciennes développent davantage leurs compétences au niveau de l'évaluation de santé du patient. Elles pourraient ainsi transférer davantage leurs connaissances à ce niveau et en faire bénéficier l'ensemble des infirmières de l'unité. Par contre, pour ce faire, il faudra davantage que l'implantation du rôle de l'infirmière clinicienne par la réalisation obligatoire d'un objectif clinique. Comme les infirmières cliniciennes de notre étude détiennent des postes de nuit et de soir uniquement, il est difficile de leur demander davantage à ce niveau, en raison de leur quart de travail principalement et des facteurs organisationnels identifiés les limitant dans cette étape du processus de soins. Comme un des objectifs de l'implantation du rôle de l'infirmière clinicienne dans ce centre est une augmentation de la qualité des soins, il faudrait axer les interventions sur les facteurs organisationnels limitant les infirmières et les infirmières cliniciennes à optimiser l'étendue de leur pratique, afin que celles-ci puissent développer leurs connaissances et prendre davantage d'expérience au niveau de l'évaluation de santé du patient.

En dernier lieu, discutons plus spécifiquement des facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes dans ce milieu. Certains facteurs organisationnels sont indépendants du pouvoir des gestionnaires tels que l'acuité des patients et le manque de personnel dû à la pénurie d'infirmières. Cependant, le mode d'organisation du travail ainsi que les tâches spécifiques demandées aux infirmières et aux infirmières cliniciennes sont des éléments sur lesquels les gestionnaires peuvent exercer des changements dans le but d'optimiser l'étendue de la pratique des infirmières. Pour ce qui est de la composition et des caractéristiques des équipes de soins, les résultats semblent démontrer l'influence de la stabilité des équipes de soins, de la clarté des rôles, de la dotation du personnel, du quart de travail ainsi que du niveau de connaissances et d'expérience des infirmières et des infirmières cliniciennes. Au sein de cette unité, il y a 5 postes d'infirmières cliniciennes. Aucune des infirmières cliniciennes travaillant sur ce département n'a un poste de jour. Ceci est un facteur d'importance dans un désir d'optimisation de l'étendue de la pratique de ces infirmières. De plus, des demandes inappropriées aux infirmières (distribution des repas, réponse au téléphone, etc.) par rapport à leur rôle et à leur formation contribuent à de hauts niveaux de stress au travail et à des sentiments de frustration, de doute de ses capacités, de diminution de l'estime de soi, d'irritabilité et de dépression (Gray-Toft & al., 1981 ; Kennedy al., 1997). Selon Hipwell et al. (1997), le niveau de stress et d'insatisfaction au travail chez les infirmières augmente lorsque celles-ci ont moins de temps pour faire des soins infirmiers. Les participantes à l'étude ont souvent souligné l'importance de la charge de travail au sein de l'unité et aussi, le fait que très souvent,

avec le manque de main d'œuvre, des infirmières sont remplacées par des infirmières auxiliaires. Ceci n'est pas une mauvaise chose en soi, mais une possible explication du fait que la charge de travail semble si élevée est peut-être que les infirmières et les infirmières cliniciennes ne sont pas adéquatement préparées pour travailler en collaboration avec les infirmières auxiliaires, ce qui fait en sorte que l'infirmière ou l'infirmière clinicienne ne délègue pas certaines tâches. Si les infirmières, les infirmières auxiliaires et les infirmières cliniciennes travaillaient davantage en collaboration, ceci pourrait diminuer la charge de travail de toutes. La situation actuelle peut donc mener l'infirmière ou l'infirmière clinicienne à ressentir un plus haut niveau de stress et d'insatisfaction. Dans un éventuel changement du mode d'organisation des soins, il serait important de mettre à contribution les infirmières et les infirmières cliniciennes dans le processus de décision et d'implantation des changements par rapport au mode d'organisation des soins, afin que le mouvement de changement vienne d'elles et les amène à exercer leur leadership.

Les facteurs organisationnels reliés à l'environnement de travail ayant été mentionnés sont les suivants : l'environnement physique et les ressources du milieu, le travail d'équipe ainsi que le type de leadership présent au sein de l'unité. Or, ces aspects se retrouvent dans la littérature comme étant des facteurs influençant la capacité des infirmières à optimiser l'étendue de sa pratique (Besner & al., 2005). Le manque de ressources à ce niveau peut par contre s'expliquer par le manque d'effectifs financiers. Pour ce qui est du travail d'équipe, celui-ci semble généralement acceptable, mais il

serait bien d'aider les infirmières, les infirmières cliniciennes, ainsi que les infirmières auxiliaires à mieux collaborer ensemble, afin de permettre à chacune d'exercer son rôle. Ceci pourrait être fait par le biais d'une formation ainsi que par des discussions entre elles au sujet de l'organisation du travail, afin que celles-ci soient motivées par le changement ainsi que par la motivation de la diminution de la charge de travail à long terme, lorsque chacune exercera son rôle et que l'une et l'autre se fera davantage confiance. Finalement, les participantes ont souligné l'importance d'avoir davantage de support de la part des gestionnaires de l'établissement. Dans le cas présent, il semble que les gestionnaires sont intéressés à effectuer des changements, mais les infirmières et les infirmières cliniciennes ont aussi une démarche personnelle à faire. Ils devront donc travailler de pair afin d'effectuer les changements nécessaires. Une explication possible est peut-être qu'au sein de cette unité, une culture organisationnelle ancrée nécessite d'être renversée, mais il semble y avoir une peur du changement, tant chez les infirmières que chez les gestionnaires. De plus, il faut noter qu'au moment de l'étude, l'infirmière-chef de l'unité était en fonction depuis seulement un an.

### **Les limites de l'étude**

Le fait que ce département de soins comportait peu d'infirmières cliniciennes a pu influencer les données de cette recherche. Aussi, les infirmières cliniciennes et les infirmières interrogées de cette unité travaillent actuellement sur les quarts de soir et de nuit, mis à part une d'elle qui est régulièrement mandatée pour travailler sur certains projets, de jour. Ceci a pour effet de limiter beaucoup l'utilisation de l'étendue de la pratique de ces infirmières et infirmières cliniciennes.

De plus, le projet de différenciation du rôle de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne est effectif depuis seulement deux ans. Le projet est donc encore en phase d'adaptation. Aussi, pour la faisabilité de cette étude, nous avons dû limiter le nombre de participants, étant donné que celle-ci a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise.

Finalement, dans le cadre de cette études, les questions d'entrevues reliées aux pratiques relationnelles n'ont pas permis de décrire adéquatement les pratiques relationnelles entre l'infirmière, l'infirmière clinicienne et les patients.

### **Les recommandations pour la recherche et la gestion**

Il serait souhaitable que cette étude soit conduite dans d'autres unités de soins infirmiers et auprès d'un plus grand nombre de participantes. De plus, il serait intéressant d'ajouter des observations cliniques dans la méthode de collecte de données afin de recueillir davantage d'informations. Aussi, il serait bien de jumeler cette étude à une étude évaluant les compétences des infirmières afin d'évaluer les compétences en lien avec l'étendue de la pratique.

Ceci dit, à la lumière de cette recherche, les décideurs pourront orienter les changements à apporter dans leurs établissements en lien avec le projet de loi no 142, en étant éclairés par les différents éléments de la pratique non exploités par les infirmières et les infirmières cliniciennes. De plus, cette étude renseigne les gestionnaires et les infirmières sur les différents facteurs organisationnels qui influencent l'étendue de la pratique des infirmières dans un milieu général de médecine et de chirurgie. Comme nous pouvons le constater, ces facteurs sont souvent facilement transférables d'une unité à une autre. Dans une gestion efficiente, il est essentiel de mettre à contribution les connaissances de chacun et d'en faire bénéficier le milieu de travail. Dans le contexte actuel de manque de ressources et d'augmentation de l'acuité des patients dans les milieux de soins, les infirmières cliniciennes pourraient être davantage mises à contribution, si nous leur offrons la possibilité et les outils pour amener les milieux de soins vers une pratique plus efficiente, afin d'augmenter la qualité des soins ainsi que la

satisfaction au travail des infirmières. De plus, si des changements sont effectués avec le désir d'augmenter la satisfaction au travail des infirmières, ils auront aussi un impact sur le taux de rétention, ce qui pourrait faire en sorte de stabiliser les équipes de soins. Ceci pourrait donc, une fois de plus, favoriser l'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières cliniciennes.

## **Conclusion**

## Conclusion

Cette étude a permis de décrire l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes dans un milieu de médecine et de chirurgie et elle a permis d'identifier les différents facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes dans le milieu sélectionné. Comme nous avons pu le voir, le rôle de l'infirmière et de l'infirmière clinicienne est surtout différencié au niveau des composantes du leadership et du transfert des connaissances. Cependant, une optimisation de l'étendue de la pratique est souhaitable, tant chez l'infirmière que chez l'infirmière clinicienne, afin d'augmenter la qualité des soins et d'augmenter la satisfaction au travail des infirmières et des infirmières cliniciennes. Cette étude a démontré que les facteurs organisationnels suivants influencent la capacité des infirmières et des infirmières cliniciennes à travailler selon la pleine étendue de leur pratique : la charge de travail, l'environnement physique des lieux, l'environnement de travail ainsi que la composition et les caractéristiques des équipes de soins. Les facteurs organisationnels identifiés dans cette étude devraient être vus non pas négativement, mais plutôt comme étant les cibles des interventions à venir dans le processus de différenciation du rôle de l'infirmière clinicienne et de l'infirmière.

Cette étude a su répondre aux deux questions de recherche. Cependant, d'autres études touchant l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes seraient souhaitables, afin de comprendre la réalité des milieux et de trouver des pistes

de solution permettant d'optimiser l'étendue de la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes.

## Références

- Adams, A., Bond, S. (2000). Hospital nurses job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 536-543.
- AIIC (1993). Champ de la pratique infirmière: étude des principales questions et tendances, Ottawa, Ontario.
- AIIC (1999). La formation infirmière au Canada. Récupéré le 1<sup>er</sup> septembre 2007 de [http://www.cna-nurses.ca/CNA/nursing/education/postbasic/default\\_f.aspx](http://www.cna-nurses.ca/CNA/nursing/education/postbasic/default_f.aspx)
- AIIC (2001). La formation infirmière au Canada. Récupéré le 1<sup>er</sup> septembre 2007 de [http://www.cnanurses.ca/CNA/nursing/education/postbasic/default\\_f.aspx](http://www.cnanurses.ca/CNA/nursing/education/postbasic/default_f.aspx)
- AIIC (2005). Evaluation Framework to Determine the Impact of Nursing Staff Mix Decisions. Ottawa, Ontario.
- AIIC, Service des politiques publiques (2009). Tableau des effectifs d'infirmières et infirmiers autorisés par domaine de responsabilités pour l'année 2007. Récupéré le 10 octobre 2009 de [http://www.cnanurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/2007\\_RN\\_profiles\\_f.pdf](http://www.cnanurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/2007_RN_profiles_f.pdf)
- Aiken L.H., Clarke S.P., Cheung R.B., Sloane, D.M., Silber, J.H. (2003) Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290, 1617-1623.
- Affonso, D.D., L. Jeffs, D. Dorand, Ferguson-Paré, M. (2003). Patient Safety to frame and reconcile nursing issues, *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 16(4), 69-81
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières, AIIC, ACESI. (2007). Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada, Ottawa, Ontario.
- Barter, M., Mc Laughlin, F.E., Thomas, S.A. (1997) Registered nurse role changes and satisfaction with unlicensed assistive personnel, *Journal of Nursing Administration*, 27(1), 29-38.
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., Morrison, J., Watson, L. (2005). A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice. Canadian Health Services Research Foundation.
- Blegen, M., Vaughn, T., Goode, C. (2001). Nurse experience and education: effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*, 31(1), 33-39.

- Clinton, M., Murrells, T., Robinson, S. (2005). Assessing competency in nursing: a comparison of nurses prepared through degree and diploma programmes. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 82-94.
- CNA (2003). Joint position statement : Scopes of practice. Ottawa, Ontario.
- College of registered nurses of Nova Scotia, (2005). A discussion paper on scope of nursing practice for registered nurses in Nova Scotia, Halifax. Récupéré le 2 février 2008 de <http://www.crnns.ca/documents/Scope%20of%20Practice%20Discussion%20Paper%20Oct%202005.pdf>
- Collins, K., Jones, M.L., McDonnell, A., Read, S., Jones, A., Cameron. A., (2000). Do new roles contribute to job satisfaction and retention of staff in nursing and professions allied to medicine? *Journal of Nursing Management*, 8, 3-12.
- Creswell, J.W. Plano, V.L.C. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Curtin, L. L. (2003). An integrated analysis of nurse staffing and related variables: Effects on patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 73-82
- Dunn, S., Ben-Tovim, D., McMillan, V. (2001) Explaining the increasing demand for nursing resources: an interim report. Finders medical centre, Adelaide.
- Dunn, S., Wilson, B., Esterman, A. (2005). Perceptions of working as a nurse in an acute care setting. *Journal of Nursing Management*, 13, 22-31.
- El-Jardali, F et Fooks, C., (2005). Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada : Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts. *Conseil Canadien de la Santé*.
- Ferguson-Pare, M. (2004). ACEN Position Statement : nursing workload- a priority for healthcare. *Nursing Leadership*, 17(2), 24-26.
- Fitzpatrick, J., While, A., Roberts, J. (1994) The measurement of nurse performance and its differentiation by course of preparation. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 761-768.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*, Ville Mont-Royal (Qc), Décarie Éditeur.
- Garland, G.A. (1996) Self report of competence. A tool for the staff development specialist. *Journal of Nursing Staff Development* 12(4), 191-197.

- Girard, F., Linton, N., Besner, J. (2005) Professional practice in nursing: a framework, Nursing Leadership-On-line Exclusive, June.
- Giro, E. (2000). Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 288-297.
- Goode, C.J., Williams, C.A. (2004). Post-baccalaureate nurse residency program, *Journal of Nursing Administration*, 34(2), 71-77.
- Gray-Toft, P. & Anderson, J.G. (1981) Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science and Medicine*, 15A, 639-647.
- Hipwell, A.E., Tyler, P.A., & Wilson, C.M. (1997). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 71-79.
- Jones, S., Davies, K. (1999) The extended role of the nurse: The united Kingdom perspective, *International Journal of Nursing Practice*, 5, 184-188.
- Jowett, S., Peters, M., Reynolds, H., Wilson, B. (2001) The UKCC's scope of professional practice, some implications for health care delivery, *Journal of Nursing Management*, 9, 93-100.
- Kennedy, P. & Gray, N. (1997) High pressure areas...occupational distress. *Nursing Times*, 93, 26-28.
- Kerfoot, Karlene M. (1997) Role redesign: what has it accomplished? Online Journal of issues in nursing. Récupéré le 9 mai 2007 de [http://www.nursingworld.org/ojin/tpc5/tpc5\\_3.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/tpc5/tpc5_3.htm)
- Koehoorn, M., Lowe, G.S., Rondeau, K.V., Schellenger, G. (2002). Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé. Ottawa, Ontario : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques inc.
- Kramer, M., Schmalenberg, C, E. (2003). Magnet Hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook* 51(1), 13-19
- Langan, J. (2003). Faculty practice and roles of staff nurses and clinical faculty in nursing student learning. *Journal of Professional Nursing*, 19(2), 76-84.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (2010). Récupéré le 1<sup>er</sup> mars 2010 de [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I\\_8/I8.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.html)

- Manuel, P. & Alster, K. (1994). Unlicensed personnel: no cure for an ailing health care system nurse. *Health Care, 15*, 18-21.
- Magennis, C., Slevin, C., Cunningham, J. (1999). Nurses attitudes to the extension and expansion of their clinical roles, *Nursing Standard, 13* (51), 32-36.
- McCaughan E. & Parahoo K. (2000) Medical and surgical nurses perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer, *Journal of Clinical Nursing, 9*, 420-428.
- Mc Laughlin, F., Barter, M., Thomas, S., Rix, G., Coulter, M., Coulter, M., Chadderton, H. (2000). Perceptions of registered nurses working with assistive personnel in the United Kingdom and the United States. *International Journal of Nursing Practice, 6*, 46-57.
- Mc Laughlin F, Marascuilo L. (1990) Advanced Nursing and Health Care Research: Quantification approaches. *Philadelphia: WB Saunders Company*.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., Kaira, A. (20004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments, *Journal of Nursing Management, 12*, 329-336.
- Mech, A., White, K. (1997), The changing scope of practice, *Maryland Nurse, 16*(3), 10-14
- Miles, M.B. & Huberman, A.M.. (2003). *Analyse de données qualitatives (2<sup>e</sup> éd.)* Paris.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, (2001). Rapport du forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière. Québec : Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, (2005). *Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public* (projet de loi n° 142), Assemblée nationale, Editeur officiel du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, (2008). Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux. Récupéré le 1er septembre 2009 de [http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/pdf/conventions/Nomenclature\\_2007-11-22\\_v2009-05-04.pdf](http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/pdf/conventions/Nomenclature_2007-11-22_v2009-05-04.pdf)
- Moody L.E.(1990). Advancing nursing science through research, vol.1. Newbury Park: Sage Publications.

- O'Brien-Pallas L, Thomson D, McGillis Hall L, Pink G, Kerr M, Wang S, Li X and Meyer R (2004). *Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance*. Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, Canada.
- Oelke, N.D., White, D., Besner, J., Doran, D., Mc Gillis Hall, L., Gioyannetti, P. (2008). Nursing Workforce Utilization: An Examination of Facilitators and Barriers on Scope of Practice, *Nursing Leadership*, 21 (1), 58-71.
- OMS. (2006). Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Onyett, S., Pillinger, T. & Muijen, M. (1997). Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 6, 55-66.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2001). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, Mémoire, Bureaux de l'OIIQ.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2001). Les infirmières veulent un champ d'exercice qui reflète les multiples facettes de la profession. *Le journal*, 8 (5).
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2003). Place à la collaboration interprofessionnelle. *Le Journal*, édition spéciale 2003.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2006). *Le plan thérapeutique infirmier : la trace des décisions clinique des l'infirmière*, Montréal, Bureaux de l'OIIQ.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2009). Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2007-2008. Récupéré le 18 août 2009 de [http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/Portrait\\_sommaire\\_2007-2008.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Portrait_sommaire_2007-2008.pdf)
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence!* , Mémoire, Bureaux de l'OIIQ.
- Polit, D.F.& Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins.
- Pourtois, J.P., & Desmets, H. (1988). *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liege-Bruxelle. Pierre Mardaga, Editeur.
- Pyne, R. (1992). Accountability in principle and practice. *British Journal of Nursing*, 1(6), 301-305.

- Rogers, AE, Hwang, WT, Scott, LD, Aiken, LH & Dinges, DF., 2004. The working hours of hospital staff nurses and patient safety, *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- Souanan, C., Gagnon, S. (2005), "Relationship among work climate, absenteeism and salary insurance in teaching hospitals", *Healthcare Management Forum*, 18 (3), 35-38.
- Tourangeau, A.E., Giovannetti, P., Tu, J.V., Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Winson G. (1993) Comparing degree and diploma courses. *Senior nurse*, 13, 37-41
- Yin, R.K. (1994). *Case study research: design and methods* (2<sup>e</sup> éd.) Newbury Park: Sage Publications
- Young, WB, Lehrer, El., White, WD. (1991). The effect of education on the practice of nursing. *Image Journal of Nursing School*, 23(2), 105-108.

**Appendice A**  
**Cadre de référence (CRNNS, 2005)**

**Appendix Full Scope of Practice of the Registered Nurse**

**The Profession's Scope of Practice**

**Definition of the Practice of Nursing**  
 "practice of nursing" means the performance of professional services requiring **substantial specialized knowledge of nursing theory** and the biological, physical, behavioural, psychological and sociological sciences as the basis for  
 (i) assessment, planning, intervention and evaluation in  
 a. the promotion and maintenance of health,  
 b. the facilitation of the management of illness, injury or infirmity,  
 c. the restoration of optimum function, or  
 d. palliative care, or  
 (ii) research, education, management or administration incidental to the objectives referred to in subclause (i),  
 and includes the practice of a nurse practitioner.

**The Individual's Scope of Practice**

**Principles and Criteria for Determining Scope of Practice**

| Principles (*complete descriptions on back)  | Criteria (*complete descriptions on back)   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Focus on the needs of the population served</li> <li>➤ Flexibility</li> <li>➤ Collaboration and cooperation</li> <li>➤ Coordination of individual patient care</li> <li>➤ Patient choice of health care provider</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accountability</li> <li>➤ Education</li> <li>➤ Competency and standards of practice</li> <li>➤ Quality assurance and improvement</li> <li>➤ Risk assessment</li> <li>➤ Evidence-based practices</li> <li>➤ Setting and culture</li> <li>➤ Legal liability &amp; insurance</li> <li>➤ Regulation</li> </ul> |

**Factors that Influence Scope of Practice**

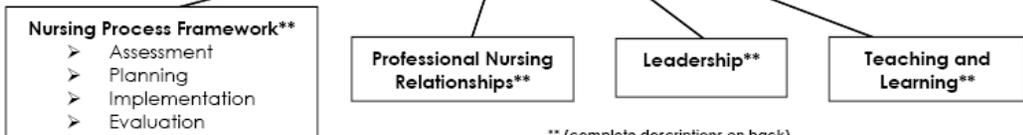
- the agreement of stakeholders (characteristics of the health care providers)
- support within the practice setting (organizational resources and the context of the practice situation)
- the philosophy of a professional organization (e.g. Canadian Association of Critical Care Nurses).
- standards for practice and core competencies,
- individual practice experience
- an individual philosophy of care

**Nursing Theory:** Self Care – Goal Attainment – Caring – System - Humanistic etc.

**Critical Thinking - Competencies**

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <p><b>General</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scientific Method</li> <li>• Problem solving</li> <li>• Decision making</li> </ul> | + | <p><b>Specific (Clinical)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic reasoning</li> <li>• Clinical inferences</li> <li>• Clinical decision making</li> </ul> | + | <p><b>Specific (Nursing)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing Process :Assessment, Planning, Implementation, Evaluation</li> </ul> |
|---|---|---|---|--|

**Nursing Judgment**



\*\* (complete descriptions on back)

### \*Principles

**Focus** on the needs of the population served to promote safe, ethical, high quality care that is timely, affordable, and provided by competent health care providers.

**Flexibility** is an approach that is responsive to the needs of the population and enables providers to practise to the extent of their education, experience, and competency.

**Collaboration and cooperation** supports interdisciplinary approaches to health care and good health outcomes. An evidence-based approach and good communication are essential.

**Coordination** of individual patient care is the role of a qualified health care provider and

**Patient choice** of health care provider should be taken into account

### \*Criteria

**Accountability:** The degree of, accountability, responsibility, and authority that the health care provider assumes for the outcome of their practice

**Education:** Consider the breadth, depth, and relevance of the health care provider's education program taking into consideration provider certification and maintenance of competency

**Competency and standards of practice:** Consider the degree of knowledge, values, attitudes and skills of the provider group. Take into account clinical expertise, judgment, critical thinking, analysis, problem-solving, decision-making, leadership.

**Quality assurance and improvement:** Scopes of practice should reflect measures that have been implemented for the protection of the population served

**Risk assessment:** Includes taking into consideration risk to patients

**Evidence-based practices:** Degree to which practices are based on valid scientific evidence

**Setting and culture:** To be sensitive to place, context, and culture in which the practice occurs

**Legal liability & insurance:** Should reflect case law and the legal liability assumed by the health care provider including mutual professional malpractice protection or liability insurance coverage

**Regulation:** Should reflect the legislative and regulatory authority where applicable, of the health care provider

### Nursing Process Framework

#### Assessment

- gather client information
- critically examine and analyze data
- observation, vigilance, monitoring
- surveillance
- recognition of potential
- catastrophic events
- identify a client's response to a health problem

#### Planning

- independent or interdependent
- information sharing
- discuss care options, consult on
- rounds
- develop a plan to meet client
- discharge needs
- anticipate potential high risk situations
- develop partnerships with clients

#### Implementation

- design expected outcomes
- evaluate complexity & predictability of care needs
- managing negative outcomes
- exhibiting high level clinical decision-making

#### Evaluation

- evaluate whether the action is effective

### Professional Nursing Relationships

- Nurse-client helping relationships
- Nurse-family relationships
- Nurse-health team relationships
- Nurse-community relationships
- Communication is key

### Teaching and Learning

- pivotal role in educating themselves, students, other RNs, staff, patients and the public
- anticipate client needs for information,
- teach the information
- create a learning environment
- evaluate the outcomes

### Leadership

- Coordinator of a complex system
- Mentor & motivate
- Within groups build teams & resolve conflicts
- Organizationally build culture

- Set the direction & oversee the outcomes
- Flexibility, adaptability, expecting the unexpected,
- Dealing with ever-changing environment, people & politics, management & leadership, dealing with conflict

**Appendice B**  
**Guides d'entrevue**

## **Guide pour les entretiens semi-structurés auprès des infirmières cliniciennes de l'unité de médecine et de chirurgie**

**No d'entretien :** \_\_\_\_\_

**Date et heure :** \_\_\_\_\_

L'objectif de cette recherche est de décrire l'étendue de la pratique des infirmières notamment de la pratique des infirmières cliniciennes et des infirmières. De plus, elle permettra de cibler les principaux facteurs organisationnels influençant l'étendue maximale de la pratique des infirmières, selon le niveau de formation.

Le questionnaire est essentiellement composé de questions ouvertes. Tous renseignements pouvant permettre à quelqu'un de vous identifier seront effacés sur l'enregistrement. L'entretien sera enregistré et les bandes audio seront conservées pendant sept ans, en lieu sûr et sous clé.

### **Général**

Comment est décrit le poste d'infirmière clinicienne dans votre établissement et que pensez-vous de cette description ?

### **Processus de soins infirmiers**

#### **Évaluation initiale**

Dans votre démarche de soins quotidienne, effectuez-vous une évaluation initiale de vos patients avant d'intervenir ou de planifier les soins et si oui, de quelle façon vous y prenez-vous ?

Croyez vous que votre formation universitaire vous rend plus apte à faire cette évaluation initiale de vos patients ou au contraire, constatez-vous des lacunes au niveau de vos connaissances à ce niveau et quels sont, selon vous, les autres facteurs vous limitant dans cette étape du processus de soins ?

#### **Planification des soins**

Décrivez-moi votre façon de planifier les soins à votre clientèle. Quels sont vos mécanismes d'organisation dans votre travail vous aidant à bien planifier et coordonner vos soins ?

Quels sont les facteurs vous limitant dans cette étape du processus de soins?

### **Interventions**

De quelle façon effectuez-vous vos interventions auprès de la clientèle et comment vous assurez-vous de la surveillance des interventions ainsi que de l'ajustement des soins en réponse aux besoins du patient ?

Sentez-vous que des facteurs vous limitent dans la réalisation de vos interventions auprès de la clientèle ?

### **Évaluation des résultats**

Décrivez-moi votre façon d'évaluer les résultats de vos interventions ainsi que votre démarche de résolution de problèmes ?

Croyez-vous que votre poste d'infirmière clinicienne vous rend plus apte dans cette étape du processus de soins et y-a-t'il d'autres facteurs organisationnels ou personnels limitant votre capacité à évaluer les résultats de vos interventions ?

En général, sentez-vous que vous pratiquez selon la pleine étendue de votre pratique ? Si non, quels sont les facteurs vous limitant ?

### **Relations professionnelles infirmières**

De quelle façon vos relations professionnelles influencent-elles votre pratique ?

Dans quelle mesure assurez-vous la coordination ainsi que la continuité des soins ?

Comment votre poste d'infirmière clinicienne influence-t'il vos relations professionnelles ?

### **Recherche, éducation et transfert des connaissances**

Êtes-vous impliquée dans des projets de recherche en cours en sciences infirmières ? Si non, de quelle façon les résultats de recherche en sciences infirmières influencent-ils vos soins ?

De quelle façon assurez-vous votre rôle d'éducateur envers vos collègues infirmières et quel rôle jouez-vous dans la formation de stagiaires ou dans l'orientation du nouveau personnel ?

Comment intégrez-vous l'enseignement de la clientèle dans vos soins ?

Votre poste d'infirmière clinicienne vous permet-il d'être plus apte à exercer vos fonctions au niveau de la recherche, de l'éducation et du transfert des connaissances ? De plus, quels sont les facteurs vous limitant dans cette composante de votre pratique ?

### **Leadership**

Comment votre pratique actuelle vous permet-elle d'agir en tant que leader au sein de votre établissement ou de la profession en général ?

Quels rôles de l'infirmière clinicienne sont négligés, selon vous, dans votre pratique actuelle ?

Si vous en aviez la chance, qu'aimeriez-vous changer dans votre pratique actuelle et pourquoi ?

### **Facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique**

Y-a-t'il des facteurs qui nuisent ou qui contribuent à votre capacité de travailler selon la pleine étendue de votre pratique ?

Si non, qu'en est-il de :

- La charge de travail
- La composition de votre équipe
- Votre environnement de travail

Quels seraient les changements à apporter au sein de votre département, afin que les infirmières travaillent selon la pleine étendue de leur pratique ?

Qu'est-ce qui distingue votre pratique de celle de vos collègues ayant un poste d'infirmière ?

### **Profil de l'infirmière**

Âge : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité (veuillez cocher)

Collégial : \_\_\_\_\_ Universitaire : \_\_\_\_\_

Nombre d'années occupant ce poste : \_\_\_\_\_

Nombre d'années au sein de ce CH : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière : \_\_\_\_\_

## **Guide pour les entrevues semi-structurées auprès des infirmières de l'unité de médecine et de chirurgie**

**No d'entretien :** \_\_\_\_\_

**Date et heure :** \_\_\_\_\_

L'objectif de cette recherche est de décrire l'étendue de la pratique des infirmières. De plus, elle permettra de cibler les principaux facteurs organisationnels influençant l'étendue maximale de la pratique des infirmières, selon le niveau de formation.

Le questionnaire est essentiellement composé de questions ouvertes. Tous renseignements pouvant permettre à quelqu'un de vous identifier seront effacés sur l'enregistrement. L'entrevue sera enregistrée et les bandes audio seront conservées pendant sept ans, en lieu sûr et sous clé.

### **Général**

Actuellement, que pensez-vous de votre pratique ?

### **Processus de soins infirmiers**

#### **Évaluation initiale**

Dans votre démarche de soins quotidienne, effectuez-vous une évaluation initiale de vos patients avant d'intervenir ou de planifier les soins et si oui, de quelle façon vous y prenez-vous ?

Quels sont, selon vous, les autres facteurs vous limitant dans cette étape du processus de soins ?

#### **Planification des soins**

Décrivez-moi votre façon de planifier les soins à votre clientèle. Quels sont vos mécanismes d'organisation dans votre travail vous aidant à bien planifier et coordonner vos soins ?

Quels sont les facteurs vous limitant dans cette étape du processus de soins ?

### **Interventions**

De quelle façon effectuez-vous vos interventions auprès de la clientèle et comment vous assurez-vous de la surveillance des interventions ainsi que de l'ajustement des soins en réponse aux besoins du patient ?

Sentez-vous que des facteurs vous limitent dans la réalisation de vos interventions auprès de la clientèle ?

### **Évaluation des résultats**

Décrivez-moi votre façon d'évaluer les résultats de vos interventions ainsi que votre démarche de résolution de problèmes ?

En général, sentez-vous que vous pratiquez selon la pleine étendue de votre pratique ? Si non, quels sont les facteurs vous limitant ?

### **Relations professionnelles infirmières**

De quelle façon vos relations professionnelles influencent-elles votre pratique ?

Dans quelle mesure assurez-vous la coordination ainsi que la continuité des soins ?

### **Recherche, éducation et transfert des connaissances**

Êtes-vous impliquée dans des projets de recherche en cours en sciences infirmières ? Si non, de quelle façon les résultats de recherche en sciences infirmières influencent-ils vos soins ?

De quelle façon assurez-vous votre rôle d'éducateur envers vos collègues infirmières et quel rôle jouez-vous dans la formation de stagiaires ou dans l'orientation du nouveau personnel ?

Comment intégrez-vous l'enseignement de la clientèle dans vos soins ?

### **Leadership**

Comment votre pratique actuelle vous permet-elle d'agir en tant que leader au sein de votre établissement ou de la profession en général ?

Si vous en aviez la chance, qu'aimeriez-vous changer dans votre pratique actuelle et pourquoi ?

### **Facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique**

Y-a-t'il des facteurs qui nuisent ou qui contribuent à votre capacité de travailler selon la pleine étendue de votre pratique ?

Si non, qu'en est-il de :

- La charge de travail
- La composition de votre équipe
- Votre environnement de travail

Quels seraient les changements à apporter au sein de votre département, afin que les infirmières travaillent selon la pleine étendue de leur pratique ?

Qu'est-ce qui distingue votre pratique quotidienne de celle de vos collègues ayant un poste d'infirmière clinicienne ?

Qu'est-ce que vous en pensez?

### **Profil de l'infirmière**

Âge : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité (veuillez cocher)

Collégial : \_\_\_\_\_ Universitaire : \_\_\_\_\_

Nombre d'années occupant ce poste : \_\_\_\_\_

Nombre d'années au sein de ce CH : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière : \_\_\_\_\_

## **Guide pour les entrevues semi-structurées auprès Des gestionnaires**

**No d'entretien :** \_\_\_\_\_

**Date et heure :** \_\_\_\_\_

L'objectif de cette recherche est de décrire l'étendue de la pratique des infirmières. De plus, elle permettra de cibler les principaux facteurs organisationnels influençant l'étendue maximale de la pratique des infirmières, selon le niveau de formation.

Le questionnaire est essentiellement composé de questions ouvertes. Tous renseignements pouvant permettre à quelqu'un de vous identifier seront effacés sur l'enregistrement. L'entrevue sera enregistrée et les bandes audio seront conservées pendant sept ans, en lieu sûr et sous clé.

### **Description du milieu**

Combien d'infirmières cliniciennes et d'infirmières travaillent dans votre milieu et combien en médecine et chirurgie ?

Vous avez récemment débuté le projet d'implantation du rôle des infirmières et des infirmières cliniciennes : pouvez-vous me parler de vos actions entreprises ainsi que de votre échéancier ?

Quels étaient les buts et objectifs recherchés ?

Quelles sont les étapes à venir ?

Selon vous, dans la pratique quotidienne, qu'est-ce qui devrait distinguer la pratique de l'infirmière clinicienne de celle de l'infirmière ?

À ce stade-ci, quels changements avez-vous pu remarquer chez les infirmières cliniciennes et vos infirmières, depuis le début du projet ?

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait expliquer les écarts entre ce qui devrait être effectif et ce qui se produit actuellement dans la pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes ?

Quelles sont les réactions des infirmières et des infirmières cliniciennes face aux changements demandés ?

Quels sont les avantages et inconvénients remarqués depuis le début du projet ?  
Selon vous, vos infirmières et vos infirmières cliniciennes travaillent-elles selon la pleine étendue de leur pratique et si non, pourquoi ?

### **Facteurs organisationnels influençant l'étendue de la pratique**

Selon vous, y-a-t'il des facteurs qui nuisent ou qui contribuent à la capacité de vos infirmières et infirmières cliniciennes de travailler selon la pleine étendue de leur pratique ?

Si non, qu'en est-il de :

- La charge de travail
- La composition de votre équipe
- Votre environnement de travail

Quels seraient les changements à apporter au sein de votre centre hospitalier, afin que les infirmières et les infirmières cliniciennes travaillent selon la pleine étendue de leur pratique ?

### **Composantes de la pratique infirmière**

Selon vous, dans votre milieu, qu'est-ce qui différencie l'infirmière clinicienne de celle de l'infirmière au niveau du processus de soins infirmiers ? (évaluation initiale, planification, interventions, évaluation des résultats)

Qu'est-ce qui différencie l'infirmière clinicienne de celle de l'infirmière au niveau des relations professionnelles infirmières, tant avec les patients, leurs famille que l'équipe multidisciplinaire ?

Qu'est ce qui différencie l'infirmière clinicienne de l'infirmière au niveau de l'éducation, de la recherche et du transfert des connaissances ?

Finalement, qu'est-ce qui différencie l'infirmière clinicienne de l'infirmière au niveau du leadership infirmier ?

### **Profil du gestionnaire**

Âge : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité (veuillez cocher)

Collégial : \_\_\_\_\_ Universitaire (indiquer cycle) : \_\_\_\_\_

Nombre d'années occupant ce poste : \_\_\_\_\_

Nombre d'années au sein de ce CH : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière et en tant que gestionnaire :

